

ACADEMIA DIPLOMÁTICA DEL PERÚ JAVIER PEREZ DE CUÉLLAR



MAESTRIA EN DIPLOMACIA Y RELACIONES INTERNACIONALES

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN DIPLOMACIA Y  
RELACIONES INTERNACIONALES

**TEMA DE TESIS**

Negociación del acuerdo sobre prevención, preparación y respuesta frente a  
pandemias ante la Organización Mundial de la Salud: propuesta para la postura  
peruana

**PRESENTADO POR:**

Luis Mauricio Bulnes Jiménez

**ASESORES:**

Asesor temático: Mg. Mildred Rooney

Asesor metodológico: Dra. Ofelia Santos Jiménez

Lima, 14 de noviembre de 2022



ACADEMIA DIPLOMÁTICA DEL PERÚ JAVIER PÉREZ DE CUÉLLAR

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TESIS EN EL REPOSITORIO DIGITAL DE LA ACADEMIA DIPLOMÁTICA DEL PERÚ JAVIER PÉREZ DE CUÉLLAR**

**1. DATOS DEL AUTOR DE LA TESIS**

Apellidos y nombres: **Luis Mauricio Bulnes Jiménez**

DNI N°: 71566018

**2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS**

Título de la tesis: **Negociación del acuerdo sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias ante la Organización Mundial de la Salud: propuesta para la postura peruana**

Asesor Académico: Magíster Mildred Rooney Paredes

Asesor Metodológico: Doctora Ofelia Carmen Santos Jiménez

Año: 2022

**3. GRADO O TÍTULO**

Bachiller (a) (  ) Licenciado (a) (  ) Maestro (a) (  )

**4. LICENCIA Y AUTORIZACIÓN**

A través del presente documento declaro que la tesis indicada en el numeral 2 es una creación de mi autoría y de mi exclusiva titularidad y que no infringe derechos de autor o de terceros, sobre la base de lo cual otorgo a la Academia Diplomática del Perú Javier Pérez de Cuéllar, licencia para reproducirla en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, con el único objeto de su preservación.

Asimismo,

- (  ) Autorizo el depósito inmediato de mi tesis en el Repositorio Digital de la Academia Diplomática, donde será de libre acceso y consulta.
- (X) Autorizo que se deposite mi tesis a partir del 19/12/2022 en el Repositorio Digital de la Academia Diplomática, donde será de libre acceso y consulta.
- (  ) No autorizo que mi tesis se deposite en el repositorio digital de la Academia Diplomática (especificar el motivo)

---

Firma del tesista

Lima, 14 de noviembre de 2022

## **Agradecimientos**

Agradezco a los funcionarios de Cancillería por guiarme en los distintos temas abordados en la presente tesis; así como a mi asesora académica por la paciencia y consejos. A mi madre y a Diego por su apoyo incondicional.

## Resumen

La presente investigación pretende describir la gobernanza global en materia de salud: los actores, marcos regulatorios y los distintos paradigmas o enfoques, con la finalidad de entender las exigencias de reforma. En este contexto de reforma de la gobernanza de la salud, se ha realizado un esfuerzo por sistematizar los avances en la negociación de un nuevo instrumento sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias. Si bien diversos autores se han enfocado en algún aspecto temático del nuevo instrumento, esta tesis busca mostrar un análisis más amplio, identificando los intereses de los negociadores.

Por otra parte, los estudios en la política exterior peruana relacionados con la salud se han centrado en la cooperación internacional; no obstante, si bien es importante, no permite sustentar por sí sola, la construcción de un discurso articulado para la toma de posición por parte del Perú. En esa línea, la presente investigación aborda dicha brecha, sistematizando la postura histórica del Perú en materia de salud en el plano internacional. El objetivo general de la presente tesis es construir un criterio coherente para el Perú a partir de dicha postura histórica de modo que la negociación del instrumento se articule con los objetivos de la política exterior del Perú. Para ello la metodología utilizada se basó en un enfoque cualitativo, tratándose de una investigación analítica, bajo la cual se revisaron las declaraciones y votaciones de representantes del país en temas de salud, tanto en la OMS como en la ONU. El diseño empleado es de investigación- acción.

El recuento histórico mostró una orientación por posturas que entienden la salud como derecho humano y buscando que su tratamiento internacional esté basado en los principios o enfoques de solidaridad, equidad, “Una Sola Salud” y los determinantes sociales de la salud. Con base en dicho análisis, esta investigación determina los temas prioritarios que deberían incluirse en el nuevo

instrumento para hacer frente a pandemias.

Palabras clave: Gobernanza global, Salud Global, Organización Mundial de la Salud, COVID-19, pandemias.

## **Abstract**

This research aims to describe the global governance in health: the actors, regulatory frameworks and the different paradigms or approaches, in order to understand the demands for a reform. In this context of health governance reform, an effort has been made to systematize the progress made in the negotiation of a new instrument on prevention, preparedness and response to pandemics. Although several authors have focused on some thematic aspect of the new instrument, this thesis seeks to show a broader analysis, identifying the interests of the negotiators.

On the other hand, studies on Peruvian foreign policy related to health have focused on international cooperation; however, although it is important, it does not allow itself to sustain the construction of an articulated discourse for Peru's position taking. In this line, this research addresses this gap, systematizing the historical position of Peru in terms of health at the international level.

The general objective of this thesis is to build a coherent criterion for Peru based on said historical position so that the negotiation of the instrument is articulated with the objectives of Peru's foreign policy. For this, the methodology used was based on a qualitative approach, being an analytical investigation, under which the declarations and votes of the country's representatives on health issues, both in the WHO and in the UN, were reviewed. The design used is research-action.

The historical account showed an orientation towards positions that understand health as a human right and seeking that its international treatment be based on the principles or approaches of solidarity, equity, "One Health" and the social determinants of health. Based on this analysis, this research

determines the priority issues that should be included in the new instrument to deal with pandemics.

Keywords: Global Governance, Global Health, World Health Organization, COVID-19, pandemics.

### **Siglas y Acrónimos**

AAR	After Action Reviews
AMS	Asamblea Mundial de la Salud/ World Health Assembly
APS	Atención Primaria de Salud
APPS	Atención Primaria Selectiva de Salud
BM	Banco Mundial
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEPI	Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias/ Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
CNEPCE	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades/ Centers for Disease Control and Prevention
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FM	Fondo Mundial
GOARN	Red Global de Alerta y Respuesta/ Global Outbreak Alert and Response Network
GPMB	Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación/ Global Preparedness Monitoring Board
IOAC	Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS/ Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme
IPPPR	Panel Independiente para la Preparación y Respuesta ante una Pandemia/ Independent Panel on Pandemic

	Preparedness and Response
IOAC	Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.
ISID	Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas/ International Society for Infectious Diseases
MINSA	Ministerio de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PIP	Preparación para una Gripe Pandémica de la OMS/ Pandemic Influenza Preparedness
RCFIHR	Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la respuesta a la COVID-19 / Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response
RSI	Reglamento Sanitario Internacional/ International Health Regulations
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Grave
SPAR	State Party Self-Assessment Annual Report
TRIPS	Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio/ Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

Internacional/ United States Agency for International  
Development

WGPR

Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el  
Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS  
frente a Emergencias Sanitarias / Working group on  
strengthening WHO preparedness and response to health  
emergencies

## Índice

Contenido	
Agradecimientos.....	2
Resumen .....	3
Abstract .....	5
Siglas y Acrónimos.....	7
Índice .....	10
Índice de Tablas .....	12
Introducción .....	13
Capítulo 1 Marco Teórico (Conceptual y Normativo) .....	15
Antecedentes de la Investigación .....	15
Teorías y Desarrollo Conceptual.....	16
<i>Paradigmas Globales en Salud</i> .....	16
<i>Negociación de Instrumentos Multilaterales: Construcción de un Nuevo Régimen Relativo a la Salud Global durante las Pandemias</i> .....	37
<i>Gobernanza de la Salud</i> .....	46
<i>La Negociación de un Acuerdo sobre Pandemias: Política Exterior, Intereses Nacionales y Toma de Decisiones en Contextos de Crisis</i> .....	50
Capítulo 2: Marco Metodológico .....	55
Objetivos: .....	55
<i>Objetivo General:</i> .....	55
<i>Objetivos Específicos:</i> .....	55
Hipótesis: .....	55
<i>Hipótesis General:</i> .....	55
<i>Hipótesis Específicas:</i> .....	56
Tipo y Diseño de Investigación .....	56
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	57
Sujetos de Estudio.....	58
Capítulo 3: Presentación y Discusión de Resultados .....	60
Subcapítulo 3.1: La Cooperación Internacional en Materia de Salud.....	60
Importancia Global de la Salud .....	60
<i>Vinculación entre Salud y Política Exterior</i> .....	61
<i>Diplomacia de la Salud Global</i> .....	63
Sistema de Salud Global:.....	65
<i>El Rol de la Organización Mundial de la Salud y los Organismos Regionales de Salud</i> .....	65
<i>Otras Instituciones y Programas: el Banco Mundial, la Alianza GAVI, la Fundación Gates y la Agenda de Seguridad Sanitaria Global</i> .....	68

<i>El Derecho Internacional y la Salud</i> .....	71
Subcapítulo 3.2: Construcción de un Nuevo Régimen Relativo a la Salud Global durante las Pandemias .....	83
Fallos en el Sistema de Salud Global durante la Pandemia de la COVID-19 ..	83
<i>Respuestas Globales y Locales</i> .....	83
<i>Límites del RSI</i> .....	86
<i>Iniciativas de Reforma</i> .....	91
Promulgación de un Nuevo Instrumento sobre Pandemias .....	94
<i>Alternativas</i> .....	94
<i>Procedimiento Aprobado hasta la Fecha</i> .....	100
<i>Principales Posturas durante la Etapa Inicial</i> .....	102
<i>Temas Centrales en la Negociación</i> .....	115
Subcapítulo 3.3: La Negociación de un Acuerdo sobre Pandemias y los Intereses Del Perú.....	126
Los Intereses Nacionales en Materia de Salud y la Política Exterior Peruana: El Rol Histórico de la Política Exterior Peruana .....	126
<i>Participación del Perú en la OMS y en los Organismos Regionales de Salud. Recuento histórico</i> .....	126
<i>Participación del Perú en la ONU</i> .....	144
Líneas Directrices del Perú en Materia de Salud .....	147
La Negociación de un Acuerdo sobre Pandemias y los Intereses del Perú en el Proceso .....	151
<i>La Necesidad de un Nuevo Instrumento</i> .....	151
<i>Respecto al Procedimiento</i> .....	152
<i>Respecto al Contenido del Instrumento</i> .....	154
Conclusiones .....	162
Recomendaciones .....	164
Referencias Bibliográficas .....	165

**Índice de Tablas**

<b>Tabla 1</b> .....	16
<b>Tabla 2</b> .....	20
<b>Tabla 3</b> .....	39
<b>Tabla 4</b> .....	43
<b>Tabla 5</b> .....	48
<b>Tabla 6</b> .....	62
<b>Tabla 7</b> .....	67
<b>Tabla 8</b> .....	79
<b>Tabla 9</b> .....	86
<b>Tabla 10</b> .....	90
<b>Tabla 11</b> .....	91
<b>Tabla 12</b> .....	98
<b>Tabla 13</b> .....	103
<b>Tabla 14</b> .....	114
<b>Tabla 15</b> .....	114
<b>Tabla 16</b> .....	117
<b>Tabla 17</b> .....	136
<b>Tabla 18</b> .....	139
<b>Tabla 19</b> .....	144
<b>Tabla 20</b> .....	148
<b>Tabla 21</b> .....	155

## Introducción

Las plagas y las pandemias son consecuencias inevitables de la civilización (Porter, 2003). Las tribus nómades, al vivir en pequeños grupos, no conocieron en gran medida las enfermedades infecciosas, ya que estas requieren una alta densidad de población para multiplicarse. Con la agricultura y la domesticación de animales, la transferencia de enfermedades animales a humanos se hizo frecuente: así de cerdos y patos adquirimos diversas formas de influenza y de bovinos obtuvimos el sarampión (Porter, 2003). Las pandemias son por tanto un evento que deberemos afrontar con cada vez más frecuencia; por lo que es necesario contar con los instrumentos y marcos institucionales adecuados. Un desarrollo reciente de esta tendencia es la pandemia de la COVID-19, la cual se originó en un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos en Wuhan, China. Una situación tan excepcional como las pandemias no solo tienen un impacto notable en el número de muertes, sino también afectan aspectos como la política y la economía global. En base a su importancia y a la necesidad de acción colectiva global, la construcción de un sistema de salud global era imperante; con la presencia de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) u organismos regionales de salud, así como un régimen normativo que se sustenta en el Reglamento Sanitario Internacional.

Este sistema de salud global se encuentra en proceso de adaptación con la negociación de un posible acuerdo sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias en la OMS. Así, en su sesión 74 de mayo de 2021, mediante Decisión WHA74(16), la Asamblea Mundial de la Salud requirió a los Estados miembros del *Working Group on Strengthening WHO Preparedness and Response to Health Emergencies*, que examine los “beneficios de desarrollar una convención en la OMS, convención, acuerdo u otro instrumento internacional en preparación y respuesta ante pandemias”, así como entregar su reporte en la

segunda sesión especial de la Asamblea Mundial de la Salud. De este modo, la Asamblea Mundial de la Salud acordó iniciar el proceso para negociar una convención, acuerdo o cualquier otro instrumento para prevenir, preparar y responder ante pandemias; creando un Cuerpo Intergubernamental de Negociación que genere un primer borrador y negocie dicho instrumento.

Esta negociación tiene por objeto lograr un instrumento de aceptación universal, identificando aquellos fallos en la regulación actual que dificultaron la cooperación durante la pandemia de la COVID-19. La negociación supone un reto político, diplomático, científico y jurídico; tanto respecto a la naturaleza del acuerdo como a su contenido. Existen posturas contrapuestas de diversos actores internacionales que deberán ser estudiadas. La presente investigación está orientada a coadyuvar la labor del Ministerio de Relaciones Exteriores en la construcción de una posición nacional en este proceso de negociación. Considerando las lecciones aprendidas a nivel global, así como proyectando las directrices de política exterior peruana a partir del recuento histórico inicial, se buscará identificar los beneficios y costos de implementación, con la finalidad de adoptar una decisión informada.

## Capítulo 1 Marco Teórico (Conceptual y Normativo)

### Antecedentes de la Investigación

Con base a los objetivos de investigación planteados, se observa que la mayor cantidad de la bibliografía se concentra en el desarrollo histórico de la cooperación en materia de salud destacando su necesidad ante amenazas transfronterizas. Respecto a la promulgación de un instrumento internacional sobre pandemias, existen informes de *think tanks* que están orientados a convencer a los tomadores de decisiones de adoptar un modelo vinculante de regulación. Son limitados los estudios que sustentan los inconvenientes de un nuevo instrumento en base a la adopción de solo una reforma al Reglamento Sanitario Internacional. Así, podemos mencionar a la plataforma “Geneva Health Files” que realiza un recuento pormenorizado del avance de la negociación. Del mismo modo, el Global Health Centre ha realizado variados reportes tanto sobre la negociación del acuerdo sobre pandemias, así como aspectos puntuales de diversos actores.

De modo específico a la conveniencia de un instrumento sobre pandemias destaca el trabajo de Clare Wenham y Mark Eccleston-Turner. En el estudio “The futility of the pandemic treaty: caught between globalism and statism” consideran que este nuevo instrumento no brindará beneficios debido al desfase entre la respuesta a la COVID-19 centrada en una política estatocéntrica de seguridad, y el tratado propuesto con un enfoque globalista de cooperación (Wenham et al., 2022). Por otra parte, Germán Velásquez y Nirmalya Syam identifican que aspectos de la preparación y respuesta frente a la pandemia de la COVID-19 no han funcionado para proponer unos elementos mínimos que este nuevo instrumento debería abordar (Velásquez & Syam, 2021).

Por otro lado, si bien la investigación en asuntos de cooperación en el Perú es abundante, no se ha centrado en materias relacionadas a la salud. En el mismo sentido, no se ha encontrado un desarrollo consolidado de la postura

histórica peruana en lo que concierne a política exterior en materia de salud. Sin embargo, nos apoyaremos en las investigaciones realizadas por Marcos Cueto y Jorge Lossio acerca de la historia de las pandemias en el Perú, así como las distintas respuestas estatales a las mismas. La presente tesis pretende cubrir el vacío en la literatura académica relacionado a la política exterior peruana en materia de salud.

## **Teorías y Desarrollo Conceptual**

### ***Paradigmas Globales en Salud***

Los paradigmas que se abordarán y ayudarán a comprender los conceptos discutidos en la negociación del nuevo instrumento, serán la necesidad de la intervención estatal en el sector de la salud, el enfoque estatista y globalista de la salud, los determinantes sociales de la salud, la Atención primaria de salud y el enfoque Una Sola Salud.

**Intervención Estatal en Materia de Salud.** De manera general un mercado competitivo o mercado perfecto es un mecanismo atractivo para la distribución de bienes y servicios; sin embargo, este se basa en una serie de presunciones que no se cumplen en el mercado de la salud, las cuales detallamos a continuación (Abel, 2010):

### **Tabla 1**

#### *Particularidades del mercado de salud*

<b>Presunción</b>	<b>Desarrollo en el mercado de la salud</b>
Información completa: los compradores conocen cuánto y cuándo desean consumir, así como la calidad de los bienes en base a experiencias previas o a la información del producto.	Los individuos no tienen información completa respecto a cuándo estarán enfermos, ni al costo involucrado, por lo que el planeamiento del gasto será muy difícil. Los pacientes tampoco tienen información sobre la calidad de la atención sanitaria y cuál será su efecto sobre su salud; es por ello que acuden a un médico. Los médicos tampoco cuentan con esta información de modo completo; sin embargo, existe un problema de asimetría informativa entre el médico y el paciente, pues este último cuenta con relativamente menos información que el primero.

<b>Presunción</b>	<b>Desarrollo en el mercado de la salud</b>
Transacciones impersonales: compradores y vendedores actúan independientemente y bajo el principio de plena competencia.	Las transacciones impersonales requieren que exista un mismo nivel de confianza hacia todos los vendedores, por lo que al comprador le resultará indiferente quien sea. En el mercado de la salud, la relación entre el médico y el paciente está en muchos casos basada en la confianza y son personales.
Bienes privados: solo la persona que consume el bien se ve afectada por este; paga todos los costos sociales y obtiene todos los beneficios.	Algunos programas de salud preventiva se orientan a promover factores ambientales que impactan en la salud y son bienes públicos sin rivalidad ni exclusión de consumo, tal como la reducción de la contaminación. Por otro lado, algunos bienes producen externalidades en el consumo, afectando a más personas de la que realizan este consumo; por ejemplo, el uso de tabaco. Las externalidades generan ineficiencias en mercados no regulados.
Motivación egoísta: compradores solo intervienen para obtener satisfacción y los vendedores solo para obtener ganancias.	Los pacientes no se rigen solo por motivos egoístas respecto a cómo su condición puede afectar a otras personas. De igual modo, no se puede afirmar que los médicos solo practican su profesión para maximizar sus ganancias.
Muchos compradores y vendedores: un solo comprador o vendedor no puede influir en el precio de mercado o mediante una acción coordinada.	Si bien hay muchos compradores en el mercado de la salud, el número de vendedores varía. Normalmente solo en grandes ciudades es posible encontrar muchos hospitales y especialistas.
Libre entrada y salida: cualquiera que desee vender un producto puede hacerlo cuando quiera, así como dejar el mercado cuando le plazca.	La mayoría de los países no permite una libertad de entrada a los proveedores de salud. Por ejemplo, la regulación puede prohibir a los no licenciados ejercer la medicina o establecer el número de especialistas que existirían por región.
Productos homogéneos: compradores no pueden distinguir entre los distintos productos de diferentes productores.	Si bien algunas medicinas pueden tener los mismos componentes para ser homogéneas, existen estrategias de diferenciación utilizadas por las compañías farmacéuticas que les permiten afirmar que sus productos son más efectivos. Por otro lado, los hospitales también buscan diferenciar sus servicios de aquellos que ofrece el Estado.

*Nota.* Bulnes (2022)

Si bien estas presunciones no se cumplen en todos los mercados, tres

características son peculiares al mercado de salud (Abel, 2010): (i) la incertidumbre, (ii) la información asimétrica, y (iii) las externalidades. Respecto a la incertidumbre, la naturaleza de la demanda de los servicios de salud no es estable sino irregular e impredecible, a pesar de sus altos costos (Arrow, 2004). Asimismo, esta incertidumbre se traslada al mismo servicio, pues el cliente no puede probarlo antes de consumirlo. En muchos bienes existe la posibilidad de que el consumidor aprenda de su propia experiencia, lo que no sucede en los servicios de salud, en los cuales, la recuperación de una enfermedad es imprevisible. La calidad de esta incertidumbre es distinta para ambos lados de la transacción, pues la información médica es especializada y es más requerida por el paciente, toda vez que en muchos casos afecta su integridad; por lo tanto, se sustentará en una relación de confianza (Arrow, 2004).

La asimetría informativa se ejemplifica en la información que el médico posee y no el paciente, la cual es de dos tipos (Abel, 2010): (i) información acerca del diagnóstico del paciente; y (ii) información acerca del tratamiento. Como consecuencia, los pacientes desearán que los médicos actúen como sus agentes en su beneficio. Al ser una relación basada en la confianza que tendrá importantes consecuencias para la vida del "comprador", los médicos podrían aprovecharse de sus necesidades, induciendo una demanda que de otro modo no existiría.

Por su parte, las externalidades generan ineficiencias en un mercado no regulado. Los bienes que generan externalidades positivas serán producidos por debajo de su cantidad óptima, mientras que serán producidos en exceso aquellos con externalidades negativas (Abel, 2010). Por ejemplo, las vacunas o curas contra enfermedades tienen externalidades positivas y, en un mercado no regulado, solo serían consumidas por debajo de lo óptimo sin considerar los beneficios sociales agregados.

Por último, desde el punto de vista económico, una mejora en la salud de

las personas impacta en su capacidad productiva lo que, a su vez, incrementa sus ingresos, afectando su consumo (Abel, 2010). Las mejoras en la salud de las personas contribuirán a mejoras sociales como una fuerza de trabajo que genera un mayor pago de impuestos reflejados en servicios públicos.

**Enfoque Estadista y Globalista de la Salud.** Para el presente apartado utilizaremos la división planteada por Davies (2010) respecto a la política internacional en materia de salud distinguiendo (i) la postura estadista, enfocada en un discurso de securitización; y (ii) el enfoque globalista, el cual asocia a la salud con un derecho humano.

En primer lugar, el enfoque estadista se centra en el rol que juegan los Estados en la salud global al responder a amenazas tales como pandemias y al cooperar a nivel internacional (Davies, 2010). El análisis utilizará principalmente un discurso asociado a la seguridad, pues los asuntos relacionados a la salud son abordados en la medida en que tengan consecuencias significativas en los ámbitos político, económico o militar de un país. El estudio de la salud parte en primer lugar de identificar las amenazas para la supervivencia de un Estado; encontrándose la salud como una de las prioridades.

Al securitizar un tema, determinado asunto es elevado a la categoría de amenaza a la supervivencia de un Estado cumpliendo cuatro criterios (Buzan et al., 1998): (i) determinados actores securitizan el fenómeno: organizaciones internacionales, ONG y gobiernos; (ii) argumentando que, más allá de consideraciones humanitarias, la supervivencia de los Estados y las comunidades (objeto referente); (iii) se encuentra actualmente socavada (amenaza existencial); (iv) a menos que medidas drásticas sean implementadas por actores nacionales e internacionales (amenaza existencial).

Las enfermedades al empobrecer y desestabilizar a un Estado disminuyen su poder relativo, pues afectan a la salud de su población entendida como recurso, corroen la cohesión política, la prosperidad económica y lo

debilitan en relación con sus rivales (Price-Smith, 2009). Así, se identifican los siguientes mecanismos por los cuales las enfermedades infecciosas socavan la capacidad y estabilidad del Estado (Peterson, 2002; Price-Smith, 2009):

**Tabla 2**

*Efectos de las enfermedades infecciosas en la estabilidad estatal*

<b>Mecanismo</b>	<b>Impacto en el Estado</b>
Mortalidad y morbilidad	Afecta al capital humano y la productividad de los trabajadores, lo cual genera importantes consecuencias económicas, así como compromete al reclutamiento militar.
Declinación de la inventiva	Al erosionar el capital humano se limita la capacidad para generar innovación técnica, disminuyendo la resiliencia del Estado.
Disminución de los ingresos	Las enfermedades disminuyen la productividad, lo que resulta en una contracción económica que limita la obtención de ingresos a través de los tributos. Al erosionarse la base tributaria, disminuye la capacidad del Estado de proveer bienes públicos.
Reducción del capital social	Las enfermedades generan comportamientos de estigmatización hacia las personas infectadas y los vectores, lo cual genera inestabilidad.
Reducción de la legitimidad	Con la disminución en la provisión de bienes públicos producto de la contracción económica, el Estado puede ser visto como poco efectivo y, por tanto, ilegítimo.
Cambios en el poder relativo	La habilidad del Estado de proyectarse hacia el exterior se puede ver limitada por la erosión de su capacidad fiscal, así como la destrucción de su aparato burocrático y militar. Una alteración en la balanza de poder producto del cambio en las capacidades relativas puede precipitar a los Estados a una guerra.
Conflictos de implementación de política exterior	Las enfermedades infecciosas pueden incentivar disputas entre Estados acerca de cuáles serían las respuestas apropiadas en asuntos como la libertad de movimiento de personas y de bienes o derechos de propiedad intelectual de medicamentos o vacunas.
Conectividad	Producto de la interdependencia resultante de la globalización, los intereses de las grandes potencias están vinculados con los eventos producidos en países en desarrollo. La desestabilización en una región puede

---

comprometer la prosperidad de otros países.

---

*Nota.* Bulnes (2022)

En el mismo sentido, los fallos en la respuesta de amenazas globales llevarían no solo a una mayor pobreza, sino a un aumento de migrantes buscando asilo desde países no desarrollados y el recrudecimiento de enfermedades infecciosas (como, por ejemplo, las enfermedades resistentes a los antibióticos) (Benatar, 1998).

Del mismo modo, Gostin y Fidler desarrollan el concepto de bioseguridad para referirse a la responsabilidad colectiva para resguardar a la población de los peligros que suponen los microbios patógenos (Gostin & Fidler, 2007). Bajo el mismo enfoque centrado en la seguridad, Fidler crea la denominación “microbialpolitik” para estudiar las relaciones políticas referidas al control de enfermedades infecciosas, y que resulta de dos dinámicas: (i) el impacto de las enfermedades infecciosas en las relaciones internacionales; y (ii) el impacto de las estructuras y dinámicas de las relaciones internacionales en las enfermedades y su control (Fidler, 1999).

Desde una perspectiva histórica observamos que este marco de análisis es el más consolidado. Inicialmente, las políticas de seguridad eran conceptualizadas como parte de la “alta política”, mientras que las actividades de salud pública eran consideradas como “baja política” (Gostin & Fidler, 2007). La salud era entendida como un asunto no político y de carácter técnico. Ante amenazas epidémicas, el énfasis de los mecanismos de respuesta se posicionaba en la responsabilidad del Estado para implementar adecuadas medidas de cuarentena y notificación, así como la regulación del tráfico aéreo y marítimo (Davies, 2010). Actualmente, se entiende que las respuestas de los Estados ante epidemias deberán abordar también asuntos relacionados a la provisión de contramedidas medidas, mejoramiento de sistemas de salud,

recuperación económica, entre otros; y no solo enfocarse en medidas de contención.

A nivel internacional, esta perspectiva ha sido adoptada en cierta medida por la Organización Mundial de la Salud. Así, por ejemplo, el informe sobre desarrollo humano de 1994 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo destaca la transición del concepto de seguridad desde una interpretación reducida, enfocada solo en el aspecto militar, hacia la idea más amplia de “seguridad humana”. En el mismo sentido, el informe sobre la salud en el mundo del año 2007 de la OMS explica el vínculo entre la seguridad y la salud. Por su parte, mediante Resolución 1308 (2000), el Consejo de Seguridad de la ONU declaró de igual modo a la pandemia del VIH/SIDA como una amenaza a la seguridad global.

A nivel conceptual, si se considera que cualquier afectación al bienestar de las personas sea etiquetada como una amenaza a la seguridad, el término pierde su utilidad analítica y se convierte únicamente en un sinónimo de “malo” (Deudney, 1990). Así, las críticas a la utilización de la categoría de seguridad humana se centran en su falta de precisión siendo expansiva y vaga (Paris, 2001), lo que dificulta su utilización por académicos y para implementar políticas públicas. Sin embargo, hay que tener presente que la ambigüedad del concepto permite unir coaliciones diversas de Estados y organizaciones que se apropian del término de diversa manera.

Desde un punto de vista práctico, la securitización de la salud se enfrenta también a una serie de críticas al resultar contraproducente a los esfuerzos internacionales para luchar contra la pandemia en dos sentidos: (i) el proceso conlleva una mayor movilización estatal, permitiendo que estos actores invadan de manera no deseable una mayor proporción de la vida social (Buzan et al., 1998); y (ii) el lenguaje de la seguridad lleva aparejado una lógica de “amenaza-defensa” (Elbe, 2006).

Respecto al primer punto, partiendo de una postura liberal que maximice la libertad individual y reduzca la presencia estatal, se argumenta que es deseable que la mayor parte de asuntos se resuelvan a través de los canales tradicionales de la política y no mediante aquellos en las que existe la posibilidad de sustentar el uso de la fuerza. Existen por tanto dos amenazas concretas a las políticas democráticas (Buzan et al., 1998; Elbe, 2006): (a) las discusiones sobre la salud pueden removerse de los círculos democráticos ordinarios con participación de la sociedad civil hacia aquellos estratos más cercanos al poder y con menor transparencia dada la importancia del asunto, tal como los Ministerios de Defensa; y (b) los Estados invocarían la justificación de seguridad para sustentar la utilización de cualquier medida contra la amenaza, por ejemplo, al establecer cuarentenas sin sustento científico.

El segundo peligro relacionado a la lógica de “amenaza-defensa” presenta tres consecuencias (Buzan et al., 1998; Elbe, 2006): en primer lugar, la securitización de las enfermedades remueve el tema de una perspectiva de salud y desarrollo para colocarlo en una posición restrictiva estatocéntrica. De este modo, la actuación de un Estado se sustenta únicamente en defender sus intereses, sin estar obligado a involucrarse en asuntos que no lo afecten. La exclusión de responsabilidad crea la impresión de que la salud no es un fenómeno que tenga valor en sí mismo, a menos que afecte directamente la supervivencia del Estado. En segundo lugar, esta perspectiva permitiría a los Estados priorizar el financiamiento de la lucha contra las pandemias beneficiando en primer lugar a las fuerzas militares o a las élites que desempeñan una función crucial en el mantenimiento de la seguridad. El enfoque se centrará no tanto en como las enfermedades afectan a la población civil, sino en su impacto en instituciones centrales para el Estado, como las fuerzas armadas. Esto podría llevar a que se priorice la asignación de recursos a inocular y otorgar medicinas en primer lugar a las fuerzas armadas y élite

política, y desatender a la población. Por último, la securitización, al representar a la enfermedad como una amenaza, puede recurrir a la estigmatización de las personas que la contraigan.

Al considerar un tema como parte de la agenda de seguridad, se estaría realizando un acto de habla ("speech act"), pues no solo se describe una situación, sino se realiza o *performa* una determinada acción (Austin, 1962). Del mismo modo que al decir "yo prometo" o "gracias", el hablante estaría efectuando una acción con significancia social y no solo reportando un hecho; al securitizar un tema se efectúa una acción política que va más allá de describir un problema como es. El uso de esta etiqueta no se sustenta únicamente en evidencia empírica, pues es una decisión política que se efectúa en base a priorizaciones de los actores, así como conveniencia. Esta cualidad no reside en la naturaleza del fenómeno específico, por el contrario, deriva del modo específico en cómo el asunto es presentado al público (Elbe, 2006). Es así, que una amenaza para un determinado país, no necesariamente lo será para otro. La securitización requiere cierto consenso acerca de la identificación de una amenaza específica, así como de sus causas.

De este modo, el discurso de seguridad sería relevante cuando analizamos situaciones de crisis, pero es cuestionable su utilización para pandemias. Si bien la identificación del virus como una amenaza de seguridad servirá para prevenir crisis, no alivia las causas detrás de la expansión de la enfermedad, como la pobreza o los defectuosos sistemas de salud de los países en desarrollo (Davies, 2010). La securitización brinda respuestas de corto plazo ante amenazas, pero difícilmente podrá enfocarse en el desarrollo de capacidades que atiendan las causas profundas de los problemas de salud. Por otro lado, el enfoque estatocéntrico no necesariamente promoverá la cooperación, pues si un Estado puede protegerse de la amenaza por su cuenta, no necesitará institucionalizar nuevos mecanismos. Utilizar el enfoque de la

seguridad fallaría en justificar una masiva asignación de recursos a la detección y control de pandemias internacional, debido a que las implicancias de las enfermedades infecciosas para países como los Estados Unidos son limitadas e indirectas (Peterson, 2002).

El valor de esta perspectiva es que permite atraer la atención política y los recursos al campo de la salud. Los Estados y las organizaciones internacionales solo considerarían más seriamente los asuntos relacionados a la salud si los conceptualizan como una amenaza a su supervivencia. La expansión del concepto de seguridad llevaría consigo la obligación de fortalecer la infraestructura de salud pública tanto dentro como entre países (Gostin & Fidler, 2007).

Por otro lado, en respuesta a las limitaciones planteadas por Buzan, Wæver y de Wilde (1998) respecto a la excesiva movilización estatal y la interferencia a procesos de deliberación democrática, hay que considerar que, en contextos ajenos a las democracias occidentales, la relación entre Estado, sociedad y seguridad es más compleja (Elbe, 2006). Así, en ciertos países, la excesiva movilización del Estado no supone un problema, pues se enfrentan a una inacción estatal ante las enfermedades o la prevención de estas. Esta crítica se enmarca en una desaprobación más amplia de un régimen liberal que promueve una intervención mínima del Estado en el sector salud. En dicho contexto, la mayor preocupación no sería el aumento de presencia estatal sino lo contrario, su ausencia en un área crítica. En el mismo sentido, el peligro asociado al acercamiento de la salud a los círculos más cercanos al poder y lejos del control civil podría suponer que un mayor interés de los gobiernos se refleje en un mayor financiamiento de estas políticas. Tengamos en consideración que los ministerios de salud normalmente tienen poca influencia política, por lo que un discurso securitizado permitirá que sus temas se encuentren más presentes en la agenda política.

En el mismo sentido, la justificación para utilizar medidas que vayan más allá del Estado de derecho, desde el punto de vista económico, tiene la ventaja de permitir la aplicación de medidas excepcionales en el tratamiento de la propiedad intelectual de vacunas y medicamentos (Elbe, 2006). Las patentes se encuentran protegidas por el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS, por sus siglas en inglés) de la OMC. En base a una excepción por asuntos de seguridad sería posible alegar la aplicación del artículo 73 (b) el cual dispone que ninguna disposición del acuerdo se interpretará en el sentido de que “impida a un Miembro la adopción de las medidas que estime necesarias para la protección de los intereses esenciales de su seguridad”. Esta ventaja es esencial para países en desarrollo y solo podría obtenerse securitizando a la salud. Del mismo modo, el estatocentrismo no sería un problema si implica que los gobiernos actúen enfáticamente ante lo que perciben como una amenaza. Desde una perspectiva realista, es el interés egoísta de los Estados y no el altruismo el que puede llevar a una mayor canalización de recursos en las pandemias.

Asimismo, la aplicación de programas de salud que se centren en el personal militar no es un problema siempre que su financiamiento no se efectúe a costa de aquel destinado a programas civiles (Elbe, 2006). Históricamente la investigación científica militar fue posteriormente orientada a su uso civil. Por último, la estigmatización puede ser combatida resaltando que la amenaza es el virus y no su portador. Una excesiva normalización puede llevar a la subestimación de los peligros reales del virus (Elbe, 2006)

Por su parte, los globalistas conceptualizan a la salud como un derecho humano. Así, se inicia con las necesidades individuales de las personas en materia de salud y, posteriormente, se toma en consideración cómo los actores globales y las estructuras impactan en el individuo (Davies, 2010). La variedad de factores estructurales que pueden ser analizados van desde la pobreza, la

educación, la intervención de corporaciones multinacionales, entre otros.

La justificación de las intervenciones en salud no solo se enfoca en la contención de las enfermedades, sino también en nociones como la justicia y la equidad. El propósito de estudiar la salud desde la perspectiva de las relaciones internacionales es promover la equidad (Davies, 2010). Considerando que las mejoras en las condiciones económicas de las personas están asociadas a una mejor salud, esta perspectiva tiende a denunciar las inequidades presentes en las estructuras económicas actuales como uno de los más grandes retos para una salud global (Benatar et al., 2009). La mercantilización y privatización de la salud incentivada por el consenso neoliberal y sus instituciones como el Banco Mundial y el FMI han impactado a los sistemas de salud en distintos niveles: a nivel micro, con la explotación laboral de trabajadores médicos; a nivel medio, la medicina se ha convertido en un *commodity* accesible solo a quienes cuentan con recursos; y, a nivel macro de políticas sociales, hay una reducción en las prestaciones y beneficios sociales, sobre todo relacionados a la salud, hacia políticas de privatización y apropiación de bienes comunes, tales como las patentes sobre información genética (Benatar et al., 2009). Esta perspectiva de denuncia de las inequidades en los sistemas de salud será ampliada a través de los conceptos de determinantes sociales de la salud y la perspectiva de Atención Primaria de la Salud, desarrolladas más adelante. Este enfoque confía en el establecimiento de un sistema de gobernanza global, ya sea a través de las instituciones vigentes o modificándolas radicalmente.

Así, se conceptualiza a la salud como un derecho colectivo (Benatar et al., 2009) que requiere la participación del Estado para hacerse efectivo mediante la prestación de bienes públicos. Respecto a la participación del Estado, si bien se reconoce su importancia, es estudiado como un actor más en el escenario internacional, pues el individuo es el principal referente. Existen diversos sistemas de gobernanza que pueden proteger de mejor manera la salud

de los individuos, sin centrarnos únicamente en los Estados.

Al tener presente que el impacto dispar de las enfermedades es producto de mecanismos económicos inequitativos, existirá una responsabilidad no solo moral, sino de justicia para resarcirlos. Farmer destaca la “violencia estructural” que influye en la distribución del sufrimiento en el mundo, considerando que las violaciones a los derechos humanos (incluido el derecho a la salud) no son accidentes o están distribuidas de manera aleatoria, en cambio, son un síntoma de las “patologías del poder” y están vinculadas a las condiciones sociales que determinan quiénes sufren y quiénes son inmunes (Farmer, 2003).

A nivel internacional, la Constitución de la OMS define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De igual modo, precisa que el goce del grado máximo de salud obtenible es un derecho fundamental de todo ser humano. Por otro lado, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en su artículo 25.1 indica que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...)”. En el mismo sentido el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) reconoce en su artículo 12, el derecho de toda persona “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, siendo que entre las medidas necesarias a adoptar por los Estados para asegurar este derecho se encuentra la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas. Este derecho ha sido desarrollado por la observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El enfoque entre salud y derechos humanos permite ampliar el campo de estudio hacia áreas conexas como el impacto de las violaciones de derechos en la salud, por ejemplo, en el caso de la tortura. De igual modo, se protegería a la salud asegurando otros derechos como la educación, la alimentación o la vivienda. Por otro lado, podría analizarse el impacto de las políticas de salud en

el aseguramiento de otros derechos humanos. Como ejemplo de este último caso se puede mencionar a las cuarentenas como una política que puede ser utilizada para restringir el derecho a la libre movilidad de personas o políticas de salud que discriminen a determinadas personas afectadas por una enfermedad como el VIH. En el mismo sentido, este enfoque es más propenso a adoptar una perspectiva multidisciplinaria de la salud, abarcando aspectos como el comercio, la agricultura, los derechos laborales o el medio ambiente (Sridhar et al., 2009)

Los problemas con este enfoque se relacionan con la falta de claridad sobre las consecuencias de reconocer a la salud como un derecho y quién sería responsable de su aseguramiento (Davies, 2010). Observando el panorama histórico, a pesar de las constantes declaraciones acerca del derecho a la salud, poco se ha avanzado con su implementación. Por otra parte, se exageraría la importancia de otros actores en la gobernanza de la salud además de los Estados (Davies, 2010). Existe poca evidencia empírica respecto a la importancia de otros actores y su impacto, si la comparamos con el papel aún relevante de los Estados. Este énfasis en otros actores puede llevar a problemas de responsabilidad, pues discursivamente permite a los Estados deslindarse de la misma.

**Determinantes Sociales de la Salud.** En marzo de 2005, la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que elaboró el informe “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. En este documento se definen los determinantes sociales de la salud como aquellos determinantes estructurales y condiciones de vida, que son la causa de las desigualdades sanitarias entre los países y al interior de cada país (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Los determinantes serían factores no médicos que influyen en la salud de las personas. Este informe fue considerado por la 62ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA62.14), que hizo un llamado a los Estados a contribuir en la mejora de las condiciones diarias de vida de las personas, lo cual a su vez impactará en la salud y bienestar de su población.

Este impulso de la comunidad internacional se reflejó también en la Conferencia Mundial realizada del 19 al 21 de octubre de 2011 en Río de Janeiro. En este espacio se emitió una declaración política que especifica que los determinantes sociales de la salud son aquellas condiciones de la sociedad en la que “una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece” y producen inequidades en materia de salud. Estas condiciones abarcarían las experiencias en la infancia, la educación, la situación económica, el empleo, la vivienda, el medio ambiente, así como sistemas de prevención y tratamiento de problemas de salud. La referida declaración fue avalada por la Asamblea mediante Resolución WHA65.8 (2012) instando a los Estados a apoyar el enfoque “Salud en Todas las Políticas”. Este enfoque es definido en la Declaración de Helsinki de 2013 como aquel concerniente a políticas públicas en los distintos sectores, teniendo en cuenta las implicancias sobre la salud de tales decisiones, buscando sinergias y evitando efectos sanitarios nocivos. Así, en todos los niveles de la administración, al momento de elaborar una política pública se deberá tener en

cuenta su impacto sobre la salud.

Asimismo, mediante Resolución WHA74.16 (2021), la Asamblea reconoce que la actual pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve las desigualdades sociales, de género y de salud preexistentes, así como “la necesidad de reforzar las medidas para considerar los determinantes sociales de la salud como parte integrante de la respuesta nacional, regional e internacional a las crisis sanitarias y socioeconómicas generadas por la actual pandemia y a futuras emergencias de salud pública”.

Considerando que un enfoque globalista analizará los distintos factores estructurales que pueden afectar la salud, su conexión con los Determinantes Sociales de la Salud es más directa.

**Atención Primaria de la Salud.** Teniendo como antecedentes el informe “Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses” (1974) del ministro de Salud canadiense Marc Lalonde y las experiencias de doctores misioneros de la Comisión Médica Cristiana que priorizaban los servicios rurales preventivos (Cueto, 2006), la OMS comienza a impulsar enfoques alternativos de la salud en países en desarrollo. Mediante Resolución WHA28.88 de 1975, la Asamblea insta a sus miembros a ejecutar planes de acción en el sector de la asistencia sanitaria primaria, los cuales, de acuerdo al informe del Director General, Halfdan Mahler, comprenderían la aplicación de “medidas sencillas y eficaces por lo que respecta al coste, la técnica y la organización, fácilmente accesibles a la población”. Estas medidas debían basarse en técnicas sanitarias modernas, así como en prácticas curativas tradicionales, con la participación de la colectividad y utilizando los recursos sanitarios disponibles a nivel local.

El evento fundamental para la Atención Primaria de Salud (APS) fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata del 6 al 12 de setiembre de 1978 en la República Soviética de Kazajstán, evento que “trascendería el mero ámbito tradicional de las agencias de la salud y

ejercería una presión moral para la realización de la APS” (Cueto, 2006). Uno de los organizadores de este evento fue el peruano David Tejada de Rivero, quien posteriormente sería Ministro de Salud durante el primer gobierno de Alan García. Durante esta conferencia se aprobó por aclamación la “Declaración de Alma Ata” que contiene tres ideas fundamentales de la APS (Cueto, 2006):

- a) El concepto de tecnología apropiada: crítica a una tecnología orientada a la enfermedad, con la utilización de equipos costosos y sofisticados que resultaban poco adecuados para las necesidades de los pobres. De igual modo, se cuestiona la creación de hospitales urbanos como un desperdicio de recursos que solo beneficia a una minoría. En su lugar, se estableció como alternativa una tecnología apropiada, que sea económicamente factible.
- b) La oposición al elitismo médico y a programas verticales: se desapruaba la sobre especialización del personal de salud buscando entrenar a personal no médico de salud, así como un énfasis en la participación de la comunidad.
- c) La salud como instrumento para el desarrollo socio económico: el trabajo en la salud no podían ser intervenciones aisladas, sino que formaba parte de un proceso de mejora de las condiciones sociales de la población. Se invierten los factores: la salud es un instrumento para el desarrollo y no un subproducto de una mejora económica.

La 32ª Asamblea de la Salud (1979) respalda la declaración y emite una resolución en la que denomina a la APS como “la llave para alcanza un nivel aceptable de salud para todos”; sin embargo, surgieron críticas por ser un conceto muy amplio, vago, idealista y con un calendario poco realista que prometía salud para todos para el año 2000.

Producto de dichas críticas, surgen iniciativas paralelas como la conferencia titulada “Salud y Población en el Desarrollo” patrocinada por la

Fundación Rockefeller y con la participación del Banco Mundial, USAID, la Fundación Ford, entre otras instituciones y donantes (Cueto, 2006). La mencionada conferencia estaba basada en el documento “Atención Primaria Selectiva de Salud, una estrategia interina para el control de las enfermedades en países en desarrollo” de Julia Walsh y Kenneth S. Warren. En dicho artículo se identifican las causas más comunes de muertes de niños en países en desarrollo como la diarrea o la falta de inmunización, estableciendo objetivos realistas que serían combatidos con intervenciones técnicas poco costosas, hasta que pueda ser implementado el ambicioso programa de la APS. Aunque inicialmente esta estrategia fue pensada como un punto de entrada a través del cual los servicios de salud serían desarrollados, terminaron por centrarse solo en cuatro intervenciones específicas conocidas como GOBI por sus siglas en inglés: monitoreo de crecimiento, técnicas de rehidratación oral, promoción de la lactancia materna e inmunización. Estas intervenciones atrajeron el apoyo de varios donantes, académicos y agencias como UNICEF, dado que contaban con objetivos e indicadores más claros y precisos (Cueto, 2006). Aunque se esperaba que esta perspectiva fuera temporal, terminó por desviar la atención del programa holístico que proponía la APS hacia uno más tecnocrático y limitado, enfatizado en intervenciones verticales. Si bien la APS y la Atención Primaria Selectiva de Salud (APSS) reconocen la importancia de condiciones como la pobreza, el género, la educación o el ambiente como causas de muchas enfermedades y la necesidad de abordarlas directamente, la APSS no asume responsabilidad alguna por alterarlas (Newell, 1988). Por su parte, la APS buscará impactar en estas condiciones y cualquier intervención aislada como las planteadas por la APSS, aún cuando tengan éxito, podría suponer un fracaso al sistema de salud, al no abordar las condiciones de disparidad (Newell, 1988).

En el mismo modo, surgieron críticas dentro del mismo movimiento que lo asociaban con una puerta de entrada o primer contacto con un paciente, que

normalmente se encuentra en una situación menos favorecida, y, por tanto, en relación con los costos, la APS se diseñaría como forma de disminuir el gasto social en el sector salud (Testa, 1990). La APS quedaría asociada a una disminución de calidad de los servicios de salud en base a una diferenciación por grupos sociales, en la cual, los pobres accederían solo a los servicios más básicos. El enfoque sería (i) anticipatorio, fundamentalmente para promover o mantener a la salud, en contraposición con la medicina tradicional “curativa”; (ii) buscando satisfacer necesidades básicas mediante servicios básicos; y, (iii) tratando de obtener objetivos medibles mediante cambios incrementales, en lugar de reformas estructurales (Frenk et al., 1990).

Un retorno al enfoque inicial se plantea en el documento de la OPS “Salud para todos en el siglo veintiuno” (1997), el cual reconoce una aceptación cada vez mayor de la estrategia de APS. En el mencionado documento se mencionan los siguientes principios y pilares: (i) la importancia del apoyo al sector salud como elemento central para el desarrollo; (ii) la participación de las comunidades en la promoción de la salud; y, (iii) la promoción de la salud debe actuar sobre los factores determinantes de la salud. Esta renovación de esta estrategia viene aparejada de una dilución de su vinculatoriedad, pues reconoce que “la realidad de un futuro incierto requiere que la SPT (Salud Para Todos) se conciba no como un plan maestro, sino como un medio para unirse en pos de una meta común” (p. 2). Asimismo, en 2018, la Declaración de Astaná, en la conmemoración del cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, subraya la dependencia entre la salud y la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico, reconociendo a la APS como el enfoque más eficaz, eficiente e inclusivo.

**Una Sola Salud.** Mediante la resolución WHA74.7 llamada “Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a las emergencias sanitarias” aprobada por la 74° Asamblea Mundial de la Salud en el año 2021, los Estados miembros solicitan al Director General:

“aprovechar y reforzar la cooperación existente entre la OMS, la FAO, la OIE y el PNUMA para formular propuestas que sean examinadas por sus respectivos órganos de gobierno, incluida una estrategia común sobre el enfoque «Una Salud» que abarque, por ejemplo, un plan conjunto para mejorar la prevención, el seguimiento, la detección, el control y la contención de los brotes de enfermedades zoonóticas”

Con base en dicho esquema de colaboración se desarrolla el borrador del Plan de Acción Conjunta (2022-2026) “Trabajando juntos por la salud de humanos, animales, plantas y el ambiente”, el cual guiará la operativización del enfoque de “Una Salud” entre las cuatro organizaciones. En este documento se define este enfoque como (OMS, 2021, p.6):

“un enfoque integrado y unificador cuyo propósito es obtener un balance sostenible y optimizar la salud de personas, animales, plantas y ecosistemas. Reconocer que la salud de las personas, animales domésticos y salvajes, plantas y el ambiente en general (incluyendo ecosistemas) están vinculados de modo cercano e interdependiente”.

La interconexión entre la salud de las personas, animales y ecosistemas es evidente. Teniendo en cuenta solo el objeto de investigación se observa que más del 60% de las enfermedades infecciosas tienen un origen zoonótico (OMS, 2021a). No solo diversas enfermedades pueden tener origen animal, sino que estos pueden ser vectores para su transmisión, como es el caso del mosquito *Aedes* en la fiebre amarilla. La interconexión se observa también en las consecuencias de la actividad humana en la degradación ambiental, generando que las pandemias sean más frecuentes y se expandan de modo más rápido.

A partir de lo indicado, no será posible enfrentar enfermedades zoonóticas y otras amenazas sanitarias resultado de esta interfaz hombre-animal-planta-medio ambiente sin la colaboración de todos los sectores y disciplinas responsables de la salud (FAO et al., 2019). Entre los beneficios de este enfoque multisectorial están (FAO et al., 2019): (i) una respuesta oportuna y eficaz a enfermedades zoonóticas y las emergencias causadas; (ii) información para todos los sectores pertinentes; (iii) toma de decisiones en base a evaluaciones compartidas; (iv) rendición de cuentas recíproca; (v) reglamentación y políticas realistas para todos los sectores; y, (vi) utilización eficaz de recursos, ya sea en su distribución, subsanación de carencias u obtención de fondos.

### ***Negociación de Instrumentos Multilaterales: Construcción de un Nuevo Régimen Relativo a la Salud Global durante las Pandemias***

**La Negociación y el Momentum.** En las relaciones internacionales, una negociación es una discusión entre representantes oficiales debidamente designados para lograr un acuerdo formal por parte de sus gobiernos con la finalidad de avanzar en un asunto que, ya sea un interés compartido o una disputa entre ellos (Berridge, 2002). La negociación es una de las actividades de la diplomacia, tal como se especifica en el artículo 3 de la Convención de Viena sobre Relaciones Diplomáticas (1961).

Por su parte, las prenegociaciones son aquel conjunto de actividades conducidas de manera previa al establecimiento de negociaciones sustantivas y están dirigidas a lograr tres tipos de acuerdos: (i) acuerdo sobre la necesidad de negociar como única manera para avanzar sobre un determinado asunto; (ii) acuerdo sobre la agenda; y (iii) acuerdo sobre el procedimiento para negociar (Berridge, 2002). Sobre el primer punto, las partes involucradas en el proceso deben estar convencidas de que el momento actual es el adecuado para negociar, así como reconocer la posibilidad de que un acuerdo será más beneficioso que mantener la situación como se encuentra. Respecto a la agenda, se presentan cuatro razones por las cuales esta podría ser controversial (Berridge, 2002): (i) el lenguaje de la agenda propuesta podría indicar que una parte ya ha concedido algún punto o que implícitamente se ha llegado a un acuerdo; (ii) el contenido de la agenda puede utilizarse como medio de propaganda; (iii) su generalidad o vaguedad; y (iv) el orden de la agenda, sobre todo si es que se tiene en cuenta que se harán concesiones por alguna parte. Por último, relacionado al procedimiento, son tres asuntos que deberán ser resueltos: (i) el formato de la negociación: directo o a través de un intermediario, de forma bilateral o a través de una conferencia multilateral; (ii) lugar del encuentro; (iii) el nivel, tamaño y composición de las delegaciones; y (iv) la

programación de las negociaciones ya sea al establecer un inicio o una fecha límite, aprovechando el *momentum* o ímpetu adecuado.

Sobre la necesidad de aprovechar el *momentum*, existen cuatro razones por las cuales es un peligro real para las negociaciones la demora en el proceso (Berridge, 2002): (i) la ausencia de progreso puede desmoralizar a los negociadores y a sus partidarios; (ii) otorga la oportunidad a los enemigos del proceso de negociación de sabotearlo; (iii) considerando que las partes al negociar se presentan siempre de la mejor manera, puede llevar a la falsa impresión de que el status quo no es tan malo; y (iv) la atención de los tomadores de decisiones puede desviarse a otros asuntos más urgentes. Una técnica adecuada para mantener el *momentum* es emplear un enfoque de paso a paso (Berridge, 2002), partiendo de los asuntos menos controversiales y construyendo una serie de logros que permitan visualizar los beneficios de la negociación diplomática. Asimismo, esta estrategia permite que los negociadores se encuentren más interesados en la culminación del proceso, pues aquellas concesiones obtenidas al inicio solo podrán disfrutarse una vez se llegue a un acuerdo definitivo.

Entre las herramientas empleadas para mantener el interés en el proceso de negociación se encuentran las siguientes (Berridge, 2002): (i) emplear fechas límite que sean reales e impliquen un riesgo en caso no sean cumplidas, pero a su vez sean realistas; (ii) framing; (iii) publicitar la negociación; o (iv) elevar el nivel de las negociaciones al involucrar a personal con mayor autoridad, lo que permite adoptar decisiones difíciles, diluir la influencia de las audiencias locales - pues podrá observar de primera mano los problemas de la negociación-, así como involucrar a nuevas personas con nuevas ideas en el proceso. De igual modo, al involucrar a negociadores con mayor autoridad, simbólicamente, señala a las partes que dicho proceso es prioritario e incrementan las expectativas para obtener un resultado.

**Factores que Contribuyen a la Efectividad de un Tratado.** La efectividad es la habilidad del tratado para lograr los objetivos que están reflejados en el propósito y objeto del tratado, tal como lo buscaron las partes (McInerney, 2021). De acuerdo a Thomas McInerney entre los factores que contribuyen a la efectividad de un tratado se encuentran los siguientes:

**Tabla 3**

*Factores que contribuyen a la efectividad de un tratado*

<b>Factor</b>	<b>Detalle</b>
Apoyo político	Los tratados son creados mediante un proceso político; es así que su aplicación global requerirá este apoyo, tanto inicial como en los distintos elementos que aportan en la efectividad de este.
Ratificación	Lograr un número suficiente de ratificaciones, de modo que se vinculen con el acuerdo. Ejemplos de acuerdos casi universalmente aceptados son la Convención de Derechos del Niño, la Convención Marco sobre Cambio Climático, el Convenio sobre Diversidad Biológica o el Convenio de Viena para la Protección de la Capa de Ozono.
Redacción y claridad	Forma en cómo el tratado es redactado. Importan dos elementos: estructura del tratado y evitar ambigüedad que fomente la confusión o el desacuerdo.
Acuerdos de gobernanza	Esfuerzos continuos para asegurar el éxito en las metas del tratado. Para ello se utilizan, por ejemplo, las Conferencias de las Partes u otro tipo de acuerdos institucionales. Entre las consideraciones a tomar en cuenta se encuentran: evitar la sobrepolitización, evitar procedimientos tediosos, asegurar la participación de <i>stakeholders</i> relevantes. En el caso del tratado sobre pandemias, la gobernanza deberá incluir la participación de expertos científicos.
Diseño regulatorio	Forma en cómo el problema regulatorio (objetivo del tratado) es concebido y definido en el instrumento y la fuerza normativa del instrumento (vinculante o no). Un ejemplo de un diseño regulatorio innovador es el Acuerdo sobre Medidas del Estado Rector del Puerto Destinadas a Prevenir, Desalentar y Eliminar la Pesca Ilegal, No Declarada y No Reglamentada, el cual requiere a las partes que tomen medidas para requerir a las embarcaciones permiso antes de ingresar a los puertos, detalle de la naturaleza de la captura y denegándolo cuando exista evidencia de pesca no declara o no reglamentada. Este diseño aborda de forma efectiva la utilización de bienes globales.
Sinergias	y Sinergias e interacciones temáticas pueden contribuir a la

Factor	Detalle
compatibilidad institucional	colaboración entre diversos regímenes de tratados diversos. En el caso del tratado sobre pandemias podemos nombrar al RSI, pero también a regulación de derechos humanos, medio ambiente, comercio, entre otros.
Investigación científica e información	Habilidad para el desarrollo de investigación y generación de conocimiento que pueda informar a los tomadores de decisiones. Como ejemplo, el papel del Panel Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, el cual respalda a la Convención Marco sobre Cambio Climático.
Financiamiento: global y nacional	Un financiamiento adecuado es necesario para que el tratado cumpla con su propósito. A nivel global este puede ser parte del presupuesto de la organización o manejarse con presupuestos separados, ya sea mediante aportaciones voluntarias o contribuciones regulares. El financiamiento es aún más importante para tratados de amplio carácter normativo como el presente. A nivel nacional se debe también contar con las capacidades adecuadas para implementar sus obligaciones.
Mecanismos de compliance y evaluación	Si bien existe una conexión entre <i>compliance</i> y efectividad, no son lo mismo. Así, un mal diseño regulatorio puede llevar a que el tratado técnicamente se cumpla, pero no logre su objetivo. Pueden implementarse diversas medidas de revisión y verificación como los reportes regulares o las inspecciones u evaluaciones realizadas por terceros. Una opción pragmática es que los mecanismos de <i>compliance</i> sean acordados en un instrumento separado, como protocolos opcionales. Por ejemplo, el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad.
Indicadores	Indicadores claros son necesarios para medir el cumplimiento de metas del tratado. Ejemplos de indicadores desarrollados dentro de planes estratégicos los encontramos en el Convenio Marco para el Control del Tabaco.
Comunidad de apoyo	Desarrollo de una comunidad de apoyo, tanto a nivel nacional como internacional que puede cumplir roles de <i>advocacy</i> , desarrollo de conocimiento o <i>lobby</i> . Esta puede estar conformada por la comunidad científica, la sociedad civil organizada, asociaciones profesionales, periodistas o funcionarios.
Movilización de gobernanza global	Se requiere el apoyo de organizaciones internacionales y regionales, dado que muchas veces los mandatos se superponen. Entre los enfoques utilizados se encuentran: estrategias conjuntas, acuerdos de metas compartidas, creación de plataformas de financiamiento compartidas,

Factor	Detalle
Justiciabilidad	<p data-bbox="580 226 1353 286">inclusión de las organizaciones como observadores, entre otros.</p> <p data-bbox="580 327 1353 389">Habilidad de los actores a nivel nacional para requerir el cumplimiento de las obligaciones contenidas en el tratado.</p>

*Nota.* Bulnes (2022)

Por su parte, un reciente artículo acerca de los efectos de los tratados internacionales basado en 224 estudios sobre el tema (Hoffman et al., 2022) concluye que estos han fallado en obtener sus objetivos deseados, con dos excepciones: aquellos relacionados al comercio y las finanzas, y aquellos que cuentan con mecanismos de *enforcement*. En algunos casos, los tratados han logrado impactos no deseados o negativos. Por ejemplo, se encontró que la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño fue el tratado con mayores efectos negativos, siendo que su ratificación ha empeorado prácticas de respeto a los derechos humanos. Una posible explicación que brinda el estudio para esta “paradoja de promesas vacías” es que gobiernos represivos sufren muy pocas consecuencias negativas y obtienen grandes ganancias diplomáticas al suscribir tratados de derechos humanos que no cuentan con significativas disposiciones que aseguren su implementación (Hoffman et al., 2022). Esto explicaría que los mayores efectos positivos se presenten durante el proceso de socialización en las negociaciones o durante su adopción, más no en el largo plazo, dado que, ante la ausencia de mecanismos de *enforcement* los gobiernos represivos pueden fácilmente regresar a sus prácticas usuales.

Por su parte, los mecanismos de *enforcement* son el único elemento de diseño de los tratados fuera del campo del comercio con el potencial de mejorar la efectividad, más no aquellas disposiciones de transparencia, queja o vigilancia (Hoffman et al., 2022). Entre estos mecanismos de *enforcement* efectivo se encuentran las sanciones financieras o la expulsión del país del cuerpo del

tratado. De los tratados estudiados, solo dos no relacionados a temas económicos cuentan con mecanismos de enforcement: (i) Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres; y (ii) el Protocolo de Kyoto.

**Instrumento a Negociar: Base Normativa.** Son cuatro las razones que explican la multiplicidad de formas que adoptan los instrumentos internacionales (Berridge, 2002): (i) algunos crean obligaciones internacionales, mientras otros no; (ii) algunas formas de acuerdo son mejores al señalar la importancia de la materia abordada, mientras otras son mejores para ocultar su significancia; (iii) algunas formas son más convenientes que otras, al no necesitar ratificación posterior; y (iv) algunas formas son mejores para aquellas partes que han realizado concesiones no deseadas.

En caso las partes deseen negociar un acuerdo vinculante deberá tener la forma de un tratado. De acuerdo a la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados (1969), un tratado es un acuerdo internacional regido por el derecho internacional, cualquiera que sea su denominación. Para que sea regido por el derecho internacional, de conformidad con el artículo 102 de la Carta de la ONU, deberá ser registrado en la Secretaría y publicado a la mayor brevedad posible. En el caso de la OMS, su Constitución en el artículo 2 le otorga la facultad de "proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional". Respecto a las recomendaciones, el artículo 23 de dicho instrumento brinda autoridad a la Asamblea de la Salud para realizarlas; mientras el artículo 62 requiere que anualmente los Estados miembros rindan un informe sobre las medias tomadas respecto a las recomendaciones. Más allá de estas recomendaciones, como instrumentos de *soft law*, la Secretaría puede establecer estándares, se pueden implementar Códigos de Práctica o incluso guías más amplias como las Estrategias Globales. Otro ejemplo de *soft law* son las declaraciones de la ONU

en materia de salud. Desde una perspectiva política, los acuerdos no vinculantes son más fáciles de negociar que lo tratados internacionales y permiten construir cierto consenso sobre determinados principios con el paso del tiempo (Gostin, 2014). Así, por ejemplo, las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, con más miembros incluso que la ONU, reflejan la voluntad y expectativas de la comunidad internacional, pudiendo llevar al progresivo desarrollo de normas internacionales (Gostin, 2014).

Por otro lado, el artículo 19 de la Constitución especifica que la Asamblea de la Salud tiene autoridad para adoptar convenciones o acuerdos, requiriendo el voto de dos terceras partes de los miembros. El artículo 20 obliga a que los miembros, dentro de los dieciocho meses después de la adopción del instrumento, tomen acciones relativas a su aceptación, notificando al Director General si la acepta o no y, en este último caso, explicando las razones de su no aceptación. De este modo, se obligaría a los Estados a considerar con seriedad el acuerdo, pues deberán luego detallar las razones de su negativa. Por otro lado, la facultad de adoptar reglamentos por parte de la Asamblea se encuentra prevista en el artículo 21. Estos reglamentos entrarán en vigor entre los Estados miembros después del debido aviso de su adopción, a menos que el Estado comunique que rechaza o realiza reservas dentro del período fijado. Así, se obligaría a los Estados a adoptar una postura proactiva o, de lo contrario, el instrumento lo obligaría aún sin su consentimiento expreso. A modo de resumen, son tres los principales de instrumentos que podrían promulgarse en virtud de la Constitución de la OMS (WGPR, 2021b)

#### **Tabla 4**

*Instrumentos previstos en la Constitución de la OMS*

<b>Instrumento y vinculatoriedad</b>	<b>Adopción por la Asamblea de la Salud y entrada en vigor</b>	<b>Ámbito de aplicación</b>
Convenios o acuerdos (artículos 19 y 20)	Adopción por voto de las dos terceras partes.	Todo asunto que sea competencia de la OMS.

Instrumento y vinculatoriedad	Adopción por la Asamblea de la Salud y entrada en vigor	Ámbito de aplicación
vinculante	Entrada en vigor en cada Estado de acuerdo a sus procesos constitucionales.	
Ejemplo: Convenio Marco para el Control del Tabaco		
Reglamentos (artículo 21 y 22) – vinculante	Adopción por mayoría simple.	Artículo 21: (i) requisitos sanitarios y de cuarentena; (ii) nomenclaturas; (iii) normas sobre procedimientos de diagnóstico; (iv) normas sobre productos biológicos y farmacéuticos.
Ejemplo: RSI, Reglamento de Nomenclatura	Entrada en vigor para todos los Estados miembros luego de su adopción por la Asamblea, excepto para aquellos que comuniquen su rechazo o reservas dentro del período de aviso.	
Recomendaciones (artículo 23) – no vinculantes	Adoptado por mayoría simple.	Todo asunto que sea competencia de la OMS.
Ejemplo: Marco de Preparación para una Gripe Pandémica; Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna		

*Nota.* Bulnes (2022)

La elección entre estos instrumentos no es excluyente. Podrían adoptarse a la vez instrumentos jurídicamente vinculantes, complementados por recomendaciones.

Si bien no es una categoría normativa, conviene diferenciar la negociación de un acuerdo marco de un tratado “regular” (Nikogosian, 2021). Así el primero abordará una serie de amplios compromisos para las partes, dejando los detalles para subsecuentes protocolos o acuerdos. Estructuralmente, los convenios ordinarios abordan obligaciones y temas definidos desde su concepción; mientras los convenios marco ofrecen un planteamiento progresivo desde el convenio marco con términos y principios generales hasta instrumentos posteriores como protocolos, directrices, procesos, mejores prácticas, vinculantes o no (WGPR, 2021b). Entre los beneficios de un acuerdo marco está

la facilidad para llegar a consensos al diferir la negociación de cuestiones contenciosas, así como permite, a través de la utilización de protocolos, realizar actualizaciones conforme al avance de la técnica, la ciencia y la tecnología (Nikogosian, 2021). El inconveniente es que dichos protocolos tomarán tiempo adicional en ser negociados y adoptados. Por ejemplo, el protocolo del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco relacionado al comercio ilícito fue adoptado a los 7 años en que la convención entró en vigor y a los 13 años pudo tener las ratificaciones requeridas. Hay que tener en cuenta que los protocolos pueden establecer nuevas obligaciones o establecer guías para implementar las existentes, pero en todo caso, una vez adoptados, son nuevos tratados internacionales que requerirán ratificación adicional. En caso se decida utilizar este mecanismo, una alternativa es utilizar fechas límite para la negociación de los protocolos o negociar aquellos más urgentes de forma paralela a la convención principal (Nikogosian, 2021).

### ***Gobernanza de la Salud***

Salud global es un concepto que involucra dos elementos (Frenk & Moon, 2013): (i) el nivel de análisis, el cual abarca a la población mundial; y (ii) las relaciones de interdependencia que unen a las distintas unidades que conforman esta población (Estados, ONG, sociedad civil, etc.). Respecto a la salud de la población, son dos las dimensiones analizadas (Frenk & Moon, 2013): (i) las condiciones de salud como las enfermedades o los factores de riesgo; y (ii) la forma en cómo la sociedad responde a estas condiciones. A nivel global, la principal condición que explica la transferencia de riesgos en la salud es la intensificación de la interdependencia producida por la globalización. La forma en cómo la sociedad se organiza para responder a las condiciones globales de la salud a nivel global constituye el “sistema global de salud”, y la manera en cómo este sistema es gobernado se conceptualiza como la “gobernanza de la salud”.

El sistema global de salud es el “grupo de actores cuyo primer propósito es mejorar la salud, junto con aquellas reglas y normas que gobiernan sus interacciones” (Frenk & Moon, 2013, p. 937). Entre estos actores se encontrarían los gobiernos nacionales, la OMS como organismo internacional enfocado en la salud, pero también el Banco Mundial junto con la sociedad civil, las corporaciones e instituciones académicas. A ello habría que sumar organizaciones híbridas como la Alianza GAVI o el Fondo Global. Si bien la definición señala que el principal propósito de los actores debe ser mejorar la salud, observamos que también está integrado por aquellos que fueron constituidos para otros fines (como el Banco Mundial) e incluso abarca áreas no directamente asociadas con la salud, como por ejemplo, el comercio internacional, las migraciones o el medio ambiente (Frenk & Moon, 2013).

El concepto de gobernanza global no solo se refiere a los mecanismos de

toma de decisiones implementados por los Estados, sino a la totalidad de las formas en cómo la sociedad se organiza para afrontar diversas condiciones. Estas pueden ir desde mecanismos formales como las decisiones adoptadas por la Asamblea de la Salud, hasta códigos de conducta sin fuerza vinculante. Del mismo modo, a diferencia de los gobiernos nacionales, no existe una autoridad jerárquica por sobre los tomadores de decisiones, y por, tanto los instrumentos en los cuáles se reflejan sus voluntades, no están aparejados de acciones coercitivas para su implementación. Como resultado, los desafíos para los sistemas de gobernanza de salud estarán enfocadas en hacer cumplir las reglas, coordinar acciones, lograr coherencia en políticas y asegurar *accountability* (Frenk & Moon, 2013). Entre los desafíos de gobernanza para la salud global destacan los siguientes (Frenk & Moon, 2013):

- a) Soberanía: Aun cuando los Estados son los principales obligados a proveer salud a su población, la globalización ha supuesto que esta meta esté más allá del control de un solo gobierno. Con la ausencia de un gobierno global, existe la tensión entre soberanía nacional y la necesidad de acciones colectivas.
- b) Sectorización: La salud global es producto de la interdependencia de diversos sectores, por lo que las políticas deberán tener en cuenta áreas tan dispares como comercio, inversiones, medio ambiente, seguridad, migración, etc.
- c) *Accountability*: Aún cuando los Estados sigan siendo importantes a nivel internacional, diversos actores (sociedad civil, corporaciones multilaterales, fundaciones, etc.) han adquirido poder y actúan de modo independiente a sus Estados nacionales. En base a ello, surgen dos cuestionamientos: (i) legitimidad de las organizaciones intergubernamentales, las cuales responden a los gobiernos, pero no

a las personas cuyo derecho a la salud dicen proteger; y (ii) falta de mecanismos de responsabilidad para actores no estatales.

Teniendo en cuenta que la gobernanza de salud abarcará a diversos actores y temas, el derecho global de la salud regulará asuntos más allá del campo de la salud, remediando las influencias negativas en el sector de ciertos regímenes internacionales (por ejemplo, el comercio, la propiedad intelectual o el financiamiento internacional) (Gostin, 2014).

**Funciones del Sistema Global de Salud.** Con base en los desafíos explicados, juntamente con los problemas de mercados imperfectos reseñados previamente, son cuatro las funciones un sistema global de salud (*Frenk & Moon, 2013; Jamison et al., 1998*):

**Tabla 5**

*Funciones del sistema global de salud*

<b>Función principal</b>	<b>Detalle</b>
Producción de bienes públicos	Bienes públicos relacionados a la generación de conocimiento como el establecimiento de estándares internacionales (como la Clasificación Internacional de Enfermedades), guías de mejores prácticas (Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS), investigación y desarrollo de nuevas tecnologías, evaluación de políticas, entre otros. Considerando que el <i>free-riding</i> está presente, sin esfuerzos concertados a nivel global, los países no invertirían lo suficiente en la generación de estos bienes, debido a que no podrán aprovechar íntegramente sus beneficios.
Manejo de externalidades entre países	Prevenir o mitigar los efectos negativos de situaciones que pueden aparecer en un país y tener efecto en los demás. Involucra utilizar instrumentos como sistemas de vigilancia y control, mecanismos de coordinación y canales para compartir información, lo que asegura respuestas oportunas frente a amenazas globales como las pandemias.
Movilización de la solidaridad global	Financiamiento para el desarrollo, cooperación técnica, asistencia humanitaria y protección de los derechos de un grupo específico (como migrantes o minorías), cuando el propio gobierno no puede hacerlo. Esta función se enmarca en la necesidad de proteger la salud, entendida como derecho humano, sin importar la nacionalidad de la persona.
Gestión	Dirección estratégica de modo que las otras funciones puedan ser desempeñadas. Incluye actividades como organizar negociaciones y formación de consensos, establecer

<b>Función principal</b>	<b>Detalle</b>
	prioridades en la agenda, definir reglas y mecanismos de evaluación para asegurar su cumplimiento, promover la salud en otros sectores.

*Nota.* Bulnes (2022)

Una mejora en el sistema de gobernanza requerirá abordar los desafíos descritos de forma que las principales funciones puedan ser desempeñadas. Cualquier intento de reforma de la OMS deberá analizar cuáles de las funciones descritas serían sus obligaciones principales, con la finalidad de reforzarlas. Las funciones detalladas requerirán en muchos casos, mecanismos institucionalizados a nivel internacional, a excepción de la solidaridad global, la cual únicamente es un suplemento para una responsabilidad que permanece en los Estados (Jamison et al., 1998). Si bien las organizaciones internacionales pueden facilitar el acceso a servicios de salud, la construcción de capacidades es responsabilidad de cada país. Asimismo, los mecanismos que aseguren la movilización de solidaridad pueden efectuarse a través de acuerdos intergubernamentales, sin necesidad de estar asociados a una organización, aun cuando esta pueda canalizar la ayuda.

***La Negociación de un Acuerdo sobre Pandemias: Política Exterior, Intereses Nacionales y Toma de Decisiones en Contextos de Crisis***

**Política Exterior.** Christopher Hill define la política exterior como “la suma de las relaciones oficiales externas, conducidas por un actor independiente (usual pero no exclusivamente un Estado) en las relaciones internacionales (Hill, 2016, p.4). Esta definición se descompondría de los siguientes elementos (Hill, 2016):

- a) Actores independientes: se incluyen las actividades no solo de actores estatales, tales como la Unión Europea o Hezbollah.
- b) Relaciones externas oficiales: permite considerar los resultados de todos aquellos mecanismos que gobiernan a un Estado y no solo al Ministerio de Relaciones Exteriores.
- c) Es una política y no solo un conjunto de decisiones, pues se busca lograr un cierto grado de coherencia y razonabilidad hacia el exterior.
- d) Exterior: el mundo está conformado aún por comunidades separadas y distinguidas, en lugar de ser una unidad homogénea. En base a ello, las comunidades necesitan estrategias para relacionarse con lo extranjero.

Considerando que los Ministerios de Relaciones Exteriores en la actualidad no monopolizan las relaciones exteriores, “sería absurdo para los analistas de política exterior concentrarse en las relaciones entre servicios diplomáticos nacionales” (Hill, 2016, p.5). Ante la presencia de actividades diplomáticas paralelas de otros actores, por ejemplo, Ministerios de Salud, la distinción entre actividades asociadas a la alta y baja política ha quedado desfasada.

Entre las funciones de la política exterior destacan (Hill, 2016): (i) coordinar y establecer prioridades entre intereses competitivos que cuentan con una dimensión exterior; y (ii) proyectar valores que la sociedad puede considerar como universales; por ejemplo, a través de cooperación para el desarrollo.

**Interés Nacional.** Desde la perspectiva realista, los intereses de los Estados estarían relacionados al poder y la seguridad; sin embargo, estos conceptos no están claramente definidos y son medios no fines en sí mismos (Finnemore, 1996). Los Estados construyen sus necesidades al interactuar en la esfera internacional y, en muchos casos, no tienen claridad completa sobre aquello que desean. Es la socialización la que determina la construcción de determinados intereses o preferencias. Estas son maleables y no son inherentes a los Estados o se encuentran determinadas por las condiciones materiales (Finnemore, 1996). Aun cuando los Estados deseen evitar su destrucción, este objetivo de carácter negativo no ayuda a acortar las otras posibilidades que se deseen alcanzar. De igual modo, el contexto internacional, a través de un sistema de valores cambiante, influye en determinar cuáles de sus objetivos pueden considerarse buenos o apropiados, restringiendo su campo de acción (Finnemore, 1996).

Por otro parte, también es relevante el rol de las organizaciones como mecanismos de institucionalización y propagación de normas culturales, las cuales a su vez definen las identidades e intereses de aquellos que interactúan en estas (Finnemore, 1996). En el presente caso, los Estados, a través de la socialización con organizaciones internacionales, pueden llegar a aceptar nuevas normas, valores y percepciones acerca de sus intereses (Finnemore, 1996). Las organizaciones internacionales no solo restringirían el campo de acción de un Estado, sino también cambian su forma de actuar mediante una modificación de sus preferencias. Así, por ejemplo, las acciones de la OMS enfocadas en la erradicación de epidemias pudieron determinar que las prioridades de cooperación en salud de los países desarrollados estén orientadas únicamente a intervenciones específicas, en lugar de enfoques más holísticos como la construcción de capacidades. Del mismo modo, si bien se entendía la conexión entre la reducción de la pobreza como condición para la mejora de la salud, solo cuando fue puesta como parte de la agenda del

desarrollo por parte del Banco Mundial e impulsada por la OMS mediante la declaración de Alma-Ata, se asume como responsabilidad primordial de los Estados. Las organizaciones internacionales funcionan como mediadores de las interacciones estatales al “proveer reglas de juego, suministrar información, monitorear comportamientos, o crear transparencia” (Finnemore, 1996, p. 13).

**Toma de Decisiones en Contexto de Crisis.** Mediante el libro “La esencia de la decisión. Análisis explicativo de la crisis de los misiles en Cuba” (Allison, 1988), Graham Allison introduce dos modelos de toma de decisiones: el Modelo de Proceso Organizacional y Modelo Político Gubernamental (Modelo Burocrático). Este último plantea que las decisiones de política exterior son el producto de negociaciones políticas entre líderes individuales en posiciones de gobierno. Este resultado del proceso político está caracterizado por un juego en el cual, múltiples actores con diferentes preferencias luchan, compiten o negocian, tanto sobre el contenido como sobre la forma de implementar una determinada política (Jones, 2010). Por su parte, el Modelo de Proceso Organizacional señala que las acciones de política exterior son el resultado organizacional de grandes burocracias con “prioridades parroquiales” que siguen determinados estándares operativos (Jones, 2010). Ambas perspectivas contrastan con la visión realista de que los Estados son actores unitarios racionales.

En la presente tesis nos enfocaremos en el Modelo Burocrático, pues nos permitirá explicar la compleja dinámica de toma de decisiones en el sector salud. Las distintas políticas no serían adoptadas por un cuerpo unitario que se encarga de seguir de forma consistente objetivos estratégicos, sino por varios actores que actúan “de acuerdo a variadas concepciones relativas a fines nacionales, organizaciones y personales; jugadores que toman decisiones gubernamentales no a través de una elección única y racional, sino a través del tira y afloja característico de la política” (Allison, 1988, p.213). Consecuencia

importante del punto anterior es que las decisiones de política exterior muchas veces pueden ser el resultado no deseado de este proceso de negociación, un resultado que no refleja aquellos que los actores elegirían de modo independiente (Jones, 2010).

**La Negociación Multilateral para Países en Desarrollo.** Durante una negociación multilateral, los países en desarrollo normalmente están en desventaja debido a que se encuentran subrepresentados; por lo que los acuerdos y regímenes adoptados podrían no reflejar sus intereses nacionales (Chasek & Rajamani, 2003). El éxito de una negociación multilateral depende de delegaciones nacionales que cuenten con el *expertise* técnico, las habilidades diplomáticas, una adecuada memoria institucional y la habilidad de evaluar políticas complejas, lo cual en el caso de países en desarrollo se ve limitado por el tamaño de sus delegaciones pues no cuentan con la experiencia técnica requerida y no pueden cubrir múltiples sesiones de negociación simultáneas (Chasek & Rajamani, 2003).

Esta ausencia de recursos puede ser superada a través de estrategias como (Chasek & Rajamani, 2003):

- a) La formación de coaliciones: permite añadir recursos a cada delegación, aumenta el *expertise* y facilita la posibilidad de cubrir más asuntos y tener más peso en las negociaciones. Es posible la formación de coaliciones grandes que ofrezcan un apoyo general a sus miembros y, a su vez, coaliciones más pequeñas enfocadas en asuntos específicos que protejan intereses comunes.
- b) Negociar enfocándose solo en determinadas prioridades, por ejemplo, el acceso a recursos financieros o tecnológicos para países en desarrollo, dado que no es posible abarcar todos los temas.
- c) Puesta en común de *expertise* de modo que las delegaciones se enfoquen en áreas de su interés con la confianza de que otras

delegaciones representarán los intereses del grupo. Así, los representantes de una coalición no trabajan solos, sino que eligen a coordinadores para diferentes puntos de la agenda entre los otros países en desarrollo, quienes articulan la posición del grupo en su materia.

- d) Participar en las sesiones de prenegociación de modo que puedan comprender el asunto a discusión y las posiciones de los distintos Estados para formar coaliciones.
- e) Formación de alianzas con actores no estatales, quienes podrían brindar recursos y experiencia.

## Capítulo 2: Marco Metodológico

### **Objetivos:**

#### ***Objetivo General:***

Comprender de qué forma la negociación del acuerdo sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias se articula con los objetivos de política exterior del Perú.

#### ***Objetivos Específicos:***

##### Objetivo específico 1:

Describir el desarrollo de la arquitectura global en materia de salud, particularmente en la OMS.

##### Objetivo específico 2:

Determinar el nivel de avance en las negociaciones del acuerdo sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.

##### Objetivo específico 3:

Explicar la postura que podría adoptar el Perú en la negociación del acuerdo, a partir de la experiencia previa en cooperación en materia de salud.

### **Hipótesis:**

#### ***Hipótesis General:***

Teniendo en cuenta que los objetivos del Perú en materia de política exterior se han orientado históricamente a la cooperación internacional, la suscripción de un acuerdo sobre pandemias en la OMS se alinearía con nuestros intereses y facilitaría la gobernanza global en materia de salud al otorgar más certeza y predictibilidad a las obligaciones jurídicas de los Estados. Un tratado internacional específico sobre pandemias involucraría un cambio de paradigma en la respuesta a estas amenazas transfronterizas, por lo que un acuerdo específico es necesario.

**Hipótesis Específicas:**Hipótesis Específica 1

El desarrollo de la cooperación internacional en materia de salud ha sido un proceso largo y con muchas deficiencias que han quedado evidenciadas durante la pandemia de la COVID-19.

Hipótesis Específica 2

El avance de las negociaciones del acuerdo sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias muestra que existen posturas contrapuestas entre países desarrollados y países en desarrollo, tanto respecto a la vinculatoriedad del acuerdo como respecto a su contenido mínimo.

Hipótesis Específica 3

El Perú debería impulsar la adopción de un instrumento vinculante, cuyo contenido mínimo esté alineado a las necesidades de los países en desarrollo.

**Tipo y Diseño de Investigación**

El presente trabajo tiene un enfoque cualitativo y se trata de una investigación analítica. Este enfoque “puede desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos” (Hernández et al., 2014, p.7). Por su parte, la revisión analítica de la literatura implica “detectar, consular y obtener la bibliografía (referencias) y otros materiales que sean útiles para los propósitos de estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante y necesaria” (Hernández et al., 2014, p.61)

Respecto al diseño de la investigación, debemos indicar que este será el abordaje general que se utilizará en el proceso de investigación (Hernández et al., 2014). El diseño empleado es de investigación- acción. Este tiene como finalidad “comprender y resolver problemáticas específicas de una colectividad vinculadas a un ambiente” (Hernández et al., 2014, p.496). En el presente caso, la investigación se centra en aportar información que guíe el proceso de toma de decisiones para reformas estructurales como es la adopción de un nuevo

acuerdo sobre pandemias, que modifique el sistema de gobernanza actual. En base a ello, se detectan las necesidades y prácticas que deseen modificarse, proponiendo un determinado plan de acción. El establecimiento de recomendaciones se basa en conocer la problemática de la gobernanza actual en materia de salud tomando como ejemplo la pandemia de la COVID-19.

Las tres fases de este proceso son las siguientes: (i) observar, detallando el problema y recolectando datos; (ii) analizar e interpretar; y (iii) actuar, implementando mejoras (Hernández et al., 2014). Si bien este proceso es cíclico, debido a que nos encontramos con un proceso de negociación de un acuerdo en curso, no será posible evaluar en la presente tesis cómo estas mejoras se introducen satisfactoriamente.

### **Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Una vez conocido el problema de investigación, es necesario recolectar datos. Esta recolección de datos se basó en la revisión de fuentes primarias y secundarias, principalmente trabajos académicos e informes y memoranda. Se recopiló información de los funcionarios responsables del Ministerio de Relaciones Exteriores en asuntos de cooperación en salud, buscando entrevistar a los actores claves.

La entrevista se define como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) [...]”. En la entrevista, a través de preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema” (Hernández et al., 2014, p.403). Las entrevistas que se utilizaron serán las semiestructuradas las cuales se basarán en una guía de asuntos y preguntas, con la libertad de introducir preguntas adicionales para obtener mayor información. Las preguntas que se utilizaron serán de opinión, de conocimientos, de antecedentes y de simulación según la clasificación propuesta por Mertens (2010). De igual modo se efectuaron entrevistas abiertas

Con la finalidad de conocer la postura histórica peruana en temas de salud se revisaron las declaraciones y resoluciones auspiciadas por Perú tanto en la OMS como en la ONU. Así, se analizó el contenido de 66 resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (Apéndice N°1), 70 resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS (Apéndice N°2) y 12 resoluciones de la ONU (Apéndice N°3). De igual modo se identificaron 40 borradores de resoluciones de la ONU en materias de salud en las que Perú participó como patrocinador (Apéndice N°4). Finalmente, buscando aclarar los avances en la negociación del instrumento, se revisaron 43 documentos preparados por los distintos órganos y grupos de trabajo de la OMS relacionados con el posible acuerdo, entre los que se incluyen decisiones, resoluciones, reportes, borradores y minutas (Apéndice N°6). Teniendo en cuenta que el presente instrumento se encuentra en proceso de negociación y dadas las limitaciones temporales de la tesis, la revisión documental se ha realizado respecto a documentos emitidos hasta octubre de 2022; sin embargo, la tesis incluye una breve mención al borrador que será discutido por el órgano de Negociación Intergubernamental en diciembre de 2022.

### **Sujetos de Estudio**

Los sujetos de estudio de la investigación son el Grupo de Trabajo de los Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a las Emergencias Sanitarias y por el Órgano de Negociación Internacional, cuyas labores se encuentran contenidas en los distintos reportes y memoranda relacionada con el proceso de negociación de un posible acuerdo sobre pandemias en la OMS. También es relevante para la presente tesis, conocer y analizar la postura del Ministerio de Relaciones Exteriores en materia de Salud en distintos foros internacionales como la OMS, la OPS y la ONU. De igual modo, se recogió información de funcionarios del Ministerio de Relaciones Exteriores, cuyo campo de trabajo está relacionado con asuntos de

la salud y que se encuentran en Ginebra participando del proceso de negociación con la finalidad de conocer sus perspectivas sobre el nuevo instrumento. Como el Ministerio de Relaciones Exteriores no es el único actor que intervendrá en la determinación de la posición peruana, se buscó conocer el punto de vista del funcionario del Ministerio de Salud que funge de punto focal en la negociación de este acuerdo, así como de académicos cuyo trabajo se enfoque en la seguridad sanitaria. Es así que se conversó con las siguientes personas: (i) del Ministerio de Relaciones Exteriores: Ministra Ana Lucía Nieto, Ministro Consejero Bernardo Roca Rey y la Sra. Gladys Castañeda; (ii) del MINSA: Dra. Fabiola Caruajulca; (iii) de Médicos sin fronteras: Dra. Ángela Uyen; (iv) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: Dra. Lucero Cahuana Hurtado.

## Capítulo 3: Presentación y Discusión de Resultados

### Subcapítulo 3.1: La Cooperación Internacional en Materia de Salud

#### Importancia Global de la Salud

Las amenazas a la salud global no tienen en cuenta fronteras y, en un contexto en el que los límites entre lo doméstico y lo exterior se disuelven, se exagera el impacto de las crisis de salud pública. Un claro ejemplo es el documentado caso del médico LJL, proveniente de Cantón, quien se hospedó en un hotel de Hong Kong contagiando a 16 huéspedes de SARS en una sola noche, los cuales llevaron el virus a sus países de origen (Singapur, Canadá, Irlanda y Estados Unidos) (WHO, 2006). De modo previo a la pandemia de la COVID-19, se reportaba un incremento sostenido en el número de ciudades conectadas por transporte aéreo, número de pasajeros (4.3 billones en el año 2018) y una mayor accesibilidad de este tipo de transporte (IATA, 2019).

Así, de modo general las enfermedades han afectado a los Estados de diversos modos (Hays, 1998):

- 1) Demografía: Las muertes producidas por las enfermedades ocasionaron periodos de estancamiento o decrecimiento de la población.
- 2) Efectos sociales: Enfatiza las líneas divisorias entre inmigrantes y población local. La población extranjera es, en muchos casos, culpada de la propagación de enfermedades.
- 3) Efectos políticos: Por ejemplo, las enfermedades de los conquistadores en América jugaron un importante papel en la colonización del continente.
- 4) Efectos económicos: La nueva presión demográfica cambia la oferta laboral y, por tanto, su precio. De igual modo, las enfermedades tienen efectos sobre la productividad de una población o región. Así, de acuerdo con información del Banco Mundial (2016), el ébola tuvo un costo de U\$S 2800 millones de pérdidas en PBI para las economías de Liberia, Sierra

Leona y Guinea, debido principalmente a la paralización de su actividad productiva y a la suspensión del comercio con otros Estados.

- 5) Efectos culturales o intelectuales: Las pandemias han definido el carácter completo de una era y su optimismo o pesimismo. Así, la peste bubónica medieval era asociada al fin de los tiempos.

Asimismo, las intervenciones en salud benefician a otros sectores, a través del enfoque Una Sola Salud. Por ejemplo, la ganadería intensiva desarrollada a partir de la revolución industrial tiene un impacto directo en el incremento de ciertas enfermedades zoonóticas, por lo que el desarrollo de estrategias de salud afectará ciertas formas de producción.

Ante la importancia del sector, la salud global se configura como una responsabilidad compartida, reflejando así los riesgos y vulnerabilidades comunes (Gostin, 2014). De este modo, los mecanismos de asistencia de países desarrollados no pueden ser entendidos como una forma de caridad discrecional, que refleje e imponga las inequidades del sistema internacional y no permita una asistencia predecible y sostenible. La asistencia es una respuesta a la necesidad de construir capacidades de modo colaborativo y responder a riesgos de salud globales, basado en compromisos de justicia (Gostin, 2014).

### ***Vinculación entre Salud y Política Exterior***

La vinculación entre la política exterior y la salud ha evolucionado desde considerarse a la salud como un asunto de “low politics” asociado a la ayuda humanitaria a la securitización de esta (Khazatzadeh-Mahani et al., 2020). Las pandemias, consideradas como una amenaza para la seguridad nacional, forzaron a que los operadores de política exterior aborden las cuestiones de salud como una de sus prioridades. Asimismo, la interdisciplinariedad de la salud global ha crecido de tal modo que los asuntos de salud impactan otras áreas como el comercio internacional, el régimen de propiedad intelectual, el medio

ambiente, entre otros (Michaud & Kates, 2013). De modo sintético, los argumentos que justifican el involucramiento de asuntos de salud en la política exterior son los siguientes (Labonté & Gagnon, 2010):

**Tabla 6**

*Conexión entre salud y política exterior*

<b>Argumento</b>	<b>Detalle</b>
Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Una población sana es necesaria para la seguridad y estabilidad de los países.</li> <li>(b) Las pandemias tienen efectos desestabilizadores al: (i) convertir conflictos nacionales en regionales; (ii) al incrementar los índices de pobreza, haciendo más proclive a la población a realizar actividades terroristas; (iii) reducir el crecimiento económico debido a los costos asociados con el mantenimiento de la paz.</li> <li>(c) Las intervenciones de salud se utilizan como un medio para consolidar la paz en etapas postconflicto.</li> <li>(d) Razones de derecho internacional humanitario obligan a ciertas protecciones a no combatientes.</li> <li>(e) Miedo a las pandemias reflejado en obligaciones de seguridad colectiva.</li> </ul>
Desarrollo	Las inversiones en salud explican en parte el desarrollo económico de ciertos países. La salud no es solo una consecuencia del crecimiento económico, sino aquello que lo impulsa.
Bienes Públicos Globales	La protección contra las pandemias se considera un bien público global. De igual modo, se consideran bienes públicos globales: la obtención de un clima estable (la mitigación del cambio climático y su impacto en la salud explica ciertas acciones de política exterior) y la regulación de productos con efectos adversos sobre la salud (como el tabaco).
Comercio	<ul style="list-style-type: none"> <li>(a) La salud global es una condición necesaria para mantener un sistema global de comercio abierto. Las pandemias interrumpen las rutas comerciales.</li> <li>(b) La liberalización del comercio lleva al crecimiento y al desarrollo, lo cual reduce la pobreza, mejorando la salud de la población.</li> <li>(c) Asuntos de propiedad intelectual de medicamentos.</li> <li>(d) Regulación del comercio de servicios de salud.</li> </ul>
Derechos humanos	La salud como un derecho fundamental generando ciertas obligaciones en los Estados.
Moral y ética	Salud como elemento de la dignidad humana. También es entendida como un paso para alcanzar la justicia social.

*Nota.* Bulnes (2022)

Por otra parte, considerando las interacciones entre la política exterior y la salud, son cuatro los modos en que estas se materializan (Khazatzadeh-Mahani et al., 2020): (i) la política exterior podría potencialmente poner en peligro objetivos de salud, por ejemplo, cuando criterios económicos sobre la propiedad intelectual en negociaciones comerciales encarecen ciertas medicinas; (ii) la salud es utilizada como una herramienta de política exterior (*soft power*) al fortalecer relaciones, construir alianzas, incrementar la reputación (por ejemplo, los programas de asistencia de médicos cubanos) o por criterios de seguridad ante la expansión de enfermedades; (iii) el uso de la política exterior para promover objetivos de salud, considerando a esta última como un fin en sí misma; y (iv) considerar a la salud como un componente integral de la política exterior que informaría la agenda de asuntos como el comercio, la seguridad nacional y la ayuda.

Partiendo de la definición de política exterior de Christopher Hill reseñada previamente como la “suma de las relaciones oficiales externas”, se deberán considerar los resultados de todos aquellos mecanismos que gobiernan a un Estado y no solo al Ministerio de Relaciones Exteriores. Es así que el involucramiento del Ministerio de Salud y la agenda de salud no serían extraños en un análisis de política exterior.

### ***Diplomacia de la Salud Global***

Ante los retos planteados, la actividad diplomática, a través de la llamada “Diplomacia de la Salud Global” (Global Health Diplomacy) buscará abordar aquellos asuntos de importancia para la gobernanza global de la salud y buscará explicar cómo y por qué asuntos relacionados a la salud juegan un rol en la política exterior (Michaud & Kates, 2013). Entre los tipos de actividades que se podrían llevar a cabo mediante la diplomacia de la salud se encuentran los siguientes (Katz et al., 2011; Michaud & Kates, 2013):

- (i) Interacciones entre gobiernos: que incluyen negociaciones internacionales bilaterales o multilaterales, como las que se celebran en la Asamblea Mundial de la Salud o en otros foros; implementación de políticas; defensa de intereses; entre otras actividades relacionadas al concepto clásico de diplomacia.
- (ii) Diplomacia entre múltiples *stakeholders*: interacciones entre varios Estados, actores no estatales y actores multilaterales que incluirían a:
  - (1) asociaciones entre agencias de gobierno de modo directo (por ejemplo, acuerdos entre USAID y ministerios de salud);
  - (2) iniciativas globales con actores no estatales como la Alianza GAVI;
  - (3) mecanismos informales que utilizan a la salud como un medio para evitar conflictos (por ejemplo, la cooperación entre EUA y la URSS para erradicar la viruela, a pesar de no existir un acuerdo formal o las peticiones del Secretario General de la ONU de alto al fuego mundial para contener el coronavirus).
- (iii) Diplomacia informal: acciones directas de actores del sector salud de un país ejerciendo funciones en otro, interactuando con representantes oficiales del Estado receptor, representantes de organizaciones multilaterales o no gubernamentales, o con el público en general. Incluiría, por ejemplo, actividades de asistencia de representantes de países donantes en países receptores; misiones médicas de organizaciones del sector privado, como la Fundación Bill y Melinda Gates; actividades de colaboración para la investigación; y asistencia humanitaria y respuesta ante desastres.

**Sistema de Salud Global:**

Un sistema global de salud es “la constelación de actores (individuos y/u organizaciones), cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud, y el persistente y conectado conjunto de reglas formales o informales, que prescribe roles de comportamiento, restringe actividades y moldea expectativas”(Szlezák et al., 2010). Estos actores pueden actuar a nivel nacional o global e incluyen a entidades gubernamentales, ONG, fundaciones, trasnacionales o entidades intergubernamentales. En el presente apartado nos centraremos en las entidades intergubernamentales. A pesar del pluralismo de actores que caracteriza a la salud global, la OMS permanece como la única agencia con la autoridad para implementar normas y estándares internacionales en materia de salud, así como ejercer funciones coordinadoras estableciendo prioridades entre los Estados miembros (Ruger & Yach, 2009).

***El Rol de la Organización Mundial de la Salud y los Organismos Regionales de Salud***

La Constitución de la OMS incluye en su artículo 1 como parte de la misión de la organización “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”. Esta agencia especializada de las Naciones Unidas, durante los primeros años de existencia, fue reconocida como la líder internacional en asuntos de salud y prevención de enfermedades, cumpliendo un papel preeminente en la validación política del campo de la salud, así como moldeando la asistencia técnica de salud en países en desarrollo (Cueto et al., 2019).

Como antecedente a la institucionalización de la salud global, entre los años 1851 y 1900, se llevaron a cabo diez Conferencias Sanitarias Internacionales, las cuales se enfocaron exclusivamente en la contención de pandemias en los territorios de los países participantes (World Health Organization, 2007). Por su parte, durante los años 1880, un grupo de naciones sudamericanas firmaron los primeros acuerdos relacionados a la salud pública

internacional en América. La importancia de la salud en el continente llevó a que, en 1902, doce países participaron en la primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington, la cual desembocó en la creación de la Oficina Sanitaria Internacional (posteriormente Organización Panamericana de la Salud). En Europa, por su parte, se estableció la Oficina Internacional de Higiene Pública en 1907 en París.

La OMS fue creada en 1948, fusionando cuatro funciones de previas organizaciones internacionales de salud como la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) y de la sección de salud de la Liga de las Naciones (LNHO): (i) vigilancia epidemiológica centralizada, (ii) campañas contra epidemias, (iii) control de enfermedades, como las campañas de los 50 contra la malaria y de los 70 contra la viruela; y (iv) reformas en los sistemas de salud, tal como la Atención Primaria de la Salud (Cueto et al., 2019).

De modo general, las funciones de la OMS se pueden dividir en tres categorías (Ruger & Yach, 2009): (i) funciones normativas; (ii) dirección y coordinación, incluyendo programas de enfermedades específicas, las estrategias de Salud y Pobreza, Salud para Todos o actividades relacionadas a medicinas esenciales; y (iii) funciones de cooperación en investigación y asistencia técnica, tanto para erradicación de enfermedades como ante emergencias. Es así, que se puede distinguir las funciones esenciales de un sistema de gobernanza de salud relacionadas a asegurar la adecuada generación de bienes públicos globales y el manejo oportuno de amenazas; de aquellos objetivos complementarios como la protección de la salud de grupos vulnerables y el apoyo para el desarrollo (Jamison et al., 1998). De modo general, en el sistema de gobernanza actual no existe un sustituto para la OMS, dado su gran poder normativo e influencia como agencia especializada de la ONU, con un mandato expansivo, experiencia e impacto global al tener prácticamente a cada nación como miembro (Gostin, 2014).

En el desempeño de sus funciones, la organización se ha caracterizado por una tensión entre dos perspectivas: una horizontal y multisectorial, reflejada en el preámbulo de su Constitución, el cual reconoce el impacto de la desigualdad en el fomento de la salud; y otra vertical y monofocal centrada en intervenciones tecnológicas a enfermedades entendidas solo como eventos biomédicos (Cueto et al., 2019). Históricamente, durante los últimos años de la década de 1960 y los años 70 primó el primer enfoque, ante el ingreso a la Asamblea Mundial de la Salud de un gran número de países descolonizados con una nueva perspectiva del desarrollo y la introducción de la Atención Primaria de la Salud. Este enfoque priorizará la construcción de sistemas de salud, en lugar de intervenciones aisladas (Gostin, 2014). Por su parte, las estrategias verticales se materializan en las campañas de erradicación de enfermedades como la malaria y la viruela de los años 50 y 60, sustentadas en una visión que sostenía que los programas de salud, basados en la utilización de potente tecnología médica, podrían eliminar enfermedades sin transformar las condiciones sociales y económicas de las personas que lo padecían (Packard, 2016). De igual modo, durante la década de 1990, ante los cuestionamientos acerca de la legitimidad de las agencias especializadas de la ONU por parte de países desarrollados, se favorece también una perspectiva biomédica (Cueto et al., 2019).

Por otro lado, estructuralmente la OMS está conformada por los siguientes órganos (Gostin, 2014):

**Tabla 7**

*Órganos de la OMS*

<b>Órgano</b>	<b>Descripción y función</b>
Asamblea Mundial de la Salud	Órgano decisorio supremo de la OMS encargado de determinar las políticas de la OMS, elegir al Director General, aprobar las actividades del Consejo y del Director General, supervisar las políticas financieras y adoptar el presupuesto. De igual modo tiene la autoridad para adoptar convenciones (artículo 19 Constitución OMS) o reglamentos en (artículo 21 de la Constitución OMS). Se reúne en Ginebra cada año en mayo (sesión anual

Órgano	Descripción y función
	ordinaria), pero por elección de la mayoría de sus miembros, puede celebrar cesiones extraordinarias. Está compuesta por no más de 3 delegados de cada uno sus países miembros. Si bien tradicionalmente adopta sus decisiones por consenso, puede adoptar decisiones por mayoría simple o mayoría de dos tercios.
Consejo Ejecutivo	Órgano ejecutivo encargado de supervisar e implementar las políticas acordadas por la Asamblea. Está formado por 34 miembros elegidos cada tres años, teniendo en cuenta una distribución geográfica equitativa. Entre sus funciones se encuentra decidir el orden del día para la celebración de la Asamblea, así como adoptar resoluciones para someterlas a esta última. Se reúne dos veces al año.
Secretariado	Comandado por el Director General, es el brazo técnico y administrativo, el cual apoya y brinda asesoría a la Asamblea y al Consejo. El Director General no recibe instrucciones de ningún gobierno o autoridad ajena a la OMS (artículo 37 Constitución OMS).
Organizaciones Regionales	Seis organizaciones regionales que se enfocan en asuntos de salud dentro de sus áreas geográficas. Las organizaciones regionales están compuestas por un Comité Regional y una Oficina Regional. Son 6 oficinas regionales, incluida para Organización Panamericana de la Salud como Oficina Regional para las Américas.

*Nota.* Bulnes (2022)

***Otras Instituciones y Programas: el Banco Mundial, la Alianza GAVI, la Fundación Gates y la Agenda de Seguridad Sanitaria Global***

La pérdida de influencia de la OMS durante las décadas de 1980 y 1990 ocasionará que esta organización deba compartir labores con otros actores de la escena internacional. Así, el Banco Mundial empieza sus incursiones en el campo de la salud bajo el liderazgo de Robert McNamara, quien asume la presidencia en 1968, y comparte la creencia de que la organización no es solo una institución financiera, sino una agencia de desarrollo (Gostin, 2014). Durante la década de 1970, el Banco Mundial establece su Departamento de Salud, Nutrición y Población, en base al vínculo entre la salud de la población y la

productividad económica. Ante el declive de la OMS durante los años 80 y el apoyo de actores poderosos como los Estados Unidos ante políticas como Atención Primaria Selectiva de Salud, se consolida la presencia de este organismo en el campo de la salud. Actualmente es el más grande contribuidor financiero a proyectos relacionados con la salud (Ruger, 2005). La influencia del Banco Mundial en la salud está presente no solo en el aporte de recursos, sino también en la supervivencia de las consecuencias de la visión neoliberal que requería la reducción del gasto público, ocasionando el deterioro de los sistemas de salud (Gostin, 2014). La presión para que los países adopten programas de “ajustes estructurales”, los cuales involucraban la reducción de gasto, produjo grandes críticas al precarizar la salud de países en desarrollo, siendo que UNICEF estimó que estos programas podrían haber estado asociados con la muerte 500 000 niños en un período de doce meses (Ruger, 2005).

Si bien los Estados continúan siendo actores relevantes, el nuevo escenario de la salud global está influenciado por las *partnerships*, las cuales son “relaciones colaborativas y formales entre múltiples organizaciones en las cuales el riesgo y los beneficios son compartidos en búsqueda de un objetivo común” (Gostin, 2014, p. 146). Entre estos destaca GAVI, la Alianza para las Vacunas, creada en el año 2000 con cuatro objetivos: (i) acelerar el uso de vacunas; (ii) fortalecer la capacidad de los sistemas integrados de distribución de salud, con la finalidad de mejorar la cobertura de vacunas; (iii) mejorar la predictibilidad y sostenibilidad en el financiamiento de las inmunizaciones; y (iv) moldear el mercado de vacunas para rebajar y sostener el precio de vacunas apropiadas y de calidad (The Global Health Group, 2014). Las cuatro instituciones fundadoras de la alianza (la Fundación Gates, la OMS, el Banco Mundial y UNICEF) tienen representación permanente en su junta (The Global Health Group, 2014), así como se encuentran presentes representantes de los gobiernos donantes y receptores, fabricantes de vacunas, la sociedad civil y la academia. Para cumplir

con sus funciones, la alianza utiliza dos vías: (i) financiamiento directo del gobierno y donantes privados; y (ii) mecanismos de financiamiento innovadores, los cuales son el Servicio Financiero Internacional para la Inmunización (venta de bonos en el mercado de capitales con cargo a compromisos asumidos por gobiernos donantes) y los Compromisos Comerciales por Adelantado (se garantiza el desarrollo de nuevas vacunas mediante su financiamiento por adelantado).

Por otro lado, los líderes políticos no son los únicos actores relevantes que pueden influir en la salud pública. Así, filántropos como Bill y Melinda Gates, a través de su fundación, aprovechan sus recursos para salvar vidas (Gostin, 2014). Esta fundación, la más grande e influyente a nivel global, concentra sus esfuerzos en tres áreas: salud global, desarrollo global y un programa que incluye educación y acceso a tecnología en los Estados Unidos (Matthews & Ho, 2008). Entre sus actividades se encuentra la inversión en investigación de medicinas y vacunas, la erradicación de enfermedades, apalancar esfuerzos de otras instituciones mediante inversiones (por ejemplo, a través de GAVI y el Fondo Global) y el apoyo a ONG (Gostin, 2014).

Finalmente, la Agenda de Seguridad Sanitaria Global (GHSA), iniciada en el año 2014, es un esfuerzo multilateral para acelerar, entre otros, la implementación del RSI. Esta iniciativa multisectorial busca unir a los Estados, regiones, organizaciones internacionales y al sector privado en los esfuerzos para acelerar y optimizar la seguridad sanitaria global; ya sea mediante el intercambio de mejores prácticas, elevando los temas de salud al más alto nivel de prioridad estatal o facilitando el cumplimiento de los estándares internacionales de construcción de capacidades (GHSA, 2018). Para ello se establecen objetivos de cinco años que sean cuantificables y compromisos entre los Estados. Con la finalidad de orientar la evaluación de capacidades, la GHSA promovió la realización de evaluaciones externas, la cual fue aceptada de forma

voluntaria por el Perú en el año 2014 (Gozzer et al., 2016).

### ***El Derecho Internacional y la Salud***

El derecho internacional de la salud originado en la OMS no es el único cuerpo normativo que aborda asuntos de salud o pandemias, si bien destacaremos la importancia del Reglamento Sanitario Internacional en un apartado propio. La salud también se ha construido en base a un enfoque de derechos humanos, a través de diversos instrumentos normativos, así como existen otros regímenes internacionales, como el comercio y la propiedad intelectual, que tienen un impacto directo en esta.

**Salud y Derechos Humanos.** A nivel normativo, en primer lugar, la Constitución de la OMS reconoce al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como un derecho fundamental. Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), en su artículo 25 precisa que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar. A nivel del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado en 1966, reconoce en su artículo 6 el derecho a la vida como inherente a la persona humana. El Comité de Derechos Humanos, en su Recomendación General N° 36 establece una interpretación amplia del derecho a la vida que obliga a los Estados a tomar medidas apropiadas que aborden las condiciones que podrían resultar en una amenaza contra esta, incluyendo proveer servicios esenciales, servicios de salud, sanidad y fortalecer las medidas de respuesta ante emergencias.

Por otro lado, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en 1966, reconoce en su artículo 12 el derecho de toda personal al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y entre las medidas a adoptar para los Estados figuran tanto la prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas como la creación de condiciones que aseguren a

todos asistencia médica. Se pasa de este modo de una perspectiva del derecho a la salud como un derecho individual a enfatizar la importancia del Estado en su implementación. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General N° 14, precisa que el artículo 12 supone que se promuevan los factores sociales determinantes de la salud, como “el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente”. De igual modo, se hace hincapié en la obligación de los Estados de adoptar medidas mediante la asistencia y cooperación internacional, para dar efectividad al derecho a la salud. De modo general, respecto a las obligaciones de los Estados emanadas del derecho a la salud, estos deberán respetar (no interferir), proteger (prevenir que otros interfieran con el disfrute del derecho) y actuar (adoptar medidas conducentes a su completa realización).

Respecto al Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), adoptado en 1988, reconoce también el derecho a la salud y lo caracteriza como bien público, obligando a los Estados a garantizar no solo la inmunización contra enfermedades infecciosas, sino también la atención primaria de la salud.

Existen asimismo otros instrumentos que reconocen el derecho a la salud tales como: (i) la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) en sus artículos 24 y 32; (ii) la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993) en los artículos 3 y 4; o (iii) la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), principalmente en el artículo 25.

Más allá del reconocimiento del derecho a la salud, existen otros vínculos entre los derechos humanos y la salud (Nygren-Krug, 2002):

- (i) La violación de un derecho humano puede tener serias consecuencias para la salud. Por ejemplo, la tortura, la esclavitud, prácticas médicas inapropiadas o la violencia contra la mujer o los niños.
- (ii) Políticas y programas de salud pueden promover o violar derechos humanos, ya sea en la forma como son diseñados o implementados. Por ejemplo, mediante la adopción de medidas discriminatorias o draconianas que afecten el derecho a la privacidad.
- (iii) La vulnerabilidad o el impacto de las enfermedades puede ser reducido mediante la adopción de medidas que respeten o protejan derechos humanos. Por ejemplo, el derecho a la educación, al agua o a la alimentación contribuye a la salud de las poblaciones.

Durante la pandemia de la COVID 19, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos emitió el informe “Efectos de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el disfrute de los derechos humanos en todo el mundo, y buenas prácticas y esferas de preocupación” (2021) en el cual destaca las repercusiones de la pandemia en los derechos humanos, a través de sus efectos en la salud, la pobreza y la educación, así como el impacto de la adopción de medidas de emergencia en los derechos a la libre circulación, a la participación pública y al acceso de información. Teniendo en cuenta que las personas marginadas son aquellas más afectadas por las consecuencias de la pandemia, la lucha contra las desigualdades y la discriminación son necesarias, tanto en los planes de respuesta como de recuperación. Asimismo, se recomienda adoptar medidas que garanticen la participación de la sociedad civil en la elaboración de políticas, los niveles mínimos de protección social mediante la implantación de la cobertura sanitaria universal y la creación de respuestas globales a través de políticas coordinadas.

De modo general, un enfoque de derechos humanos permite a los Estados

“recalibrar sus medidas de respuesta para maximizar su efectividad al combatir la enfermedad y minimizar sus consecuencias negativas” (ONU, 2020, p. 3). Este enfoque se materializa de dos formas:

- (i) En la adopción de políticas públicas que directamente combatieron la pandemia (acciones a corto plazo). Ante una circunstancia excepcional, muchos Estados recurrieron a medidas extraordinarias que requirieron la limitación en el ejercicio de determinados derechos. Si bien la protección de la salud es una prioridad, las respuestas deberán ser proporcionadas, temporales, lo menos intrusivas posibles y revisadas periódicamente (UNHCR, 2020). En el mismo sentido, este enfoque enfatiza la necesidad de maximizar la participación de la sociedad civil en las acciones durante la crisis.
- (ii) Al abordar las causas subyacentes del impacto de la pandemia mediante acciones a largo plazo. Las inequidades determinaron que el impacto del virus sea mayor en determinadas comunidades en base a disparidades estructurales. Un enfoque de derechos humanos no solo plantea que las medidas de respuesta protejan a dichos grupos en riesgo; más aún requiere concretas medidas de recuperación social y económica a futuro que reduzcan la desigualdad. Esta orientación prospectiva se fundamenta también en la visión de “construir un mundo más inclusivo y sostenible para futuras generaciones” (ONU, 2020, p.22).

**Salud y Propiedad Intelectual.** La propiedad intelectual brinda incentivos a los creadores para seguir generando conocimiento, pero a su vez, al otorgarle derechos exclusivos, puede encarecer el costo de los productos, haciéndolos prohibitivos para las naciones más pobres (Gostin, 2014). A nivel internacional, el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS) es el más importante relacionado a este

tipo de protección. En su artículo 27 dispone que se podrán obtener patentes en todas las invenciones, sin exclusión, incluidos por tanto los productos farmacéuticos, por un período de al menos veinte años (artículo 33), dificultando así el acceso a medicamentos genéricos.

El TRIPS contiene una serie de flexibilizaciones que buscan asegurar la protección de la salud pública, tales como, las licencias obligatorias o compulsivas por las cuales, el gobierno por sí mismo o por medio un tercero puede utilizar una patente sin autorización del titular, siempre que se cumplan determinadas condiciones (artículo 31). Estas licencias solo pueden ser utilizadas para abastecer el mercado local, por lo que países que no tienen la suficiente capacidad de manufactura pueden tener dificultades para utilizar este mecanismo, a menos que se solicite una excepción (Gostin, 2014)

Por su parte, en el 2011, los gobiernos miembros de la OMC adoptaron por consenso la Declaración de Doha en la cual reafirmaron la necesidad de utilizar medidas para proteger la salud pública utilizando las flexibilidades contenidas en el acuerdo.

**El Reglamento Sanitario Internacional.** El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un instrumento legal vinculante adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) bajo los artículos 21 y 22 de la Constitución de la OMS. Entró en vigor en junio de 2007 y ha sido adoptado por 196 Estados parte, incluido el Perú. Como señala su artículo 2, su finalidad es “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida para la salud pública”. El RSI buscó establecer un balance entre la respuesta frente a pandemias y los riesgos de interferencias innecesarias al tráfico y al comercio.

La versión vigente del RSI proviene de una revisión del año 2005, el cual es el resultado de más de 150 años de cooperación internacional para prevenir

pandemias, desde la primera conferencia sanitaria internacional de París en 1851 (Burci & Eccleston-Turner, 2021). En 1969, la 32° Asamblea Nacional de la Salud adoptó una versión revisada de la Regulación Sanitaria Internacional, renombrándola RSI<sup>1</sup>, con posteriores enmiendas en los años 1973 y 1981. Esta versión previa del RSI era limitada en los siguientes aspectos (Bartolini, 2021; Burci & Eccleston-Turner, 2021): (i) solo atendía la supervisión y notificación de enfermedades presentes a los puntos de entrada de un Estado, como puertos; (ii) el funcionamiento del sistema dependía de la notificación oficial del país a la OMS de la enfermedad; (iii) la OMS no contaba con la autoridad para coordinar una respuesta internacional frente a la difusión de estas enfermedades; y (iv) el RSI solo aplicaba a la viruela (hasta su erradicación en 1981), cólera, plaga y fiebre amarilla, por lo que las obligaciones de notificación estaban limitadas a dichas enfermedades. Estas inconsistencias se manifestaron en la crisis ocasionada por el SARS en 2002 a 2003, lo que llevó a los Estados a realizar una reforma en el año 2005.

Entre las características de este instrumento a partir del año 2005, destacan las siguientes (Burci & Eccleston-Turner, 2021): (i) enfoque hacia todo tipo de riesgos; (ii) aproximación colaborativa al riesgo; y, (iii) coherencia con otros instrumentos del derecho internacional. En primer lugar, con la reforma del año 2005, el RSI aplicaría para cualquier evento que amenace a la salud pública, ya sea biológico, químico o nuclear. Considerando los riesgos de extensión de enfermedades incrementados por la globalización, era necesario un enfoque holístico del riesgo y no solo enfocado en una lista de enfermedades conocidas. Del mismo modo, esta aproximación supone que las medidas de preparación y respuesta frente a pandemias no podrán ser solo implementadas en los puntos

---

<sup>1</sup> En la denominación en inglés se entiende de mejor modo el cambio planteado de International Sanitary Regulations a International Health Regulations, en el cual el enfoque en la salud es más amplio que la adopción de medidas de sanidad.

de entrada del Estado sino abarcarían la totalidad de su sistema de salud (Burci & Eccleston-Turner, 2021). Es así que el RSI prevé como obligación de los Estados en sus artículos 5, 13 y Anexo 1 el desarrollo de capacidades necesarias para responder ante Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Esto incluye la capacidad para detectar, evaluar y notificar eventos, así como responder a los riesgos y emergencias de salud pública. Por su parte, el Anexo 1 se divide en dos subsecciones: la sección B referida al desarrollo de capacidades en puntos de entrada y salida, un reflejo de las medidas adoptadas por convenciones previas; y la sección A enfocada en el desarrollo de capacidades para vigilancia y respuesta. Entre las obligaciones contenidas en el Anexo 1 se encuentran obligaciones de resultado (como el desarrollo de planes de respuesta o laboratorios) y obligaciones de medios (como la capacidad para determinar de forma rápida las medidas de control requeridas para contener el contagio) (Bartolini, 2021).

Por otro lado, la aproximación colaborativa al riesgo implica que no existirá un modelo rígido de vigilancia, valoración y respuesta a los riesgos a la salud (Burci & Eccleston-Turner, 2021). Los Estados contarán con la obligación de mantener canales de comunicación, evaluar adecuadamente los riesgos y notificar a la OMS en caso se configure una ESPII. A su vez, bajo los artículos 9 y 10 del RSI, los Estados también notificarán aquellos casos que se haya producido fuera de su territorio que supongan un riesgo para la salud pública. La modificación realizada en el año 2005 mejoró el sistema de información, pasando de un monopolio estatal en relación con las notificaciones hacia la facultad de la OMS de considerar otros reportes de fuentes no oficiales (Bartolini, 2021).

Por último, al tener presente que una emergencia de salud puede tener un impacto en otras áreas como el tráfico internacional, el comercio y los

derechos humanos, fue necesario un enfoque de armonización y evaluación de riesgos que considere la necesidad y proporcionalidad de las medidas adoptadas, así como un sustento en base a evidencia científica (Burci & Eccleston-Turner, 2021). Por ejemplo, el artículo 32 del RSI prevé que la implementación de medidas sanitarias debe respetar los derechos humanos de los viajeros. De modo más general, el artículo 3 del RSI incluye como principio de interpretación el respeto a los derechos humanos la Carta de las Naciones Unidas y la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

En base a lo indicado previamente, los Estados parte del RSI tienen cuatro obligaciones principales (Burci & Eccleston-Turner, 2021): (i) mantener las capacidades adecuadas en el sistema de salud, con la finalidad de prevenir, detectar y responder a las emergencias de salud en su territorio (y no solo en los puntos de entrada); (ii) las partes deben cooperar de buena fe entre sí y con la OMS, con la finalidad de evaluar los eventos que supongan un riesgo a la salud que ocurran tanto en su territorio como fuera, notificar a la OMS de dichos eventos y tomar las medidas adecuadas de contención; (iii) los Estados deben asegurarse que las medidas nacionales relacionadas a la salud sean proporcionales a los riesgos; y (iv) las partes deben colaborar entre sí para desarrollar, fortalecer y mantener las capacidades de salud pública requeridas por el RSI. Hay que tener presente que las obligaciones relacionadas al desarrollo de capacidades no son progresivas o están condicionadas al grado de desarrollo del país (Bartolini, 2021).

Actualmente la mayor parte de la regulación en el RSI se enfoca en la prevención y manejo de los riesgos de salud, pero hay poco contenido respecto a la respuesta frente a pandemias (Burci & Eccleston-Turner, 2021). A excepción de las recomendaciones temporales emitidas por el Director General durante un ESPII, hay solo algunos mandatos débiles sobre asistencia y cooperación, así

como monitoreo de medidas. No se encuentra regulación relacionada a la movilización de recursos, la coordinación de investigación, enfoque coordinado de restricciones a la navegación y al comercio, así como mecanismos de *accountability* (Burci & Eccleston-Turner, 2021).

### Implementación del RSI

Con la finalidad de evaluar el nivel de implementación del RSI, la OMS desarrolló el “IHR Monitoring and Evaluation Framework”, el cual está formado por 4 componentes (WHO, 2018):

**Tabla 8**

*Mecanismos de evaluación y monitoreo en la OMS*

	<b>State Self-Assessment Annual Reporting (SPAR)</b>	<b>Party</b>	<b>After action reviews (AAR)</b>	<b>Ejercicios de simulación (SimEx)</b>	<b>Evaluación externa voluntaria</b>
Propósito	Monitorear el progreso en la implementación de capacidades.	el	Evaluar el funcionamiento de las capacidades en eventos reales.	el funcionamiento de las capacidades en eventos no reales.	el Evaluación objetiva de la contribución del RSI a la seguridad sanitaria.
Obligatoriedad	Obligatorio		Voluntario	Voluntario	Voluntario
Periodicidad	Anual		Dentro de los 3 meses de la ocurrencia de un evento	Regularmente, cuando sea requerido	Cada 4-5 años

*Nota.* Bulnes (2022)

En primer lugar, el monitoreo del cumplimiento de las disposiciones del RSI está basado en un sistema obligatorio de reportes anuales (artículo 54), sustentado en modelos desarrollados por la Secretaría. En la actualidad se utiliza el “State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool”, el cual es una herramienta que permite evaluar mediante indicadores las 13 capacidades necesarias para detectar, evaluar, notificar, reportar y responder a una ESPII.

Este mecanismo de monitoreo, si bien es publicado, no está sujeto a revisión o debate. De igual modo, no existe sanción alguna para aquellas partes que no lo completen.

En el caso peruano, de la revisión de la página web de la OMS, se observa que su promedio total en el año 2021 es 39/100, obteniendo los puntajes más bajos (20/100) en los siguientes indicadores: (i) Instrumentos políticos jurídicos y normativos; (ii) Igualdad de género en emergencias sanitarias; (iii) Promoción de la aplicación del RSI; (iv) Sistema de transporte y derivación de muestras; (v) Modalidades de capacidad de pruebas de laboratorio; (vi) Planificación para emergencias sanitarias; (vii) Gestión de la respuesta a emergencias sanitarias; (viii) Gestión de casos; (ix) Utilización de los servicios de salud; (x) Continuidad de los servicios de salud esenciales; (xi) Programas de PCI; (xii) Vigilancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria; (xiii) Sistema CRPC para emergencias; (xiv) Comunicación de riesgos; (xv) Participación de la comunidad; (xvi) Enfoque basado en los riesgos para las medidas relacionadas con viajes internacionales; (xvii) Medidas de colaboración siguiendo el principio de «Una sola salud» en todos los sectores para las actividades con las que hacer frente a las zoonosis; y, (xviii) Mecanismos de colaboración multisectorial para hacer frente a eventos relacionados con la inocuidad de los alimentos. El Perú se encontraría por debajo de los niveles de cumplimiento de la región (67%), siendo que sus principales retos se encuentran en el desarrollo de instrumentos políticos y normativos, la prestación de servicios de salud, la comunicación de riesgos y participación de la comunidad, y las enfermedades zoonóticas.

Por su parte, el AAR es una revisión cualitativa de las acciones adoptadas durante un evento de salud pública real, con la finalidad de identificar fallas, lecciones y mejores prácticas (WHO, 2018). Esta revisión es realizada por el propio Estado y se espera que un mínimo de información de los resultados

sea compartida con la OMS para ser considerada como parte del proceso de monitoreo y evaluación del RSI. El mismo requerimiento es exigido para los resultados de los ejercicios de simulación como forma de práctica y entrenamiento. De una revisión de los AAR y las simulaciones realizadas de modo previo a la pandemia, se observó que estas eran adoptadas de forma desigual por las regiones y muy pocos reportes están disponibles, debido al carácter voluntario de los instrumentos, y las inconsistencias en la estructura y métodos (Pei et al., 2019).

Finalmente, para la Evaluación Externa Voluntaria, la OMS recomienda utilizar el Joint External Evaluation Tool, el cual permite una revisión independiente del progreso en el desarrollo de las capacidades requerida por el RSI. Esta evaluación se basa tanto en la autoevaluación realizada por el Estado, las visitas al país y la revisión por expertos externos (Bartolini, 2021). Es un mecanismo voluntario que requiere la aprobación del Estado para la selección de expertos, la adopción de una determinada metodología y la publicación de resultados. Según datos de la OMS, el Perú hasta la fecha no ha pasado por ninguna revisión.

De modo global, de forma previa a la pandemia de la COVID-19, la mayoría de los países poseían niveles de bajos a moderados de preparación y muchas naciones en desarrollo tenían brechas críticas en sus capacidades que aún no han sido abordadas (WHO, 2019). Sin embargo, el desarrollo económico no es garantía de mejor preparación pues, ante una emergencia sanitaria, aún los países económicamente más desarrollados presentan brechas en sus sistemas de salud (WHO, 2019).

Por otra parte, es necesario tener presente que el Estado puede adoptar medidas durante el desarrollo de una emergencia que deben ser reportadas a la OMS. Como se señaló previamente, el RSI busca lograr un balance entre la protección de la salud pública y la protección del comercio internacional. Así, el

artículo 43 del RSI no impide a los Estados la aplicación de medidas sanitarias acordes a su legislación nacional, siempre que no sean “más restrictivas del tráfico internacional ni más invasivas ni intrusivas para las personas que otras opciones razonablemente disponibles”. En caso algún Estado decida aplicar medidas sanitarias adicionales que conlleven trabas al tráfico internacional, deberá reportarlo a la Secretaría de la OMS, la cual evaluará su necesidad y proporcionalidad. Sin embargo, la Secretaría nunca ha revelado públicamente las comunicaciones enviadas a los Estados (Burci & Eccleston-Turner, 2021).

**Otras iniciativas regionales.** A nivel regional, el Código Sanitario Panamericano, adoptado en 1924, contiene en su artículo IV, la obligación de los gobiernos de notificar a los países adyacentes y a la OPS la aparición de enfermedades peligrosas o contagiosas susceptibles de propagarse mediante el comercio internacional. De igual modo, en base al artículo VIII, deberán poner en práctica medidas sanitarias para impedir la transmisión internacional de dichas enfermedades.

Por su parte, en el marco de la Comunidad Andina, el Convenio Hipólito Unanue, sobre Cooperación en Salud de los Países del Área Andina, adoptado en 1971, señala en su artículo 2, la obligación de los Estados de dar carácter prioritario a los problemas fronterizos de salud, especialmente a los vinculados con las enfermedades transmisibles. Así, el artículo 3 precisa que los Estados deberán estudiar los riesgos de transmisión de las enfermedades, formular medidas preventivas e informarse mutuamente.

## **Subcapítulo 3.2: Construcción de un Nuevo Régimen Relativo a la Salud Global durante las Pandemias**

### **Fallos en el Sistema de Salud Global durante la Pandemia de la COVID-19**

#### ***Respuestas Globales y Locales***

Como se ha indicado previamente, la construcción de capacidades no se desarrolló de modo adecuado a nivel global, por lo que la pandemia de la COVID-19 tuvo un impacto devastador. Distintos países de América Latina presentaron las cifras más altas de casos de COVID-19 en términos absolutos y per cápita del mundo (ONU, 2020c). Las reformas neoliberales acentuaron la precarización y fragmentación de los sistemas de salud y estructuras de protección social débiles. De modo general, los sistemas de salud de la región se caracterizaban antes de la pandemia por su subfinanciamiento, con un gasto en salud per cápita promedio de aproximadamente la cuarta parte del valor correspondiente en el promedio de los países de la OCDE (CEPAL, 2021). Este déficit de inversión pública se reflejaba también en la escasez de recursos humanos en el área de la salud y un bajo número de camas (CEPAL, 2021). En el caso peruano, la precariedad del sector salud se manifestó en carencias en la infraestructura hospitalaria, personal capacitado para las unidades de cuidados intensivos, respiradores mecánicos, acceso a pruebas moleculares, oxígeno medicinal y medicamentos; siendo que, ante las limitaciones, solo se adoptaron “respuestas de emergencia ante una situación de emergencia” sin considerar políticas a largo plazo (Lossio & Cruz, 2022).

A nivel global, si bien el propósito del RSI es buscar una respuesta coordinada ante una emergencia de modo que se logre la menor interferencia posible en el comercio internacional, la crisis actual se caracterizó por medidas unilaterales. En diversos Estados las respuestas se acercaron a lo que el filósofo camerunés Achille Mbembe denominó “necropolítica” definida como “el poder o la capacidad para dictar quien puede vivir o quien debe morir [...]. Ejercer

soberanía es ejercer control sobre la mortalidad y definir la vida como el despliegue y manifestación del poder” (Mbembe, 2003). Así, por ejemplo, tenemos la propuesta inicial del primer ministro de Reino Unido, Boris Johnson de alcanzar la “inmunidad de rebaño”, considerando inevitables ciertas muertes que, dadas las disparidades, alcanzarán mayormente a los pobres o a los ancianos. Igual política trató de implementar Suecia, alcanzado una mortalidad siete veces más alta que la de sus vecinos nórdicos. Este poder soberano no solo se manifiesta en la capacidad de dejar morir a las personas, sino también en exponer a las personas a condiciones tan dañinas para su salud que en último lugar terminen muriendo (Sandset, 2021). En el caso de la pandemia de la COVID-19, son las disparidades subyacentes las que han determinado que a nivel global ciertos grupos sean los más afectados.

En América Latina, las medidas de salud pública se centraron en políticas de cuarentenas, con resultados diversos (CEPAL, 2021). Para el Perú, la cuarentena estricta instaurada por el expresidente Martín Vizcarra desde el 15 de marzo de 2020, solo puso en evidencia problemas estructurales: la mayoría de peruanos no podía quedarse en casa trabajando en línea, pues se mantenían con su trabajo diario; la precariedad del sistema de transporte que generó grandes tiempos de espera para el transporte público ante el recorte de unidades; y las condiciones de hacinamiento de las viviendas que impedían el aislamiento de enfermos, así como la falta de servicios básicos como el agua, que dificultaban un cuidado adecuado (Lossio & Cruz, 2022).

También, las respuestas sociales a la pandemia se centraron en “buscar culpables y recurrir a una serie de medicamentos y tratamientos no avalados por la medicina científica”(Lossio & Cruz, 2022, p.59). En esta búsqueda de curas mágicas, en el Perú se recurrió a la ivermectina, la hidroxicloroquina, la azitromicina o el dióxido de cloro, así como al kion o al eucalipto. Unido a la desconfianza hacia los políticos o a “agendas ocultas” y la amplificación de estos

discursos por redes sociales, esto muestra que los temas de salud no se guían únicamente por recomendaciones estatales o científicas (Lossio & Cruz, 2022).

Por otra parte, el control de la pandemia a través de las vacunas mostró dos tendencias: (i) un “apartheid de vacunas”, en el cual estas no llegaban a poblaciones de países con bajos ingresos a pesar de los esfuerzos de COVAX, debido al acaparamiento, la falta de donaciones y la oposición de ciertos países a otorgar una exención de los derechos de propiedad intelectual para las vacunas (Bajaj et al., 2022); y, (ii) la promoción de un enfoque biomédico centrado en “balas mágicas” limitado a la aplicación de vacunas, sin tener en cuenta la solución de factores estructurales. Se continúa de este modo tolerando la desigualdad y el deterioro de los sistemas sanitarios con la idea de que los instrumentos biomédicos serán siempre la solución, sin necesidad de cambiar las condiciones subyacentes.

La respuesta del gobierno peruano en el contexto de crisis causada por la COVID 19 puede ser explicada a través del modelo burocrático de Graham Allison, el cual sustenta la elaboración de políticas públicas como un proceso de negociación entre múltiples actores con múltiples intereses. Si bien todos los actores podrían tener como interés común proteger a la población de los efectos de la pandemia, difirieron en la forma cómo lo propusieron y actuaron. En el caso peruano se observa una divergencia en la actuación tanto de: (i) los distintos poderes del Estado; (ii) dentro del mismo Poder Ejecutivo; y (iii) entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales. A modo de ejemplo, en el primer nivel, las recomendaciones brindadas por el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo fueron dispares. Así, mientras el Ministerio de Salud pidió a la población no utilizar dióxido de cloro como un remedio contra la COVID-19, actores como el Congreso de la República promovieron su uso y crearon una comisión investigadora para indagar sobre sus posibles efectos como tratamiento. Respecto a la actuación dentro del Poder Ejecutivo, las prioridades y formas de

afrontar la crisis sanitaria variaron producto de los distintos cambios de los titulares del Ministerio de Salud y personal de confianza asociado. A su vez, hay que tener presente que, en muchos casos, los intereses del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas no fueron coincidentes en lo que respecta al gasto público necesario para mantener al sistema de salud. Por otra parte, la actuación de los gobiernos regionales en muchos casos no estuvo alineada a lo previsto desde el Ministerio de Salud. Muestra de ello fue la destitución en primera instancia del gobernador regional de Arequipa, Elmer Cáceres Llica, por no implementar debidamente el “Protocolo de prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas con el covid-19”. Tal como señaló la Dra. Lucero Cahuana, investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, es necesario tener presente que, aún cuando la situación de la salud peruana reflejada en los índices o evaluaciones de capacidades mínimas no sea la óptima, la condición en las regiones es crítica. Al concentrarse los servicios médicos de calidad en la capital, el promedio general se elevaría. Así, resalta el caso de la Amazonía, caracterizado por la poca presencia estatal, la pobre infraestructura, los problemas de desnutrición y las carencias económicas que llevaron a que la crisis sanitaria se agravase (Lossio & Cruz, 2022).

### ***Límites del RSI***

Como antecedente, el último intento de reforma del sistema internacional de preparación frente a pandemias se produjo luego de la crisis ocasionada por el virus del ébola entre 2014-2016 en África Occidental. El análisis del proceso de reforma, identificando qué medidas fueron implementadas y cuáles no, nos permitirá observar algunos de los posibles desafíos en esta nueva negociación, así como destacar aquellos errores recurrentes (Bezruki & Moon, 2021):

### **Tabla 9**

*Reformas y brechas identificadas luego de la pandemia del ébola entre 2014-2016*

<b>Categoría</b>	<b>Reformas implementadas</b>	<b>Brechas aún vigentes</b>
Compromisos de los países asumidos bajo el RSI	Mayor atención a las inversiones en salud y a la Herramienta de Evaluación Externa Conjunta.	Inadecuados mecanismos de responsabilidad por el cumplimiento del RSI. Insuficientes mecanismos que incentiven un reporte rápido de pandemias o manejen de forma adecuada las restricciones al transporte y al comercio. Métricas adecuadas que determinen la preparación del país.
Ciencia, tecnología e intercambio de conocimiento	Nuevas formas de coordinación y mecanismos de investigación como la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI). Incremento en la rapidez para compartir conocimiento e información durante los brotes.	Inadecuado e impredecible financiamiento para investigación acerca de contramedidas. Necesidad de financiamiento para un mayor número de patógenos, terapias, diagnósticos y vacunas. Pocos esfuerzos para compartir información de pruebas clínicas, muestras de patógenos o información genética.
Salud internacional y sistema humanitario	Priorización de financiamiento para respuesta frente a pandemias en la OMS. Aumento de ayuda humanitaria.	Financiamiento inadecuado e impredecible para la OMS. Limitada capacidad de la OMS para exigir responsabilidad de sus miembros.
Financiamiento	Nuevos mecanismos de financiamiento, tales como CEPI o iniciativas en el Banco Mundial y la OMS. Incremento en financiamiento para investigación en pandemias.	Financiamiento impredecible e inadecuado en preparación nacional para afrontar las pandemias, OMS e investigación en contramedidas. Necesidad que más países aporten.
Liderazgo y monitoreo	Nuevos mecanismos para monitoreo como la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación (GPMB) y el Independent Oversight and Advisory Committee.	Aún son insuficientes las medidas implementadas por los países para prepararse ante una pandemia.

*Nota.* Bulnes (2022)

Si bien muchas de las medidas implementadas luego de la referida

reforma sirvieron para fortalecer la preparación de los países frente a epidemias y pandemias; estas no fueron suficientes. Bajo el RSI, los países deberán contar con las capacidades de información y respuesta frente epidemias. Sin embargo, incluso después del ébola, se observó que las obligaciones de los Estados para reportar eran demasiado generales e inejecutables, más aún si se tiene en cuenta los desincentivos económicos para este (Bezruki & Moon, 2021). Del mismo modo, durante la pandemia de la COVID-19, pocos Estados estaban preparados para controlarla al no contar con sistemas de salud resilientes, tal como se detalló en el apartado previo. Por otro lado, existió la percepción de que el gobierno chino censuró inicialmente noticias ligadas al COVID-19, lo que dificultó una detección temprana. La situación se agrava si se tiene en cuenta que existe una dependencia de la OMS para obtener información a partir de los reportes proporcionados por sus miembros, pues sin el consentimiento del Estado ninguna investigación puede llevarse a cabo en su territorio.

Por otro lado, las restricciones al tráfico y al comercio implementadas durante el ébola fueron criticadas por no tener sustento científico y exacerbar la crisis; sin embargo, no fueron seguidas de guías que clarifiquen su implementación (Bezruki & Moon, 2021). Si bien no hubo problemas en el intercambio de información genética de la COVID-19, sí continúa pendiente la necesidad de asegurar el acceso a los beneficios de dicha investigación, como las vacunas o medicinas. Más aún, a pesar de que algunos esfuerzos relacionados al financiamiento se realizaron posteriormente al ébola, este sigue siendo inadecuado e impredecible. Finalmente, relacionado con los mecanismos de monitoreo, a pesar de la creación de GPMB y el Independent Oversight and Advisory Committee, estos no fueron lo suficientemente vinculantes para asegurar el cumplimiento.

Durante la pandemia se observó que el RSI como cuerpo normativo no fue utilizado con la intensidad esperada. Después de la declaración de la

COVID-19 como ESPII el 30 de enero de 2020, el único desarrollo operativo dentro del RSI fue la renovación del mandato de ESPII y la emisión de una actualización de las recomendaciones temporales (Burci & Eccleston-Turner, 2021).

Por su parte, no existe claridad acerca de si actividades centrales para el manejo de pandemias como la provisión de información técnica o el apoyo a países necesitados de equipos médicos serían parte de las funciones de la OMS bajo el RSI. Sin embargo, estas actividades de facto venían siendo desempeñadas bajo el Programa de Emergencia Sanitarias de la OMS (Burci & Eccleston-Turner, 2021). Este programa evalúa y responde a distintos eventos de salud dentro del Marco de Respuesta a Emergencias, incluso cuando un ESPII no ha sido declarado. En el mismo sentido, la OMS tuvo un rol activo en el desarrollo de vacunas, a pesar de que esta función no estaría prevista en el RSI.

El RSI tiene poco contenido referido a las estrategias para el desarrollo de capacidades (Bartolini, 2021). Si bien el artículo 44 del RSI contiene una mención a la colaboración y asistencia de los Estados y la OMS, esta no se materializa en contribuciones financieras. Por otro lado, hay que tener en cuenta que casi el 80% del presupuesto de la OMS proviene de contribuciones voluntarias, por lo que un planeamiento a largo plazo en el desarrollo de capacidades de los países es poco factible. A este problema le debemos añadir la falta de monitoreo de dichas obligaciones, lo que explica la falta de preparación internacional.

El Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la respuesta a la COVID-19 (RCFIHR), convocado por el Director General de la OMS en cumplimiento de la Resolución WHA73.1, enfatizó en cómo la falta de cumplimiento de los Estados con ciertas obligaciones del RSI, especialmente relacionadas a la preparación, contribuyó a la prolongación de la pandemia de la COVID-19 como emergencia global de

salud; siendo necesario un robusto mecanismo de *accountability* para evaluar y mejorar su cumplimiento (RCFIHR, 2021). Una efectiva implementación requerirá, a su vez, de financiamiento predecible y sostenible a nivel nacional e internacional (RCFIHR, 2021).

Por su parte, el IPPPR identificó algunos elementos esenciales de la arquitectura global de la salud para la prevención y respuesta frente a pandemias, que actualmente se encuentran fuera del alcance del RSI (IPPPR, 2021a).

### Tabla 10

*Elementos esenciales identificados por el IPPPR no contenidos en el RSI*

<b>Elemento</b>	<b>Detalle</b>
Prevención y protección	Prevención y gestión de los riesgos zoonóticos como parte del enfoque “Una Sola Salud”, coordinándose con tratados ambientales. Preparación mediante la coordinación con todos los sectores del gobierno y la sociedad.
Respuesta a emergencias	Intercambio de información y muestras de patógenos, secuencias genómicas y los beneficios resultantes. Cooperación en investigación e innovación y accesibilidad a los resultados. Capacidad de fabricación y distribución de suministros médicos y contramedidas. Disponibilidad de trabajadores a nivel mundial para hacer frente a emergencias sanitarias. Protección de las cadenas de suministro globales.
Factores facilitadores	Financiación sostenida y predecible. Revisión por pares y por expertos. Medidas para primer la observancia: verificación e inspección, resolución de conflictos y sanciones. Desarrollo normativo, por ejemplo, a través de protocolos y directrices. Prioridad clara a la protección de la salud pública. Derechos humanos y privacidad.

*Nota.* Bulnes (2022)

Por su parte, el WGPR identificó las siguientes cuestiones que recaerían fuera del alcance del RSI (WGPR, 2021c): (i) el principio de “Una Sola Salud”; (ii) la equidad que incluye la cobertura sanitaria universal, el acceso equitativo a

contramedidas y cuestiones relacionadas a la propiedad intelectual, la investigación y la capacidad de fabricación de tecnología; (iii) evaluación de riesgos y respuestas rápidas; (iv) cumplimiento normativo; (v) financiación; (vi) cobertura sanitaria universal y fortalecimiento de sistemas de salud; (vii) intercambio de muestras; y (viii) soluciones que promuevan un enfoque pangubernamental y pansocial.

### ***Iniciativas de Reforma***

La pandemia de la COVID-19 reveló lo poco preparados que se encuentran los países para enfrentar este tipo de crisis globales, así como mostró las limitaciones persistentes del RSI. Es así, que se constituyeron diversas iniciativas de reforma de la gobernanza global de la salud, entre las cuales destacan las siguientes:

**Tabla 11**

#### *Iniciativas de reforma de la gobernanza global de la salud*

<b>Iniciativa</b>	<b>Descripción</b>	<b>Propuestas</b>
Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación (GPMB)	Cuerpo independiente de monitoreo y “accountability” que busca asegurar la preparación frente a crisis de salud globales. Convocado por el Director General de la OMS y el Presidente del Banco Mundial, el GPMB está compuesto por líderes políticos y expertos.	En su reporte del año 2021 se enfocan en 6 propuestas (WHO, 2021): a) Fortalecer la gobernanza global, adoptar un acuerdo internacional sobre preparación y respuesta de emergencias sanitarias y convocar a una reunión de jefes de estado con otros <i>stakeholders</i> . b) Construir una OMS con mejores recursos, autoridad y <i>accountability</i> . c) Crear un sistema ágil de emergencias sanitarias: mejores sistemas para compartir información y acceso equitativo a bienes comunes. d) Mecanismos colectivos de financiamiento para la preparación. e) Empoderamiento de las comunidades f) Monitoreo independiente y <i>accountability</i> .
Panel Independiente para la Preparación y Respuesta ante una Pandemia (IPPPR)	Establecido por el Director General de la OMS en respuesta a la Resolución WHA73.1 de la Asamblea Mundial de la Salud.	El reporte “COVID-19: Make it the Last Pandemic” contiene como propuestas (IPPPR, 2021b): a) Elevar el liderazgo para preparación y respuesta al más alto nivel. b) Fortalecer la independencia, autoridad y financiamiento de la OMS. c) Inversión en preparación.

Iniciativa	Descripción	Propuestas
Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS (IOAC)	Establecido por el Director General de la OMS para evaluar el desempeño de la OMS durante emergencias de salud y reportar a la ASM. Conformado por 8 miembros.	<p>d) Establecer un nuevo sistema internacional para la vigilancia, validación y alerta.</p> <p>e) Establecer una plataforma para la prenegociación de herramientas y suministros.</p> <p>f) Nuevo financiamiento internacional para bienes públicos globales relacionados a pandemias.</p> <p>g) Coordinación nacional al más alto nivel.</p>
Comité de Examen acerca del funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) durante la respuesta a la COVID-19 (RCFIHR)	Convocado por el Director General en cumplimiento de la Resolución WHA73.1, tenía como objetivos tanto la revisión del funcionamiento del RSI como establecer el estatus de implementación de las recomendaciones de anteriores comités de examen	El 5 de mayo de 2021 emitió un reporte en el que señaló la posibilidad de una convención sobre preparación y respuesta frente a pandemias como un mecanismo que fortalezca la coordinación y colaboración durante emergencias sanitarias y pandemias (RCFIHR, 2021). Asimismo, sus recomendaciones se enfocaron en el trabajo de los puntos focales, la construcción de capacidades, preparación legal, sistemas de notificación y alerta, intercambio de información, la determinación de una ESPII, medidas de viaje, digitalización y comunicaciones, colaboración y financiamiento, así como compliance y accountability (RCFIHR, 2021).
Comisión Paneuropea de Salud y Desarrollo	Grupo interdisciplinario convocado por la Oficina regional de la OMS para Europa con la finalidad de extraer lecciones sobre la forma en que los estados	Se suma al llamado por un tratado sobre pandemias indicando que este deberá ser verdaderamente global, involucrar a actores no estatales, promover <i>compliance</i> , ser lo suficientemente flexible e involucrar cierta cesión de soberanía (European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Iniciativa	Descripción	Propuestas
	afrontaron la pandemia.	
Panel Independiente de Alto Nivel sobre Financiamiento del Procomún Mundial de Preparación y Respuesta a la Pandemia	Establecido por el G20 para identificar brechas en el sistema financiero de los bienes comunes globales relacionados con la pandemia y proponer soluciones.	En el reporte elaborado en el 2021 identifican 4 acciones estratégicas (G20, 2021): (i) nueva base de financiamiento multilateral para la seguridad sanitaria basado en contribuciones preacordadas y equitativas, que incluirá el fortalecimiento de la OMS; (ii) los bienes públicos globales deberán ser parte del mandato de instituciones financieras internacionales; (iii) establecimiento de un Fondo Global contra Amenazas de Salud Globales; y (iv) esfuerzos multilaterales deberán coordinar con la asistencia para el desarrollo bilateral y con los sectores privados y filantrópicos.

*Nota.* Bulnes (2022)

De modo general, las diversas iniciativas partieron de identificar los siguientes problemas en el sistema de gobernanza: (i) en la prevención de pandemias, por la falta de preparación nacional o desarrollo de capacidades, agravada por un insuficiente *accountability* y la falta de consideración de riesgos zoonóticos; (ii) en la fase de detección y respuesta manifestada en la insuficiente información compartida, la falta de eficacia de ciertas obligaciones internacionales y la difusión de información falsa; y (iii) problemas transversales como la falta de financiamiento, una OMS sin poderes suficientes, la poca coordinación del sector y la falta de monitoreo. En base a la identificación de estos problemas, las soluciones se plantean de dos formas, ya sea a nivel organizacional, mediante la modificación de reglas o a través de iniciativas de financiamiento:

- A) Fortalecimiento de organizaciones, reglas o mecanismos de financiamiento existentes: modificación del RSI, fortalecimiento de la OMS y aumentar su financiamiento o reforzar la GAVI.
- B) Creación de nuevas organizaciones, reglas o mecanismos de financiamiento: negociación de un nuevo acuerdo sobre pandemias, la

conformación Fondo Global contra Amenazas de Salud Globales y una Junta de Amenazas a la Salud Global propuesta por el G20.

Hay que tener presente que estas no son las únicas iniciativas de reforma, pues se han presentado otras propuestas a nivel de la OMS, el G7 y el Banco Mundial. Esta situación genera una complejidad añadida para países en desarrollo al momento de analizar las distintas propuestas.

Es este contexto en que los distintos actores deciden negociar un nuevo instrumento bajo la premisa de que un acuerdo sería más beneficioso que mantener la situación actual (Berridge, 2002). Considerando que los efectos de la pandemia de la COVID-19 continúan a la fecha de negociación del acuerdo, el aprovechamiento del *momentum* explicaría la premura en avanzar hacia un nuevo instrumento.

## **Promulgación de un Nuevo Instrumento sobre Pandemias**

### ***Alternativas***

Ante el escenario planteado, las alternativas a nivel regulatorio dentro de la OMS son dos:

- a) La emisión de un nuevo instrumento.
- b) La modificación o fortalecimiento de instrumentos existentes.

Respecto a la primera alternativa, de acuerdo al análisis de la Secretaría, sometido a consideración del WGPR (WGPR, 2021b) se precisan tres tipos principales de instrumentos que podrían promulgarse en virtud de la Constitución de la OMS<sup>2</sup>:

- (i) Convenios o acuerdos (artículos 19 y 20).
- (ii) Reglamentos (artículo 21 y 22).

---

<sup>2</sup> Hay que tener presente que existen otras alternativas que no derivan de la Constitución de la OMS, como la adopción de una declaración política que establezcan determinados principios (por ejemplo, la Declaración de Río de 1992) o un marco político con un proceso de revisión y seguimiento constante (por ejemplo, el Marco Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030).

(iii) Recomendaciones (artículo 23).

La elección entre estos instrumentos no es excluyente. Podrían adoptarse a la vez instrumentos jurídicamente vinculantes, complementados por recomendaciones.

Por su parte, el contenido de un acuerdo vinculante puede ser general, a través de un convenio marco bajo el artículo 19 o mediante un “convenio ordinario”. Ejemplos de convenios marcos son el Convenio Marco para el Control del Tabaco, uno de los tratados con mayor adhesión del planeta, así como el Acuerdo de París para hacer frente al cambio climático. Estructuralmente, los convenios ordinarios abordan obligaciones y temas definidos desde su concepción; mientras los convenios marco ofrecen un planteamiento progresivo desde el convenio marco con términos y principios generales hasta instrumentos posteriores como protocolos, directrices, procesos, mejores prácticas, vinculantes o no (WGPR, 2021b).

Entre las otras modalidades en que podrían lograrse los objetivos planteados se encuentran las siguientes:

- 1) Las funciones de los órganos deliberantes en base a los artículos 18 y 28 de la Constitución.
- 2) Medidas adoptadas por la Secretaría de la OMS, tales como las directrices técnicas.
- 3) Los acuerdos normativos especiales, como por ejemplo, el Codex Alimentarius, en colaboración entre la OMS y la FAO.

Pasando a un análisis de la propuesta de ajustes a instrumentos existentes, en particular, al RSI, son tres las formas en que se podría llevar a cabo (WGPR, 2021b):

- 1) Enmiendas con base en los artículos 55 y 59 del RSI, las cuales pueden ser propuestas por cualquiera de los Estados Parte o el Director General a la Asamblea de la Salud. Una vez aprobada por mayoría simple (si bien

en la práctica las decisiones se adoptan por consenso) entrarán en vigor a los 24 meses después de la fecha de notificación de su adopción al Director y los Estados pueden recurrirlas o establecer reservas en los 18 meses siguientes a la referida notificación.

- 2) Declaraciones interpretativas prácticas adoptadas por la Asamblea de la Salud.
- 3) Presentación de informes: en base al artículo 54.1 del RSI, la Asamblea de la Salud podría interpretar que es obligación de los Estados presentar informes periódicos.

El documento A/WGPR/3/6 precisa las ventajas de modificar o fortalecer un instrumento existente como es el RSI (WGPR, 2021b): (i) familiarización con el RSI, especialmente por los Centros de Enlace para el RSI de los Ministerios de Salud de los Estados, lo que permite centrarse en fortalecer el instrumento; (ii) revisabilidad del RSI, al permitir subsanar los puntos débiles detectados por el Comité de Examen del RSI, ya sea por enmienda u otras formas; (iii) centrar la atención en las revisiones técnicas del RSI en lugar de cuestiones de política que podrían retrasar las negociaciones; (iv) procedimiento de aprobación más sencillo ya que se basa en un mecanismo de renuncia, en la que los países deben objetar oficialmente, lo que permite una suscripción amplia y no debe ser aceptado por cada Estado, conforme a sus procesos constitucionales.

Por otro lado, el citado documento enumera los siguientes riesgos de introducir ajustes al RSI (WGPR, 2021b): (i) el RSI fue adoptado en un contexto distinto al actual, por lo que las modificaciones que involucren actualizarlo a un mundo globalizado y digitalizado, harían que ciertas disposiciones pierdan su pertinencia o coherencia; (ii) complejidad del instrumento, tanto por su estructura, como por referencias a otros acuerdos internacionales; (iii) el artículo 21 de la Constitución de la OMS, bajo el cual se aprobó el RSI limita los asuntos sobre los que puede versar el reglamento; (iv) el artículo 2 del RSI limita

internamente la finalidad y alcance del instrumento, el cual no recoge un enfoque de precaución sino solo de prevención; y, (v) no se garantiza el cumplimiento del instrumento revisado. Asimismo, se podrían presentar retrasos al momento de introducir las enmiendas en la legislación nacional de los Estados parte.

Por otra parte, el reporte A/WGPR/3/6 agrupa las ventajas de tener un nuevo convenio sobre pandemias en las siguientes cuatro categorías (Grupo de Trabajo de los Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a las Emergencias Sanitarias, 2021):

- 1) Gobernanza: un nuevo instrumento brindaría cohesión y un marco normativo a la gobernanza de preparación frente a pandemias, en contraposición a la fragmentación y ambigüedades del sistema actual.
- 2) Financiación: financiación sostenida, previsible, coordinada, transparente y flexible para la preparación y respuesta frente a pandemias, en lugar de mecanismos variables y fragmentados y una financiación para la preparación prácticamente inexistente.
- 3) Sistemas e instrumentos: el instrumento debería incluir lo siguiente: (i) sistema de alarma, alerta y respuesta; (ii) cadena de suministro y sistema logístico con productos básicos necesarios; (iii) fuerza de trabajo mundial; (iv) agilización de investigación e innovación; (v) intercambio de patógenos, muestras biológicas y datos genómicos; (vi) mecanismo de acceso y participación en los beneficios por los productos obtenidos del intercambio anterior; (vii) acción contra la desinformación e información errónea; y (viii) instrumentos innovadores frente a las pandemias.
- 4) Equidad: se podrían incluir cuestiones de equidad que abarcarían lo siguiente: (i) protección a los derechos humanos; (ii) acceso equitativo a sistemas de servicios de salud y contramedidas; y, (iii) representación y participación en actividades mundiales de preparación y respuesta. Hay

que tener en cuenta que, si bien existen acuerdos sobre el intercambio de patógenos, no se cuenta con un marco integral sobre este.

Además de las categorías anteriormente descritas, se podrían obtener las siguientes ventajas adicionales: (i) mayor confianza entre las partes que los compromisos se apliquen en base al principio de *pacta sunt servanda*; (ii) generación de grupos de partes interesadas más amplios y perdurables (WGPR, 2021b). Por su parte, el informe SSA2/3 preparado por el Grupo de Trabajo de Estados incluye las siguientes ventajas: (i) compromiso político generaría un impulso continuado; (ii) es una oportunidad para mejorar y fortalecer las funciones de la OMS; (iii) generar entre las partes apoyo al instrumento mediante una conferencia de las partes; (iv) promover la confianza entre los Estados partes del nuevo instrumento para adoptar compromisos mutuos en la materia; (v) el nuevo instrumento sirva de anclaje para cumplir con los principios de la Constitución de la OMS; y, (vi) apoyar el fortalecimiento de sistemas de salud sólidos.

Si bien se pensaría que algunas de estas ventajas se obtendrían mediante la negociación de un instrumento no vinculante que podría ser de más fácil aprobación, el proceso de negociación de estos últimos no es necesariamente más rápido que el de los vinculantes (WGPR, 2021b). Así, por ejemplo, las negociaciones del Marco de PIP duraron aproximadamente el mismo número de años que el CMCT de la OMS. Asimismo, al ser instrumentos no vinculantes, no tendrían los mismos mecanismos de cumplimiento como los exámenes periódicos.

Por otro parte, respecto a los riesgos al negociar un nuevo instrumento, el mencionado reporte detalla las siguientes medidas de mitigación (WGPR, 2021b):

#### **Tabla 12**

*Riesgos presentes en la negociación del instrumento*

<b>Riesgo</b>	<b>Mitigación</b>
Se dilaten o bloqueen las negociaciones, lo que afecta tanto a la reputación de los participantes como supone una pérdida de tiempo.	Liderazgo y gestión eficaz del proceso de negociación.
Negociación requiere tiempo y recursos que, en el corto plazo, restan a la lucha contra la COVID-19.	Podría utilizarse un convenio marco en una etapa temprana.
Que la OMS no sea el lugar apropiado para negociar este tipo de acuerdo, debido al mandato que ostenta y consideraciones políticas y normativas, teniendo en cuenta la naturaleza intersectorial del documento.	El mandato de la OMS es amplio en base a la definición de salud de su Constitución. Además, la OMS tiene experiencia en acuerdos que involucran a otros sectores como el CMCT.
El instrumento puede ser muy rígido o amplio y no cumplir con las expectativas mundiales al no atender el carácter multifacético de la preparación y respuesta frente a pandemias.	Mediante la elección del documento, como un convenio marco que permitiría un marco general y negociaciones subsiguientes sobre temas específicos que tengan una naturaleza propia.
Fragmentación de recursos, lo que generaría la creación de lagunas entre instrumentos, incoherencias o conflictos, más aún, si no se suscribe universalmente.	Cuidadosa redacción del instrumento que tenga en cuenta la interoperabilidad con otros instrumentos.

*Nota.* Bulnes (2022)

Entre otros riesgos asociados se encuentra la redacción incorrecta del documento, debido a la evaluación incompleta acerca de la respuesta frente a la pandemia, así como posibles superposiciones o incoherencias con las obligaciones contenidas en el RSI SSA2/3 (23/11/2021).

Considerando que la negociación del acuerdo se realizará, ya sea bajo la forma de un convenio o acuerdo bajo el artículo 19 de la Constitución de la OMS o un Reglamento, bajo el artículo 21, conviene recordar que uno de los beneficios de optar por la primera modalidad es la posibilidad de no estar restringidos a los temas del artículo 21, como ocurre con el RSI (Nikogosian, 2021).

***Procedimiento Aprobado hasta la Fecha***

Durante la 73° Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2020, se adoptó la resolución WHA73.1, en la cual requirió al Director General que inicie un proceso para revisar la respuesta internacional a la pandemia de la COVID-19, incluyendo la efectividad de los mecanismos de la OMS y el funcionamiento del RSI. En base a ello, el Director General estableció el IPPPR. La 73° sesión, reanudada en noviembre del mismo año, aprueba también la resolución WHA73.8 enfocada en la implementación del RSI.

En la sesión 148° del Consejo Ejecutivo de la OMS de enero de 2021, mediante decisión EB148(12), se crea el Grupo de Trabajo sobre Financiación sostenible, el cual tiene como propósito “identificar las funciones esenciales de la OMS que deberían ser financiadas de forma sostenible” e “identificar y recomendar fuentes de financiamiento apropiados”.

El 30 de abril de 2021, el RCFIHR emite su reporte final (A74/9 Add.1) en el cual, entre otros temas, aborda el posible contenido de una futura convención sobre preparación y respuesta frente a pandemias. Por su parte, el IPPPR emitió su reporte final en mayo de dicho año apoyando la necesidad de un mejor liderazgo y coordinación a través de un Tratado sobre pandemias (IPPPR, 2021b).

En la sesión 74° de la Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2021), mediante Decisión WHA74(16), se requirió a los Estados miembros del Grupo de Trabajo de los Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a las Emergencias Sanitarias (WGPR) (establecido mediante resolución WHA74.7.), que “dé prioridad a la evaluación de las ventajas de elaborar un convenio, acuerdo u otro instrumentos internacional de la OMS sobre la preparación y respuesta frente a pandemias”, así como entregar su reporte en la segunda sesión especial de la Asamblea Mundial de la Salud. El WGPR se reunió en diversas oportunidades hasta la emisión de su reporte

provisional en enero de 2022 (para mayor detalle ver Apéndice N° 6 con los distintos documentos relacionados con el acuerdo).

En su segunda sesión especial (del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2021), la Asamblea, mediante decisión SSA2(5), estableció un órgano de negociación intergubernamental para que redacte y negocie un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias. Este Órgano de Negociación Intergubernamental se reunió en las siguientes ocasiones: primera sesión (febrero de 2022), primera sesión reanudada (marzo de 2022), segunda sesión reanudada (junio de 2022), y segunda sesión (julio de 2022). En dichas reuniones se aprueba un primer borrador del instrumento (A/INB/2/3) así como se brindan las opciones legales bajo las cuáles se podría adoptar (A/INB/2/INF./1). El 15 de noviembre de 2022 se emite el “Borrador Conceptual Cero” el cual sería puesto a disposición del Órgano de Negociación Intergubernamental para su discusión en su tercera sesión a celebrarse en diciembre de 2022. A su vez este órgano celebró dos rondas de audiencias públicas: en abril de 2022 acerca de los elementos sustantivos que debería contener el nuevo instrumento y, en setiembre de 2020 respondiendo a la interrogante: *¿qué considera que debería abordarse a nivel internacional para una mejor protección contra futuras pandemias?*

Por otra parte, en mayo de 2022, durante la celebración de la 75° Asamblea Mundial de la Salud, se acoge el informe del WGPR y se le cambia de nombre a Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (WGIHR) teniendo como nuevo mandato trabajar sobre las enmiendas a este instrumento y coordinar con el Órgano de Negociación Intergubernamental (A75/17). Asimismo, se adoptaron las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Financiación sostenible (A75/9) de incrementar de forma progresiva las contribuciones a la OMS, con la finalidad de que representen el

50% de su presupuesto para 2030-2031.

De modo general, se han sistematizado las distintas decisiones, reportes, borradores y minutas de los distintos órganos y grupos de trabajo de la OMS que han abordado el acuerdo sobre pandemias en el Apéndice N°6. Los avances en la negociación del presente instrumento pretenden ser discutidos en mayo de 2023, en la 76° Asamblea Mundial de la Salud, buscando que sea adoptado para el año 2024.

### ***Principales Posturas durante la Etapa Inicial***

**Postura del Director General.** Durante su intervención en la Segunda Sesión Especial de la Asamblea Mundial de la Salud (29 de noviembre a 1 de diciembre de 2021), el Director General, Dr. Tedros Adhanom señaló que “una convención, acuerdo u otro instrumento internacional no resolverá todos los problemas pero proveerá un marco general para alentar mayor cooperación internacional y proveerá una plataforma para fortalecer la seguridad sanitaria global”, enfocándose en cuatro áreas (OMS, 2021b):

- Mejor gobernanza: La gobernanza actual es fragmentada y ha fallado en asegurar una efectiva acción colectiva y acceso equitativo a vacunas y contramedidas. Se requiere un compromiso político al más alto nivel.
- Mejor financiamiento: El ecosistema actual de financiamiento es inestable e impredecible. La OMS apoya la idea de un fondo intermediario manejado por el Banco Mundial y apoyado por una Secretaría.
- Mejores sistemas y herramientas para predecir, prevenir y responder a brotes
- Fortalecer, empoderar y financiar de modo sostenible a la OMS, como centro de la arquitectura global de salud.

### **Posturas de los Estados respecto a las Necesidades del Instrumento.**

De modo general, como se aprecia en el Apéndice N° 5, casi la totalidad de países apoyaban la adopción de un instrumento sobre pandemias, a excepción

de países como Angola, México, Estados Unidos de América, Uruguay, Venezuela, Colombia, Armenia, Bielorrusia, Jordania, Filipinas, Guinea Ecuatorial, Arabia Saudita, Sri Lanka, Camboya y Bélice. En las declaraciones de estos países efectuadas durante la Segunda Sesión Especial de la ASM, no se realiza una mención expresa acerca del nuevo instrumento o se muestran escépticos respecto a sus beneficios, enfocándose en la necesidad de modificar el RSI. Estas posturas iniciales serán importantes, pues como se precisó previamente, entre los factores que contribuirán a la efectividad del instrumento se encuentra el apoyo político.

Por otro parte, existe un conjunto de Estados denominado “Grupo de Amigos del Tratado sobre Pandemias” conformado por Albania, Chile, Costa Rica, Croacia, Fiyi, Francia, Alemania, Grecia, Indonesia, Italia, Kenia, la República de Corea, los Países Bajos, Noruega, Portugal, Rumanía, Ruanda, Senegal, Serbia, Sudáfrica, España, Tailandia, Trinidad y Tobago, Túnez, Ucrania y el Reino Unido. Este grupo apoyaría la adopción del tratado e impulsa ciertas acciones en favor de este como la presentación del borrador de la decisión sobre las modalidades de negociación del tratado, puesto en consideración de los Estados miembros en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud, o la realización de declaraciones conjuntas.

Para sintetizar las posturas de los Estados se ha recurrido a diversos reportes de grupos de trabajo y órganos de la OMS (como el WGPR, Órgano de Negociación Intergubernamental y la Asamblea Mundial de la Salud), en los cuales se resumen las diversas posturas de los Estados respecto al posible acuerdo, así como se sintetizan las contribuciones orales y escritas efectuadas en las audiencias públicas.

### **Tabla 13**

*Posturas de los Estados respecto al instrumento*

Asunto	Reporte: detalle
<b>Reglamento Sanitario Internacional</b>	
Cumplimiento del RSI	<p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Prioridad de los Estados reforzar la eficacia, aplicación y cumplimiento del RSI. Hay divergencia sobre la manera de alcanzar este objetivo.</p> <p>SSA2/3 (23/11/2021): Los Estados han reiterado su apoyo al RSI y a su fortalecimiento mediante enmiendas específicas como las relacionadas a la creación de capacidades básicas, intercambio de información, fortalecer la capacidad de la OMS para brindar asistencia técnica, orientaciones claras de respuesta ante emergencias.</p>
Modificación del RSI	<p>SSA2/3 (23/11/2021): los Estados no se mostraron partidarios de renegociar o examinar nuevamente el RSI en su totalidad.</p> <p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Coincidencia sobre la importancia del RSI y que sus puntos débiles radican en su aplicación. Está surgiendo un consenso sobre la necesidad de fortalecer el RSI.</p> <p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Estados han manifestado su apoyo al fortalecimiento del RSI y a la introducción de modificaciones específicas sin reabrir a la negociación del instrumento en su totalidad. Sobre las modificaciones prioritarias se identifican: (i) fortalecer la capacidad básica de los Estados; (ii) intercambio de información; (iii) asistencia técnica; (iv) orientaciones al declarar una emergencia, con la posibilidad de emitir alertas intermedias; y, (v) revisar el proceso de modificación del RSI para hacerlo más ágil.</p>
Prevención, evaluación de riesgos, detección y respuesta	<p>SSA2/3 (23/11/2021): Estados son partidarios de iniciativas colectivas para prevenir y detectar brotes epidémicos, así como intercambiar información.</p>
<b>Nuevo instrumento</b>	
Conveniencia del instrumento y naturaleza	<p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la mayoría de las contribuciones escritas se proponía que no se estableciera ningún instrumento internacional. Se señaló que los órganos subnacionales y locales, estaban en mejores condiciones de adoptar decisiones en materia de salud a nivel nacional. En otras contribuciones se sugirió que el instrumento fuera jurídicamente vinculante por naturaleza, sujeto a un límite de tiempo basado en la revisión del acuerdo, con la posibilidad de optar por no participar en ese momento. Por el contrario, también se sugirió que el instrumento ofreciera recomendaciones y directrices que deberían seguir las partes en el instrumento.</p> <p>A/INB/2/5 (21/07/2022): El Órgano de Negociación convino en que el instrumento debe ser jurídicamente vinculante. A ese respecto, el Órgano de Negociación señaló el artículo 19 de la Constitución de la OMS como la disposición general en virtud de la cual debería adoptarse el instrumento, sin perjuicio de que se examine también la pertinencia de basarse en el artículo 21 jurídicamente vinculantes y también otros no jurídicamente vinculantes.</p>

Asunto	Reporte: detalle
Conexión con otros instrumentos	<p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública varios oradores indicaron que se debería tener en cuenta la relación del posible instrumento internacional con otros acuerdos como el RSI, el Convenio sobre Diversidad Biológica, entre otros.</p> <p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En numerosas contribuciones se instó a los Estados miembros a participar en el intercambio de conocimientos y la transferencia de tecnología de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual y la Salud Pública Relacionados con el Comercio.</p>
Déficits y lagunas	<p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Los Estados están de acuerdo que las lagunas que deberán abordarse están relacionadas a: (i) financiación; (ii) creación de capacidades y rendición de cuentas; (iii) sistemas de vigilancia; (iv) riesgos zoonóticos y medioambientales; (v) capacidades regionales; (vi) intercambio de información y recursos; (vii) consolidación de la autoridad de la OMS; (viii) consideraciones sobre respuestas a declaración de ESPII, con posibilidad de emitir alertas a nivel intermedio; (ix) disponibilidad de personal de salud; (x) construcción de capacidades para desarrollo, fabricación y distribución de vacunas y material médico; y, (xi) acceso equitativo a contramedidas.</p> <p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública, los participantes propusieron la inclusión de los siguientes elementos en el nuevo instrumento: mejoras en los sistemas de alerta temprana, evaluación de riesgos y respuesta rápida; intercambio de información e inteligencia; tratamiento de la infodemia y la información pública mediante mecanismos de comunicación de riesgos apropiados; fortalecimiento de mecanismos normativos para las contramedidas médicas; y, mejoramiento de las redes de laboratorio y diagnóstico.</p> <p>SSA2/3 (23/11/2021): Contempla los siguientes puntos: (i) necesidad de una respuesta rápida a pandemias ante rápido y brusco aumento de demanda, buscando alcanzar la cobertura sanitaria universal; (ii) intercambio de patógenos, información genética y beneficios conexos.</p>
Alcance del nuevo instrumento	<p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública, varios oradores subrayaron que debería abarcar enfermedades y amenazas mundiales, tales como, la resistencia a los antimicrobianos, el VIH, el paludismo y la tuberculosis y vincularse con la respuesta mundial a las enfermedades no transmisibles.</p>

Asunto	Reporte: detalle
Gobernanza	<p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Coincidencia acerca de las posibles mejoras, pero aún no se alcanza consenso sobre el alcance de los trabajos preparatorios respecto a la arquitectura de gobernanza mundial más allá de la OMS.</p> <p>Apoyo al intercambio de información entre las distintas negociaciones multilaterales en curso con el propósito de evitar la fragmentación.</p> <p>SSA2/3 (23/11/2021): Necesidad de soluciones estructurales con un enfoque pangubernamental y pansocial.</p> <p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Los Estados expresaron su interés en fortalecer la gobernanza de la OMS. Existe un consenso en la necesidad de incrementar la participación de los Estados en la gobernanza de la OMS.</p> <p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública, los participantes consideraron que la representación multisectorial y la adopción de un enfoque pansocial serían esenciales. Consenso en que los conocimientos obtenidos a raíz del establecimiento de mecanismos mundiales de respuesta a pandemias durante la pandemia de COVID-19, como COVAX y el Acelerador ACT, podrían utilizarse para desarrollar la arquitectura mundial necesaria para las emergencias sanitarias. Algunos participantes abogaron por que el instrumento no fuera vinculante y tuviera únicamente naturaleza consultiva, otros en que era necesario tomar medidas para monitorear su cumplimiento.</p>
Papel de la OMS	<p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Recomendaciones convergen en la función de liderazgo, coordinación y convergencia de la OMS al prestar apoyo a los Estados durante una emergencia de salud. Sin embargo, existen diferentes puntos de vista sobre si la OMS debería asumir funciones de adquisición y suministro.</p> <p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública se expresaron diferentes puntos de vista sobre la función de la OMS en el posible nuevo instrumento internacional, que iban desde que la organización tuviera solamente una función consultiva hasta que actuara como órgano de aplicación y regulación. Un participante sugirió que la gobernanza del posible instrumento debería elevarse a un nivel superior dentro del sistema de las Naciones Unidas, dado que la respuesta a las pandemias rebasaba el sector de la salud.</p> <p>A/INB/1/9 (3/06/2022): Algunos Estados Miembros señalaron que la OMS debería actuar como órgano de aplicación mundial y regional del posible instrumento internacional. También se mencionó la ventaja añadida de contar con un órgano de supervisión independiente para el seguimiento, la inspección y el cumplimiento del instrumento.</p>
Financiación	
Financiación	<p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Acuerdo respecto a que el modelo actual no garantiza una preparación y respuesta eficaz.</p>

Asunto	Reporte: detalle
	<p>SSA2/3 (23/11/2021): Necesidad de otorgar a la OMS un financiamiento suficiente y sostenible, así como de inversiones a nivel nacional. Se espera liderazgo de otros agentes como instituciones financieras internacionales e instituciones mundiales de la salud.</p> <p>A/WGPR/6/3 (10/01/2022): Hay consenso sobre la necesidad de invertir en forma sostenida en la preparación y respuesta frente a pandemias, pero divergencia en cuanto a la forma de hacerlo.</p> <p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Los Estados reconocen la necesidad de una financiación suficiente y sostenible para la OMS, así como de realizar inversiones nacionales y de contar con mecanismos de otros agentes como las instituciones financieras internacionales.</p> <p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública, algunos oradores propusieron la creación de un fondo mundial para pandemias y el establecimiento de mecanismos predeterminados de financiación sostenible. Otros abogaron también por aumentar la financiación nacional para la preparación y garantizar la financiación sostenible de la OMS. En varias contribuciones escritas se indicó que la OMS debería ser financiada exclusivamente por los gobiernos, con exclusión de los donantes privados, mediante el establecimiento de un mecanismo de participación equitativa en el que las contribuciones se hicieran de acuerdo con la capacidad y los beneficios para cada país. Otras contribuciones diferían al sugerir que los mecanismos para financiar futuras respuestas a pandemias deberían ser flexibles y multisectoriales.</p>

Principios	
Equidad	<p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Es un principio fundamental para la preparación y respuesta frente a pandemias. Es necesario reforzar esfuerzos que resuelvan desigualdades de acceso con cuestiones como: distribución equitativa de contramedidas, fortalecimiento de sistemas de salud, agilización de investigación y desarrollo, intercambio y transferencia de tecnología, cobertura sanitaria universal.</p> <p>SSA2/3 (23/11/2021): Reitera la importancia de la equidad.</p> <p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Los Estados resaltan la importancia de actividades de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias como la creación de capacidades, el acceso a contramedidas, la investigación y el desarrollo, la propiedad intelectual, la transferencia de tecnología y la ampliación de capacidad de fabricación de contramedidas.</p> <p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública. los participantes señalaron la equidad como un enfoque principal. Para garantizar la equidad habría que defender los derechos humanos y la ausencia de discriminación, acceso equitativo a productos, acceso a conocimientos incluyendo el intercambio de patógenos, y que el proceso de negociación del instrumento sea inclusivo.</p>

Asunto	Reporte: detalle
Una sola salud	<p>SSA2/3 (23/11/2021): Muchos aspectos de este principio están más allá del RSI. Destaca su importancia para reducir riesgos asociados a enfermedades emergentes de origen zoonótico.</p> <p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública, numerosos oradores opinaron que el instrumento debería incluir una sección centrada en la prevención, especialmente en los mecanismos de prevención en la interfaz entre los seres humanos y los animales para prevenir la propagación de patógenos a los seres humanos. Se solicitó la implicación de los representantes pertinentes de los sectores de la salud animal y ambiental, tanto en la formulación como en la aplicación del instrumento internacional. Hubo llamamientos para institucionalizar los enfoques de «Una sola salud» y «Un solo bienestar».</p>
Contenido del nuevo instrumento	
Información errónea y desinformación	<p>SSA2/3 (23/11/2021): Necesidad de medidas coordinadas.</p> <p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública, en algunas contribuciones se pidió que la OMS adoptara decisiones basadas en la evidencia con respecto a las intervenciones médicas y no farmacéuticas, así como que se estableciera un repositorio de conocimientos científico.</p>
Investigación	<p>A/WGPR/2/4 (1/10/2021): Los comités concluyen sobre la necesidad de que la OMS acceda a los lugares pertinentes durante un brote para facilitar las investigaciones. Existen divergencias sobre la forma de proceder: otorgar poderes específicos a la OMS para investigar o que la OMS se limite a ofrecer apoyo técnico.</p>
Capacidades	<p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia pública, varios oradores subrayaron que el posible instrumento internacional debería centrarse también en el fortalecimiento de la cobertura sanitaria universal, así como el mantenimiento de capacidades esenciales durante la pandemia.</p>
Cumplimiento y rendición de cuentas	<p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia, numerosos oradores estimaron que la transparencia y la rendición de cuentas debían ser elementos sustantivos de un instrumento internacional sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias. En muchas contribuciones se subrayó la importancia de utilizar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco como modelo para formular una estructura amplia de rendición de cuentas, en particular sobre conflictos de intereses, responsabilidad, participación de organizaciones no gubernamentales y otros miembros de la sociedad civil, e instrumentos jurídicamente vinculantes sobre empresas y derechos humanos.</p>
Conflictos de intereses	<p>A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia, los oradores pidieron transparencia en la elaboración del nuevo instrumento, en particular con respecto a: la notificación de datos, la identificación de donantes y contribuyentes, el intercambio de patógenos, la promoción de la investigación y el desarrollo, y la utilización de información y evidencias para orientar las decisiones. Un orador</p>

Asunto	Reporte: detalle
	expresó la opinión de que las declaraciones sobre conflictos de intereses de todas las partes interesadas implicadas en la respuesta a las pandemias, en particular quienes recibían financiación mundial, también deberían hacerse públicas.
Derechos humanos	A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia, en las contribuciones escritas se pidió que se respetaran los derechos humanos en el proceso de redacción y negociación del instrumento internacional, incluidos, entre otros, el derecho a la autonomía corporal basada en el consentimiento, la libertad de información, la ausencia de discriminación y la libertad de elegir las intervenciones médicas. En varias contribuciones se hacía referencia a instrumentos internacionales como el Código de Nuremberg.
Papel de las farmacéuticas	A/INB/1/10 (1/06/2022): En la primera audiencia, en varias contribuciones se destacó la importancia de incluir expresamente la obligación de las empresas farmacéuticas de suministrar medicamentos independientemente de las limitaciones de las patentes. También se consideró que las empresas farmacéuticas desempeñaban un papel vital en lo que respecta a la equidad, concretamente en relación con el suministro de pruebas diagnósticas, tratamientos y vacunas a los países de ingresos bajos y medios.
Datos	A/INB/1/10 (1/06/2022): En numerosas contribuciones se sugirió que la gobernanza de los datos de salud debería considerarse un elemento sustantivo de un instrumento internacional sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias. Los componentes de la gobernanza de los datos de salud propuesta eran los siguientes: el uso efectivo de las tecnologías digitales para responder a las emergencias de salud pública, el rechazo de un sistema centralizado de biovigilancia y el establecimiento de protocolos para la recopilación, el uso y la compartición de datos de salud.
Otros	A/INB/1/9: Entre otras consideraciones y temas que señalaron los encargados de responder se incluyeron los siguientes: la necesidad de definir la palabra «pandemia» con criterios específicos, el cumplimiento y las sanciones cuando los Estados incumplan lo dispuesto en el instrumento, las ventajas añadidas para los países que se adhieran al instrumento, los procedimientos detallados para solicitar asistencia de otros Estados Miembros, el uso de laboratorios móviles y otras tecnologías digitales para el control sanitario y de las cuarentenas o el monitoreo y pronóstico de epidemias y pandemias, la consideración de otras amenazas para la salud mundial -como el cambio climático, la contaminación química, la bioseguridad y la bioprotección- y, la función de la medicina tradicional. Los Estados Miembros reconocieron la necesidad de evitar la duplicación de contenidos con otros comités y organizaciones (el Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias, el Grupo de Trabajo sobre la Financiación Sostenible, el Banco Mundial). Asimismo, solicitaron que se establecieran centros nacionales y regionales de enlace sobre preparación y respuesta

Asunto	Reporte: detalle
	frente a pandemias, basándose en los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, y que se instaurara un marco de cooperación no vinculante entre los principales donantes y el sector privado, que en última instancia estuviera alineado con otras reformas, como la financiación sostenible de la OMS.

*Nota.* Bulnes (2022)

Como indica el Informe resumido de los resultados de la plataforma digital del Órgano de Negociación Intergubernamental (A/INB/1/9) del 3 de junio de 2022, se puso en marcha una plataforma digital que constaba de dos componentes en dos páginas web separadas: (i) una sección para enviar contribuciones abiertas; y (ii) una herramienta en línea con 58 elementos sustantivos, junto a los cuales un menú desplegable permitía a los responsables responder «sí» o «no» a la pregunta de si ese elemento debería incluirse en el posible instrumento internacional. Esta plataforma estuvo disponible para recibir los aportes tanto de los Estados miembros como de partes interesadas.

Entre los elementos que recibieron mayor apoyo (100% de respuestas afirmativas en ambas categorías, tanto de Estados miembros como de partes interesadas pertinentes) se encuentran las siguientes:

- 1.5 Disponibilidad de los productos de respuesta a las pandemias y acceso oportuno a ellos, incluidas las contramedidas médicas.
- 2.4 Compromiso político, coordinación y liderazgo a nivel mundial y nacional.
- 2.7 Cooperación para el desarrollo a largo plazo e inversión en prevención, preparación y respuesta ante pandemias.
- 4.3 Movilización rápida y eficaz de recursos financieros adecuados a los países afectados, sobre la base de las necesidades de salud pública.
- 5.1 Definición de términos clave.
- 5.2 Principios rectores.

- 5.3 Alcance.
- 5.4 Objetivos.
- 5.5 Relación con otros acuerdos.
- 5.6 Monitoreo y disposiciones institucionales.

A su vez, los elementos sustantivos que recibieron un 100% de respuestas afirmativas por los Estados Miembros o las partes interesadas pertinentes fueron los siguientes:

- 1.4 Asequibilidad de los productos de respuesta a las pandemias, incluidas las contramedidas médicas.
- 1.10 Fortalecimiento de la capacidad nacional para prevenir epidemias y pandemias y prepararse y responder frente a ellas, en particular en materia de I+D.
- 1.11 Reservas estratégicas de medidas antipandémicas y su distribución equitativa.
- 1.14 Intercambio rápido, regular y oportuno de secuencias genómicas y de patógenos y de los beneficios correspondientes, en particular para el desarrollo y uso de pruebas diagnósticas, vacunas y tratamientos.
- 2.3 Establecimiento de mecanismos de gobernanza adecuados para abordar y apoyar la prevención, la preparación y la respuesta frente a pandemias, que estén basados en la Constitución de la OMS.
- 2.8 Compromiso multisectorial, como parte de un enfoque pangubernamental y de «Una sola salud».
- 2.9 Decisiones normativas basadas en la ciencia y la evidencia.
- 2.10 Coordinación de la OMS con los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales.
- 3.1 Investigación innovadora acelerada para detectar y contener enfermedades emergentes.

- 3.2 Alerta temprana, investigación rápida, evaluación de riesgos y respuesta rápida para zoonosis emergentes.
- 3.8 Compartición de datos e información oportuna.
- 3.13 Evaluación de la preparación y planes de acción nacionales.
- 3.14 Estrategias de prevención de enfermedades potencialmente epidémicas.
- 3.16 Sistemas de respuesta rápidos y ampliables.
- 5.7 Disposiciones finales.

Por otro lado, siete de los elementos sustantivos recibieron una tasa de respuesta negativa superior al 5% tanto de los Estados miembros como de las partes interesadas:

- 1.1 Acceso a una atención clínica que salva vidas, ampliable y segura, incluida la atención de salud mental.
- 1.16 Fortalecimiento de la capacidad de las autoridades nacionales de regulación en materia de concesión de licencias para contramedidas médicas.
- 3.3 Establecer un personal para emergencias de salud pública mundial que esté cualificado y capacitado y pueda ser desplegado para apoyar a los países afectados.
- 3.6 Ejercicios teóricos y de simulación a nivel mundial, regional y nacional.
- 3.10 Fortalecimiento de la autoridad reguladora nacional.
- 3.19 Normas y protocolos para la bioseguridad y bioprotección de laboratorios de salud pública.
- 4.5 Financiación sostenible para la OMS, con el fin de apoyar su labor.

De estos, los elementos 3.6 y 3.19 fueron aquellos con la tasa más alta de respuestas negativas (8%).

Por otro lado, teniendo en cuenta los paradigmas de la salud, países como

Pakistán, Nueva Zelanda, Francia, Jamaica, Nigeria, Túnez, Mauritania, Canadá, Etiopía, Países Bajos, Suecia, Irlanda, Senegal, las Filipinas, Moldova, Irán, República Centroafricana, Togo y las regiones del Mediterráneo Oriental y del Sudeste de Asia, realizaron menciones referidas a la seguridad sanitaria global en sus intervenciones. Mientras Portugal, Dinamarca, Venezuela, Cuba, Túnez y los Países Bajos indicaron expresamente en sus intervenciones el enfoque de salud como derecho humano.

De modo general, además de las diversas posturas respecto a la necesidad o contenido del documento, la negociación del instrumento deberá vencer dos tipos de división política en la salud global: (i) las inequidades en la salud, que no son toleradas por el Sur global; y (ii) la competencia entre las grandes potencias a nivel global (Kickbusch & Holzscheiter, 2021). Así, gran parte del éxito del instrumento dependerá de (i) el apoyo financiero o ideológico de los Estados Unidos, Rusia o China; o, en cualquier caso, que dichos países no obstruyan las negociaciones; y (ii) que países en desarrollo tengan mayor participación en la determinación de asuntos de salud global; como por ejemplo se observa en el condicionamiento de países africanos de aceptar un nuevo instrumento solo si aborda asuntos de equidad (Kickbusch & Holzscheiter, 2021).

**Postura de la industria.** Como se muestra en el Apéndice N°5, la Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas (IFPMA) también efectuó declaraciones en la Segunda Sesión Especial de la ASM apoyando la negociación del instrumento y enfatizando la necesidad de un acceso equitativo y justo a contramedidas, la construcción de sistemas de salud fuertes, asegurar un financiamiento sostenible y fomentar la agilidad regulatoria y armonización. Por ello proponen una participación activa de la industria y el sector privado en la negociación del nuevo instrumento.

**Postura Peruana.** Mediante la Opinión Técnica a un posible tratado internacional para la preparación y respuesta ante pandemias del 30 de marzo

de 2021 se consolidan los aportes de las direcciones del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA. En este documento se precisan las siguientes prioridades:

**Tabla 14**

*Prioridades para el nuevo instrumento identificadas por el MINSA*

<b>Asunto</b>	<b>Detalle</b>
Obligatoriedad	Norma jurídica de naturaleza internacional, cuyo carácter sea también vinculante para los Estados parte, tal como lo es el RSI.
Riesgos abordar	a Aumento de brotes y epidemias relacionados con la sobreexplotación de la tierra y la invasión de los espacios salvajes, el cambio climático, la globalización, el crecimiento de la población, las migraciones, entre otros.
Principios enfoques	o Una Sola Salud Cooperación Equidad Defensa de la soberanía
Temas que deberían ser abordados	Revisión de mecanismos de autoevaluación y crear otros mecanismos para lograr una real capacidad de respuesta ante epidemias. Mecanismos de ejecución del acuerdo con la finalidad que se cumplan las obligaciones internacionales. Fortalecer las acciones de preparación y respuesta ante epidemias. Cooperación internacional para la elaboración de planes presupuestados en los Estados. Mitigar la desigualdad haciendo que los diagnósticos, tratamiento y vacunas estén disponibles como bienes públicos mundiales.

*Nota.* Bulnes (2022)

La intervención peruana durante la Segunda Sesión Especial de la Asamblea Mundial de la Salud (del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2021) destaca los siguientes elementos del futuro instrumento:

**Tabla 15**

*Prioridades para el nuevo instrumento resaltadas por la delegación peruana*

<b>Asunto</b>	<b>Detalle</b>
Obligatoriedad	Vinculante. Instrumento de naturaleza “opt in”, podrá tener tanto medidas

---

	vinculantes como no vinculantes.
Disposición de la Constitución de la OMS	Artículo 19 de la Constitución de la OMS.
Principios	Equidad. Acceso universal a las contramedidas médicas, sin discriminación ni privilegios. Enfoque de derechos humanos. Principio de solidaridad que permita incrementar la cooperación internacional. Principio de responsabilidades compartidas pero diferenciadas, teniendo en cuenta que los países en desarrollo son generalmente más vulnerables a los efectos adversos de las pandemias y no tienen las condiciones adecuadas para responder.
Temas que deberían ser abordados	Acceso universal a contramedidas médicas. Propiedad intelectual. Transferencia de tecnología. Ampliación de la capacidad de fabricación local y regional de contramedidas médicas durante las emergencias. Prevención y preparación para futuras pandemias, pero sobre todo aspectos de respuesta y recuperación.
Relación con el RSI	Evitar duplicidad y ser complementario.

---

*Nota.* Bulnes (2022)

### ***Temas Centrales en la Negociación***

En el presente apartado se consideran las posiciones de los Estados tal como han sido sintetizadas por la Mesa del Órgano de Negociación en el anteproyecto A/INB/2/3 (INB, 2022), lo cual nos brinda un punto de partida para considerar los elementos del futuro acuerdo.

**Vinculatoriedad del Acuerdo.** Si bien las normas de *soft law* pueden llevar al progresivo desarrollo del derecho internacional, existen determinados supuestos en los que la vinculatoriedad es necesaria (Gostin, 2014):

- (i) No solo los Estados están más incentivados para cumplir con obligaciones internacionales, sino también es el instrumento se convierte en una fuente de derecho para la sociedad civil. De este modo, los

ciudadanos podrían exigir ante las cortes nacionales la implementación de determinadas reformas en base a este.

- (ii) Los problemas de acción colectiva, como la salud, son resueltos de mejor manera mediante convenios vinculantes que mediante códigos voluntarios. La salud como bien público global requiere de la adopción de compromisos vinculantes que faciliten la cooperación y distribuyan de manera equitativa las cargas.
- (iii) Existe el riesgo de que normas de salud no vinculantes sean invalidadas por normas vinculantes de otros regímenes como el comercio o la propiedad intelectual.

Así, sería más beneficioso para un acuerdo que regule el tratamiento sobre pandemias ser de carácter vinculante. Como se puede apreciar en el Apéndice N°5, cuarenta y dos países mencionan de manera expresa la necesidad de un instrumento legalmente vinculante.

**Relación con el RSI y Otros Instrumentos Internacionales.** De modo general existe consenso respecto a la necesidad que el presente instrumento sea compatible con los demás acuerdos internacionales, evitando la duplicación, y promoviendo la coherencia y las sinergias (INB, 2022).

El RCFIHR, en su informe del 5 de mayo de 2021 titulado “La labor de la OMS en emergencias sanitarias”, precisó que, en base al artículo 57 del RSI, se permite que otros instrumentos internacionales sean interpretables de forma compatible con el RSI y anticipa la posibilidad de suscribir tratados o acuerdos especiales que faciliten la aplicación del RSI. Bajo este supuesto, un futuro tratado sobre pandemias no solo sería compatible con el RSI, sino también podría fortalecerlo.

**Objetivo y alcance del instrumento.** A la fecha, se ha planteado como objetivo del instrumento “salvar vidas y proteger los medios de subsistencia mediante la mejora de las capacidades mundiales para la prevención,

preparación y respuesta frente a pandemias” (INB, 2022, p. 7)

Por su parte, el alcance del instrumento será la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias tanto el ámbito nacional como internacional; incluyendo también medidas relacionadas con la recuperación (INB, 2022).

La alusión a otros instrumentos internacionales y el alcance de los principios adoptados, como se verá más adelante, implicará que el instrumento no se restrinja al ámbito de salud como derecho humano. Las pandemias están conectadas con otros aspectos de la sociedad como la política, la economía o el medio ambiente; por lo que si se busca una respuesta adecuada será necesario evitar la fragmentación o los silos temáticos propios del derecho internacional y buscar abarcar la mayor parte de intereses (Phelan & Carlson, 2022). Esto a su vez complejizará el proceso de negociación.

**Principios y enfoques.** El anteproyecto A/INB/2/3 menciona 13 principios los cuales han sido agrupados del siguiente modo:

**Tabla 16**

*Principios y enfoques identificados en el anteproyecto A/INB/2/3*

<b>Principio o enfoque</b>	<b>Detalle</b>
Derecho humano	Derecho a la salud, definido en sentido idéntico al previsto en la Constitución de la OMS como “completo bienestar físico, mental y social”. Se enfatiza el respeto a la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
Equidad	Equidad, enfocada como la garantía al acceso justo de “productos asequibles de respuesta a las pandemias” (INB, 2022). El concepto de equidad también está presente en la búsqueda de la cobertura sanitaria universal. Por otro lado, se incluye como principio las responsabilidades y capacidades compartidas pero diferenciadas, debiendo tenerse presente las necesidades de los países en desarrollo que son particularmente vulnerables a los efectos de las pandemias o no tienen las condiciones necesarias para responder a las mismas (INB, 2022). La reducción de inequidades permitirá también que las pandemias no afecten de modo desproporcionado a población vulnerable (Phelan & Carlson, 2022). Es necesario tener en cuenta los derechos de las poblaciones vulnerables tales como

las poblaciones indígenas, los migrantes y las personas con discapacidad. El respeto a sus derechos deberá tener en cuenta no solo los obstáculos jurídicos que enfrenten, sino también los materiales fruto de las inequidades sociales o económicas. A su vez, esto se refleja en una prohibición general contra la discriminación.

Una Sola Salud	Interconexión entre la salud de los seres humanos, la sanidad animal y la salud ambiental. El enfoque preventivo de “Una sola Salud” permitirá abordar el problema de traspaso de patógenos de animales a humanos (Nikogosian, 2021). Este enfoque incluirá obligaciones como fortalecer sistemas de vigilancia para reducir saltos zoonóticos, medidas de monitoreo y el intercambio de patógenos con potencial pandémico. Actualmente este principio no se encuentra presente en el RSI ni en otros acuerdos internacionales relevantes en el contexto de las pandemias como la Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres (CITES) o el Convenio sobre la Diversidad Biológica (CBD). La adopción de un acuerdo que incluya este principio podría crear un enfoque compartido más sencillo de obtener que enmendando todos los acuerdos pertinentes.
Transparencia	Transparencia en el intercambio de información, de modo que se puedan adoptar respuestas sólidas.
Solidaridad	Solidaridad enfocada en la necesidad de cooperación internacional. Se regula como obligación de los Estados el movilizar recursos adecuados a los países afectados para contener brotes (INB, 2022).
Soberanía	Soberanía de los Estados para gestionar su enfoque hacia la salud pública. Este derecho soberano iría aparejado con una obligación de garantizar que aquellas actividades bajo su control no causen daños a otros Estados (INB, 2022).
Participación	El documento plantea la inclusión de todas las partes interesadas, así como la participación comunitaria de modo que se refuerce la confianza en los gobiernos en tiempos de incertidumbre.
Rendición de cuentas	Rendición de cuentas de los Estados al ser responsables de mantener capacidades mínimas.
Igualdad de género	Se hace mención únicamente a las necesidades de las mujeres y las niñas y enfatizando que se realizaría mediante “un enfoque que deje el control en manos de los países” (INB, 2022)

*Nota.* Bulnes (2022)

**Gobernanza y liderazgo.** La gobernanza deberá estar basada en medidas que promuevan la coordinación, colaboración y cooperación. Como

autoridad central en el campo de la salud, la OMS sería el organismo ideal para administrar el tratado. De este modo, se plantea reforzar la función de la OMS como “autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad mundial” (INB, 2022). De modo previo, a nivel doctrinal, se plantearon otras alternativas como la adopción de un tratado bajo la ONU, partiendo de la necesidad de que el instrumento aborde áreas más allá del sector salud como el comercio, las finanzas, la propiedad intelectual o los derechos humanos (Nikogosian, 2021). A la fecha, sin embargo, impera la primera postura, teniendo presente que será necesaria la coordinación con otras entidades del sistema de Naciones Unidas y otras organizaciones. Asimismo, se incluye la obligación de coordinar con expertos, organismos y redes científicas, de modo que las decisiones que se tomen se basen en la ciencia y en la evidencia.

A nivel estatal el enfoque deberá ser pangubernamental y pansocial, lo cual supone que no solo el sector salud esté involucrado. A su vez, será importante la participación y colaboración de la comunidad en las medidas implementadas

Por otro lado, se ha planteado que el instrumento contenga un sistema de gobernanza adaptativo propio (Phelan & Carlson, 2022), ya sea mediante una Conferencia de las Partes u otro mecanismo conformado por los Estados Miembros. Este mecanismo tendría como base a la OMS y recibiría apoyo de la Secretaría de esta organización, facilitando el desarrollo normativo y su implementación mediante la elaboración y evaluación de estrategias, planes y programas.

Partiendo de los modelos desarrollados por el UNFCCC y el IPCC, el tratado podría establecer también una plataforma intergubernamental u órgano subsidiario que apoye el trabajo de la posible COP brindando asesoría científica o tecnológica, de modo que las decisiones adoptadas estén basadas en la evidencia (Phelan & Carlson, 2022). Si bien esta propuesta no se ha planteado de

modo expreso, se indica que el mecanismo podría establecer órganos subsidiarios.

A su vez, de modo similar a la Convención sobre Armas Biológicas, el instrumento podría establecer conferencias de examen periódicas que le permitan adaptarse a los cambios científicos (Phelan & Carlson, 2022). A la fecha, el anteproyecto ha previsto un examen cada cuatro años desde la entrada en vigor del instrumento con la finalidad de evaluar la pertinencia y eficacia del mismo.

Por otro lado, cualquier arreglo institucional deberá contar con medidas y mecanismos de incentivo que promuevan el cumplimiento; así como de monitoreo y rendición de cuentas.

#### **Obligaciones de los Estados.**

- a) Intercambio de información: Se regula la obligación de los Estados de proporcionar datos y mecanismos de alerta e intercambio de información.
- b) Financiación: Según estimados del GPMB, los costos de la reciente pandemia son medidos en billones de dólares, mientras que los costos de prevención y preparación en miles de millones, siendo que tomarían 500 años de gasto para invertir en preparación mundial contra pandemias aquello que se perdió debido a la COVID-19 (Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, 2020). De este modo se muestra que efectuar inversiones en preparación supera en gran medida los costos.

En el anteproyecto se precisa como obligación de los Estados “velar por la sostenibilidad y previsibilidad de la financiación de los sistemas e instrumentos mundiales” y cooperar para lograr una financiación sostenible de la OMS (INB, 2022). A su vez, se deberá fortalecer la financiación nacional de la salud, buscando mayor colaboración entre los sectores de salud y finanzas.

La obligación de financiación incluye también la necesidad de movilizar recursos financieros a los países más afectados por las pandemias.

Aún no se precisa si algún mecanismo de financiamiento se integraría en el tratado. Este podría ser (i) un mecanismo existente que es ampliado para incluir el cumplimiento de las obligaciones del nuevo instrumento, tal como sucedió con el Global Environment Facility (GEF) que financia a varios acuerdos ambientales; (ii) un nuevo mecanismo propio como el Fondo Multilateral (Ozone Fund) creado por el Protocolo de Montreal; o (iii) una combinación de ambos, tal como el UNFCCC, el cual dispone del Fondo Verde del Clima como su mecanismo de financiamiento principal, complementado por el Fondo de Adaptación para proyectos específicos (Nikogosian, 2021). Durante la pandemia, algunos de los mecanismos de financiación vigentes fueron el Fondo para Contingencias relacionadas con Emergencias, el Mecanismo de Financiamiento de Emergencia para Casos de Pandemia del Banco Mundial y la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias. Por otro lado, en junio de 2022, el Banco Mundial aprobó la creación del Fondo de Intermediación Financiera para prevención, preparación y respuesta a pandemias. El 13 de noviembre de 2022 se efectuó la presentación oficial de dicho fondo por el G20, cambiándole de denominación a “Pandemic Fund”.

- c) Construcción de capacidades: incluye medidas para fortalecer las funciones de salud pública, la vigilancia y control de brotes; así como contar con la capacidad para intercambiar información, efectuar secuencias genómicas, elaborar estrategias de prevención o fortalecer las redes de laboratorios de salud pública y de pruebas diagnósticas. Estas capacidades se evaluarían de forma periódica.

Es necesario que la construcción de capacidades se base en elementos que vayan más allá de lo previsto en el RSI e involucre asuntos sociales.

Un paso importante es el reconocimiento de la cobertura universal de salud.

- d) Equidad en el acceso a bienes públicos globales: el instrumento prevé la obligación de contar con servicios de atención de salud asequibles, incluida la atención por salud mental; así como el acceso a la participación de beneficios producto del intercambio de patógenos y secuencias genómicas (INB, 2022). Entre las medidas a adoptar se incluye buscar coherencia con el Convenio sobre la Diversidad Biológica y el Protocolo de Nagoya.

Por otra parte, el tratamiento verdaderamente equitativo deberá incluir la adopción de medidas para abordar los determinantes sociales de la salud.

- e) Tecnología: el objetivo final del instrumento es ampliar el acceso a tecnología mediante medidas que permitan su transferencia “dentro del respeto de los derechos de propiedad intelectual” (INB, 2022). El instrumento debería abordar los impedimentos legales y políticos para lograr una adecuada transferencia tecnológica y construcción de capacidades (Phelan & Carlson, 2022). Para ello se establecen medidas de exención sujetas a plazos de la protección de los derechos de propiedad intelectual durante la pandemia para países en desarrollo y el fortalecimiento de las capacidades de los países en desarrollo para fabricar productos de respuesta a pandemia (INB, 2022).
- f) Investigación y desarrollo: se deberá promover la colaboración entre científicos e instituciones de países en desarrollo y acelerar la investigación de nuevos patógenos. Para ello, será obligación de los Estados fortalecer sus capacidades de investigación por medios que incluyan la cooperación y la colaboración con miras al desarrollo de pruebas, medicamentos y vacunas en países en desarrollo.

- g) Cadenas de suministro y red logística: se busca garantizar la disponibilidad y el acceso a productos de respuesta a las pandemias. Para ello, se deberán establecer medidas que garanticen la transparencia de costos y precios o la facilitación en la adquisición de suministros mediante mecanismos de compra mancomunados.
- h) Medidas para asegurar la movilidad y los viajes internacionales durante las pandemias (INB, 2022).
- i) Personal de salud: con la finalidad de contar con personal de salud cualificado se deberá fortalecer su capacitación y apoyar una financiación sostenible del sector salud. De igual modo, se prevé la posibilidad de contar con personal de salud enfocado en emergencias mundiales que pueda ser despedido a petición para apoyar a los países afectados.
- j) Acciones de recuperación: las medidas a adoptar por los Estados no solo deben prevenir, sino también mitigar los efectos socioeconómicos de las pandemias, incluidos aquellos que afectan el crecimiento económico, el empleo, el comercio, el transporte, la educación, la desigualdad de género, la nutrición, la inseguridad alimentaria y la cultura (INB, 2022). A modo de ejemplo, el Marco de Sendai para la reducción del riesgo de desastres incluye dentro de su prioridad 4, los ámbitos de recuperación, rehabilitación y reconstrucción.
- k) Medidas destinadas a evitar la información falsa o errónea, así como la desinformación.
- l) Monitoreo, ejercicios de simulación y revisión por pares: se prevé la posibilidad de contar con indicadores mundiales y nacionales para monitorear la prevención y preparación, realizar ejercicios periódicos de simulación para evaluar la disposición operativa y carencias de los sistemas de preparación y el establecimiento de un mecanismo mundial de examen por pares, con la finalidad de evaluar las capacidades.

Como consta en el reporte A/WGPR/2/4, todos los Estados miembros de la OMS y las regiones expresaron de modo previo su apoyo al Examen Universal de la Salud y la Preparación, siendo que varios Estados ya lo realizan de modo experimental (WGPR, 2021a).

Para evitar el excesivo trabajo de los Estados relacionado con la emisión de reportes y fomentar un análisis más sustancial, se podría cambiar el calendario de entrega de anuales a cada dos o tres años (Bartolini, 2021).

**Efectividad del instrumento.** A la fecha, las posturas planteadas en el documento inicial se orientan a facilitar la efectividad del instrumento ya sea por (i) un diseño regulatorio vinculante; (ii) la presencia de acuerdos de gobernanza; (iii) sinergias e interacciones con otros regímenes normativos; (iv) reconocimiento de la importancia del financiamiento; (v) mecanismos de compliance y evaluación; y (vi) la posible presencia de comunidades de apoyo, dado el papel asignado a un enfoque pansocial.

Finalmente es conveniente señalar que, al momento de presentación de la presente tesis, el 15 de noviembre de 2022, se emitió el “Anteproyecto Conceptual Cero”, el cual sería discutido en la tercera sesión del Órgano de Negociación a celebrarse en diciembre de 2022. Dicho documento se basa principalmente en el anteproyecto A/INB/2/3 reseñado previamente, así como los aportes de los estados miembros y expertos. El enfoque general no ha variado, pero se han desarrollado a mayor profundidad algunos conceptos. Así en el preámbulo extendido se enfatizan los conceptos de cooperación, equidad, fuerza de trabajo y propiedad intelectual. Entre los principios se ha incluido los siguientes: (i) Una Sola Salud; (ii) cobertura Universal de Salud; (iii) toma de decisiones basada en la ciencia y evidencia; y (iv) proporcionalidad.

Por otra parte, las obligaciones específicas de los Estados las cuales se dividían en catorce temas han sido reorganizadas en cuatro capítulos temáticos:

(i) equidad (incluyendo el acceso a contramedidas, tecnología, investigación y desarrollo de capacidades y el acceso a beneficios); (ii) fortalecimiento y mantenimiento de capacidades (incluyendo preparación y resiliencia de sistemas de salud, fuerza de trabajo y monitoreo, ejercicios de simulación y revisión por pares); (iii) coordinación, colaboración y cooperación (incluyendo los enfoques de *whole-of-government*, multisectorial, *whole-of-society*, lucha contra la desinformación y Una Sola Salud); y (iv) financiamiento.

Respecto a los arreglos institucionales, el nuevo documento en mecanismo de gobernanza responsable del instrumento, el cual comprende lo siguiente: (i) una Conferencia de las Partes como órgano supremo, (ii) Oficiales de las Partes como órgano administrativo compuesto de dos presidentes y cuatro vicepresidentes; y (iii) una Conferencia de las Partes Extendida, la cual incluiría además de representantes de los Estados miembros a agencias de Naciones Unidas y a actores no estatales).

### **Subcapítulo 3.3: La Negociación de un Acuerdo sobre Pandemias y los Intereses Del Perú**

#### **Los Intereses Nacionales en Materia de Salud y la Política Exterior Peruana: El Rol Histórico de la Política Exterior Peruana**

*¿Por qué realizar un recuento histórico?* Como indica Cueto (2004), la riqueza de la historia es la obtención de una perspectiva de larga duración que permita “comprender mejor el fondo de los problemas, mantener los logros duraderos, apoyar las iniciativas sustanciales y tener orgullo de los héroes verdaderos” (p.4). A su vez, permitirá reconocer nuestros errores y desechar una serie de patrones recurrentes que, si bien se aplican en primer lugar a la política sanitaria, contagian a la política exterior, tales como: (i) las respuestas temporales a los problemas de salud; (ii) culpabilizar a grupos marginales; (iii) la artificial separación entre medidas de prevención y curación; (iv) la dificultad en la interacción entre instituciones locales y organismos internacionales; y (v) la participación de pacientes, familias y comunidades en el salud (Cueto, 2004). El objetivo del presente apartado no es solo realizar una narración cronológica, sino también resaltar aquellos hechos que tienen un impacto duradero, buscar líneas directrices y contrastar los discursos con las prácticas. Para ello nos centraremos en la revisión de las distintas actas de las conferencias panamericanas, asambleas mundiales de la salud y consejo ejecutivo, así como el auspicio del Perú a determinadas resoluciones relacionadas a la salud en la ONU.

#### ***Participación del Perú en la OMS y en los Organismos Regionales de Salud. Recuento histórico***

Al referirse a la OPS, Cueto menciona “hubo momentos de cierto reduccionismo científico; de búsqueda de balas mágicas consideradas como soluciones tecnológicas rápidas a las principales enfermedades transmisibles. En otros, sin embargo, se intentó impulsar un desarrollo integral entre la ciencia, la solidaridad y el derecho a la salud” (Cueto, 2004, p.4). En el caso de la OPS,

nos enfocaremos en las declaraciones y participaciones peruanas en las distintas conferencias hasta los años noventa.

Como antecedente de la OPS podemos mencionar el informe anual del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos del año 1901, en el cual Walter Wyman presenta un plan para llegar a un acuerdo con otras naciones americanas y sanear algunas ciudades de las costas (Cueto, 2004). Este plan fue propuesto por la delegación norteamericana en la Conferencia Internacional de los Estados Americanos efectuada en México en 1901, a la cual asistió el Perú. En esta conferencia se aprobaron ocho resoluciones, entre las que se encontraba el diseño de una Oficina Sanitaria Internacional, el acuerdo para celebrar otras convenciones sanitarias y el nombramiento de un Consejo Ejecutivo junto a un Presidente. Esta reunión fue la convocatoria para la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, evento fundacional de la OPS (Cueto, 2004). Esta Convención se celebró en Washington en 1902 y eligió a los primeros miembros de la Oficina Sanitaria Internacional.

La Segunda Convención Sanitaria Internacional se realizó en 1905 en Washington y participa por primera vez el Perú, siendo delegado el Dr. Daniel Eduardo Laverería, quien expresó la necesidad de que los países del continente sean regidos por reglamentos sanitarios uniformes. El Dr. Laverería fue profesor de la Facultad de Medicina, miembro de la Academia Nacional de Medicina, médico del Hospital Dos de Mayo, jefe de la sección de higiene del ministerio de fomento. En esta reunión se elaboró la Primera Convención, firmada el mismo año, la cual detalla el proceso de comunicaciones para los casos de peste, cólera y fiebre amarilla, la publicación de las medidas adoptadas, la desinfección de mercancías, las medidas adoptadas en fronteras terrestres y marítimas, entre otros asuntos. Asimismo, esta Segunda Convención se presentaron reportes sobre las condiciones sanitarias, que fueron ampliados durante la Tercera

Conferencia a informes sobre las condiciones de agua y desagües, así como legislación de policía sanitaria. Esto muestra que hay una ampliación de intereses más allá de las cuarentenas o el enfoque en los lugares de entrada como puertos, hacia una visión integral de sanidad en todo el territorio (Cueto, 2004). Por otro lado, la salud pública comenzó a adquirir valor en sí misma y no solo estuvo relacionada con los beneficios económicos.

Durante la Cuarta Convención, se cambia la denominación de estas reuniones a “Conferencias” y comienzan a perfilarse con mayor nitidez sus componentes políticos, distinguiéndose de otras reuniones de carácter más científico (Cueto, 2004). En la Quinta Conferencia, el nombre de la Oficina Sanitaria Internacional se cambió por Oficina Sanitaria Panamericana.

Es durante la Sexta Conferencia celebrada en Montevideo en 1920 que se observa una mayor participación del Perú con la presencia del Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, profesor de higiene de la Facultad de Medicina de San Marcos. Su participación en dicha conferencia se centró impulsar la internacionalización de la lucha contra enfermedades y centralización de la información en la Oficina de Washington. Como señala Cueto (2004), “en un momento en el que la salud internacional se abría paso en la agenda política local, fue decisivo tener un expositor carismático que pudiese lucirse en cualquier tribuna” (p.64). En el saludo introductorio del Dr. Paz Soldán, en las actas de la referida conferencia, señala lo siguiente:

“la obra que habremos de realizar tendrá que afirmarse, no solamente en las propias tradiciones de estos certámenes, sino principalmente en los nuevos conceptos de humanitarismo y de solidaridad sanitaria universal, brotados como flores magníficas del haz dolorido de la tierra regada por la sangre de millones de hombres”.

Una de las contribuciones más importantes de la sanidad latinoamericana se dio durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en La

Habana en 1924, en la cual se elabora el Código Sanitario Panamericano. Este Código no solo buscará estimular el intercambio de información y uniformizar las medidas empleadas, eliminando las barreras al comercio y a la comunicación, sino también la adopción de “medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de las enfermedades”. Es interesante notar que, a nivel interno, recién con la Constitución de 1920, promulgada durante el mandato del presidente Augusto B. Leguía, se señala expresamente la facultad del Estado para legislar en materia de salud e higiene (artículo 47°), así como la obligación de los ciudadanos de respetar las leyes y la higiene pública. Como parte de obligaciones del Estado se encontrará el establecimiento de servicios sanitarios (artículo 55°).

En 1927 se celebra en Lima, la Octava Conferencia Sanitaria, que consagra a Hipólito Unanue como uno de los pioneros de la sanidad panamericana. En el discurso pronunciado por el ministro de Relaciones Exteriores, Pedro José Rada y Gamio, destacó la interconexión del sector salud con otras áreas (OPS, 1928):

“La política sanitaria se vincula con la política vial, porque las comunicaciones, acercando a los hombres y a los pueblos, les lleva hábitos de higiene, facilita la desecación de los pantanos y centros maláricos y difunde la cultura y la fraternidad humana. Se vincula también con la política de las irrigaciones, a efecto de convertir los eriazos, muchas veces focos de infección (...). Se relaciona, igualmente, con la política de la higienización de las fábricas y talleres, de las viviendas baratas, de la construcción de las casas para obreros y de la industrialización general de un país con todos los resguardos merecidos a la salud y la vida de los trabajadores. Se relaciona, a la vez, con la política de las industrias químicas, ya referentemente a la sanidad de las materias colorantes y primas que se emplean para la elaboración de los

artículos manufacturados, ya con la forma de trasportar, (...) ya con el cuidado del vellón y de la lana (...) alejando el contagio de las epizotias animales y vegetales. La política sanitaria es también política hidráulica; porque el agua es indispensable para la vida de los individuos, para el cultivo del hogar. servicio de las poblaciones, impulso de las industrias, regadío de los campos, laboreo de las minas y ejercicio del comercio”

Sobre el aporte del Perú a las cuestiones sanitarias, el referido discurso destaca la importancia de la corteza de la quina para combatir la malaria, las propiedades anestésicas de la coca, así como otras especies de la flora peruana que nos convierten en “la farmacopea del mundo” (OPS, 1928). Por otro lado, se enfatiza en los trabajos de distintos médicos peruanos como el ya referido Hipólito Unanue, el “padre de la medicina peruana”; Celso Bambarén y sus estudios sobre la fisiología de las válvulas del corazón; Jose Antonio Morales Alpaca, inventor del fórceps; Hermilio Valdizán Medrano, médico psiquiatra que apoyaba la humanización de la asistencia; y, Daniel Alcides Carrión, mártir en el estudio de la verruga (OPS, 1928).

Durante la década de los treinta se celebra la Novena Conferencia Sanitaria en Buenos Aires (1934) y la Décima en Bogotá (1938) a las que asiste el fisiólogo peruano Carlos Monge Medrano, creador del Instituto de Fisiología y Patología Andina en San Marcos. Monge Medrano se apoya en la organización internacional para consolidar estrategias científicas nacionales (Cueto, 2004). Así, en su informe concerniente a la fisiología en las alturas, el Dr. Monge menciona como los datos de la fisiología normal de la costa no tienen aplicación en la altura, por lo que sus patologías son distintas: “así como el hombre, los animales, los gérmenes, sufren esa acción climática, en el Perú y en todos los lugares donde hay altiplanos, la propagación de ciertas enfermedades está en función de la altura en la cual se vive” (PAHO, 1934, p.70). Esta información fue resaltada por otros miembros de la reunión, pues muestra “la influencia de un

medio no infeccioso en el desenvolvimiento de la patología” (PAHO, 1934, p.71).

En la XI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Río de Janeiro en 1942 participaron por parte de la delegación peruana el Dr. Carlos de la Puente, Dr. Paz Soldán, Dr. César Gordillo Zuleta y el Dr. Hugo Pesce. La participación peruana pudo mostrar a través del recuento de la experiencia del médico peruano Núñez Butrón, de un profundo movimiento sociosanitario (Cueto, 2004). Con la finalidad de enfrentar el tifus en Puno, este médico dio educación sanitaria a la población local, conformando un batallón de voluntarios y organizando campañas de higiene. Entre las recomendaciones efectuadas se solicita que los Estados “opten medidas encaminadas no solo a conservar y mejorar los recursos médicos y otros necesarios para la conservación de la salud pública y la seguridad continental, sino también para fomentar el intercambio de tales recursos a fin de satisfacer las exigencias continentales relativas a la salud”. De igual modo, relacionado con la construcción de las capacidades, se requiere que los Estados lleven a cabo un inventario de las existencias de sus recursos esenciales. En dichos años se formaron las bases de lo que serían las oficinas de campo de la organización en Texas, Guatemala, Lima y Jamaica.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, con la creación de las Naciones Unidas surgen una serie de organismos técnicos especializados de diversos temas, como la salud. La propuesta de creación de la OMS fue formulada por el brasileño Geraldo H. de Paula Souza en 1945 durante la Conferencia de San Francisco. Gracias a la propuesta de Brasil y China, se conforma una Comisión Técnica Preparatoria, cuyas reuniones derivaron en una Conferencia Internacional de Salud celebrada en 1946 en Nueva York. En la Conferencia se creó una comisión interina conformada por delegados de 18 países, entre los que se encontraba el Perú, la cual se reunió entre 1946 y 1948, preparando el terreno para el establecimiento de un organismo internacional de salud: la OMS (Cueto, 2004). Mientras la Constitución de la OMS entraba en efecto luego de

las ratificaciones requeridas, existiría un intervalo entre la fecha de firma (22 de julio de 1946) y el establecimiento de la primera Asamblea Mundial de la Salud, por lo que se acordó la conformación de un Comité Interino que llevaría a cabo todas las preparaciones y convocaría a dicha primera reunión, así como desempeñaría funciones esenciales que podían interrumpirse (World Health Organization, 1958). Es interesante resaltar en las discusiones acerca de la supuesta contaminación intencional de suministros de agua en Palestina, la intervención del representante del Perú, Dr. Paz Soldán, la cual resulta relevante aún hoy en día al poner en evidencia el contraste entre el carácter técnico, político y jurídico de la organización:

“Todo lleva a afirmar que la Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud no es una corte de derecho internacional competente para juzgar ofensas contra la salud pública. Ninguna organización internacional de salud cuya tarea sea proveer guía en el campo de la salud puede transformarse a sí misma en una nueva Inquisición. La medicina no incrimina, redime los errores humanos” (Interim Commission WHO, 1948, p. 75)

La Primera Asamblea Mundial de la Salud efectuada en Ginebra en 1948 aprobó su primera Constitución, cuyo artículo 54° reconocía a la Oficina Sanitaria Panamericana. Ante la creación de un nuevo organismo internacional en materia de salud, empezaron las discusiones acerca de qué pasaría con la oficina sanitaria regional. Estas discusiones se llevaron a cabo en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 1947 en Caracas. Carlos Enrique Paz Soldán defendió la “soberanía sanitaria de las Américas”, conjuntamente con el director Cumming oponiéndose a la absorción de la Oficina por la OMS (Cueto, 2004). En la resolución respectiva se acordó que la Oficina Sanitaria Panamericana actuaría como oficina regional de la OMS en las Américas.

Durante la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950) participaron como parte de la delegación peruana el Dr. Edgardo Rebagliati, el Dr. Aníbal Álvarez López y el Dr. Jorge Estrella Ruiz. Este último, en su intervención durante la conferencia, detalló de la artificial separación entre medicina preventiva y curativa aconsejando (Organización Sanitaria Panamericana, 1950):

“no fijar áreas de acción, mediante barreras, para la medicina preventiva y para la medicina curativa, pues se considera que la prevención y la curación son dos tipos de asistencia que concurren en favor de la salud y esté gobernadas por principios universales emanados de lo que se entiende por y es del dominio de la salud pública”.

Durante estos años destacan los trabajos del médico peruano Pedro N. Acha quien inicia sus trabajos en la organización en 1957 (Cueto, 2004). Junto a Boris Szyfres, publica el libro “Zoonosis y enfermedades transmisibles al hombre y a los animales”, bajo los auspicios de la OPS y de gran acogida mundial.

Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (1958) se cambió el nombre de Organización Sanitaria Panamericana a Organización Panamericana de la Salud. Mientras la referencia a lo sanitario parecía mostrar que la organización se dedicaba a intervenciones puntuales; el cambio a “salud” refleja su carácter más amplio y su intención de llevar a cabo actividades permanentes con participación del público (Cueto, 2004). Respecto a la forma de trabajo de las conferencias, se pasó de principalmente realizar recomendaciones a los estados miembros a decisiones acerca de cómo la Oficina debía emprender sus acciones en aspectos como la erradicación de enfermedades (Cueto, 2004). De modo general, este esfuerzo por eliminar enfermedades se sustentó en la confianza en la ciencia y la tecnología.

La importancia de un financiamiento ordenado y predecible fue destacada durante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana (1962), en la discusión de la resolución acerca del plan continental de abastecimiento público de agua y de

eliminación de aguas servidas, en el cual el representante del Perú, Dr. Quiros remarcó lo siguiente (Organización Panamericana de la Salud, 1962):

“la experiencia ha demostrado la conveniencia de que en todas las resoluciones, sobre todo cuando se trata de programas de esta naturaleza que son financiados con aportaciones voluntarias, se señale que se encomiende al Director de la Oficina la presentación de un programa con el presupuesto respectivo, indicando en qué forma van a ser invertidos los fondos, y estableciendo los probables plazos de duración y las tendencias del correspondiente programa. Se estimularía a los Gobiernos a efectuar más aportaciones voluntarias si se les informara concretamente de las metas y objetivos propuestos en cada caso”.

Durante las décadas de los sesenta a los ochenta son dos las perspectivas que se desarrollaron en la Organización: (i) relacionar los programas de salud al desarrollo socioeconómicos, ya sea porque la salud depende del grado de desarrollo económico, así como la importancia de una población sana para mejorar la productividad; y, (ii) la participación de la comunidad en las prestaciones de salud (Cueto, 2004). Tengamos en cuenta que en los setenta cobró importancia la Atención Primaria de Salud que replanteó los programas verticales con poca participación de la comunidad, adaptándolos a las condiciones locales y sin una confianza excesiva en las llamadas “balas mágicas”. Ello permitió “encontrar un equilibrio adecuado y sostenible entre tecnologías médicas nuevas, poderosas y de bajo costo, y el compromiso de los individuos y la sociedad” (Cueto, 2004). De los programas de la OPS sustentados en la atención primaria, uno de los más exitosos fue la inmunización contra la viruela. En el Perú entre 1963 y 1964 se presentó una pequeña epidemia, que luego de un trabajo de dos años de inmunizaciones, no volvió a aparecer (Cueto, 2004).

El éxito de la campaña en América Latina inspiró a que la OMS fijase

como meta la erradicación de la poliomielitis. En el caso peruano, se inició una vacunación masiva en Lima en 1966, en la que participaron las fuerzas armadas, medios de comunicación y la sociedad civil. Esta enfermedad fue eliminada de América, siendo el último caso registrado el de un niño peruano de 2 años llamado Luis Fermin Tenorio Cortez, procedente de Junín. Cuando se supo del caso, a pesar de los peligros que representaba la presencia de Sendero Luminoso en la zona, trabajadores del Ministerio de Salud y la OPS iniciaron una campaña de vacunación en la zona de casi 2 millones de niños en solo una semana (Cueto, 2004).

La utilización de las llamadas “balas mágicas” se reflejó también durante la epidemia de cólera en la costa peruana en los años noventa. En este caso se tuvo una letalidad baja comparada con el promedio mundial gracias al trabajo del personal de salud y la utilización de sales de rehidratación oral (Cueto, 2004).

Con la finalidad de determinar la posición peruana durante el nuevo milenio, nos basaremos principalmente en las declaraciones y resoluciones auspiciadas por el país, tanto en la OMS como en la ONU, debido a la facilidad para encontrar los reportes digitalizados en las plataformas de estas instituciones. Para ello, se ha sistematizado en el Apéndice N° 1, las declaraciones de la representación peruana ante la Asamblea de la OMS, las resoluciones auspiciadas por el Perú y aquellos discursos brindados por otros países en presentación, entre otros, del Estado peruano. Del análisis de dichos documentos se desprenden una serie de líneas generales que se han procedido a agrupar siguiendo la división entre asuntos concernientes a: (i) equidad; (ii) principios o enfoques; (iii) la gobernanza; (iv) sistemas y herramientas; y, (v) financiación; siguiendo, de modo general, la forma cómo se ha trabajado en el proyecto de esbozo del acuerdo por el Órgano de Negociación Intergubernamental (A/INB/1/12):

Tabla 17

*Posturas identificadas de acuerdo con las declaraciones del Perú en la ASM*

Asunto		Número de AMS – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 1 (año): contenido
Equidad		
Equidad principio	como	<p>N°62-63 (2009): Distribución equitativa de poder.</p> <p>N°66-41(2013): La salud debería ser vista como un derecho universal que incorpore la equidad y universalidad permitiendo que los determinantes sociales, económicos y ambientales sean abordados.</p> <p>N°72-14(2019): Compromiso del presupuesto con la equidad, género y derechos humanos.</p> <p>N°73-11(2020): Compromiso del presupuesto con la equidad, género y derechos humanos.</p> <p>N°74-3 (2021): Inequidad en el acceso y distribución de vacunas.</p> <p>N°74-5 (2021): La pandemia de la COVID-19 ha aumentado inequidades existentes.</p> <p>N°74-9 (2021): La pandemia de la COVID-19 ha expuesto las inequidades de salud existentes.</p> <p>N°74-9 (2021): Búsqueda de equidad en salud.</p>
Determinantes sociales de la salud		<p>N°62-63 (2009): Importancia de las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.</p> <p>N°63-55 (2010): Vinculación entre las acciones de salud con los sectores responsables para la nutrición, la educación y el empleo.</p> <p>N°64-51 (2011): Prevención del cólera a través de un enfoque multisectorial, por ejemplo mediante agua limpia y sanidad.</p> <p>N°66-41(2013): La salud debería ser vista como un derecho universal que incorpore la equidad y universalidad permitiendo que los determinantes sociales, económicos y ambientales sean abordados.</p> <p>N°72-17(2019): Determinantes sociales de la salud en la lucha contra la tuberculosis.</p> <p>N°74-8 (2021): Determinantes sociales de la salud en la lucha contra la violencia hacia los niños.</p> <p>N°74-9 (2021): La pandemia de la COVID-19 ha resaltado la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud.</p>
Tecnología		<p>N°67-40 (2014): OMS continúe en su rol de promotor de intervenciones en salud y evaluación de tecnología.</p> <p>N°71-27 (2018): Construcción de capacidades y recursos humanos en países en desarrollo son necesarios para mejorar el desarrollo de tecnologías.</p> <p>N°72-19(2019): Acceso a medicinas, vacunas y tecnología médica es fundamental para alcanzar la cobertura universal de salud.</p> <p>N°74-4 (2021): Fortalecer la producción local de medicinas y otras tecnologías.</p>

<b>Asunto</b>	<b>Número de AMS – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 1 (año): contenido</b>
Propiedad intelectual	N°63-53 (2010): Flexibilidades en el acuerdo TRIPS.
Bienes públicos globales	N°73-10 (2020): La vacuna contra la COVID-19 y los tratamientos deberían ser reconocidos como bienes públicos globales. N°74-3 (2021): Una respuesta verdaderamente global deberá reconocer a las vacunas y otras herramientas contra la COVID-19 como bienes públicos globales.
<b>Otros principios</b>	
Enfoque de derechos	N°66-41(2013): La salud debería ser vista como un derecho universal que incorpore la equidad y universalidad permitiendo que los determinantes sociales, económicos y ambientales sean abordados. N°71-26 (2018): Acuerdo entre la OMS y la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos con la finalidad de asegurar como derecho humano al más alto grado de salud para todos. N°72-14(2019): Compromiso del presupuesto con la equidad, género y derechos humanos. N°73-11(2020): Compromiso del presupuesto con la equidad, género y derechos humanos.
Enfoque multicultural	N°71-24 (2018): Adoptar enfoques que tengan en cuenta los intereses de las comunidades en la detección y tratamiento de la tuberculosis.
Género	N°72-14(2019): Compromiso del presupuesto con la equidad, género y derechos humanos. N°73-11(2020): Compromiso del presupuesto con la equidad, género y derechos humanos. N°73-12(2020): Promoción del envejecimiento saludable ayudará a incentivar la igualdad de género. N°74-8 (2021): La salud sexual y reproductiva deberá ser de buena calidad, accesible y aceptable por todas las personas, incluidas mujeres y niñas, a lo largo de su vida. Es un servicio esencial cuya continuidad debería priorizarse durante la pandemia.
<b>Gobernanza y liderazgo</b>	
Rol de la OMS	N°73-10 (2020): Acuerdos multilaterales deberían fortalecer a la OMS y mejorar la implementación del RSI. N°74-3 (2021): Apoyo a la resolución de fortalecimiento de la OMS.
Sociedad civil	N°71-24 (2018): Fortalecer el diálogo con la sociedad civil y el sector privado para financiar la investigación de vacunas y nuevas medicinas contra la tuberculosis. N°72-16(2019): Enfoque multisectorial que involucre a la sociedad civil y al sector privado para reducir los riesgos de las enfermedades no transmisibles.
COVAX	N°73-10 (2020): El Perú se unió a COVAX Facility.

<b>Asunto</b>	<b>Número de AMS – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 1 (año): contenido</b>
	N°74-3 (2021): La simple división entre países de ingresos altos, medios y bajos oculta la diversa situación y los retos de economías de ingresos medio-alto como Perú en el acceso de vacunas.
<b>Sistemas e instrumentos</b>	
Construcción de capacidades	N°64-51 (2011): Fortalecimiento de mecanismos de vigilancia epidemiológica, planes de preparación y respuesta y medidas preventivas para evitar una epidemia de cólera.
Cobertura universal de salud	N°63-53 (2010): OMS deberá apoyar a los Estados en sus esfuerzos por alcanzar la cobertura universal de salud. N°72-19(2019): Acceso a medicinas, vacunas y tecnología médica es fundamental, para alcanzar la cobertura universal de salud. N°73-10 (2020): Fortalecer el multilateralismo ayudará a alcanzar la cobertura universal de salud. N°74-8 (2021): La pandemia ha resaltado la importancia de la cobertura universal de salud.
Recursos humanos	N°71-24 (2018): Importancia de fortalecer los recursos humanos en la prevención y tratamiento de tuberculosis. N°71-27 (2018): Construcción de capacidades y recursos humanos en países en desarrollo son necesarios para mejorar el desarrollo de tecnologías. N°72-17(2019): Fortalecer recursos humanos para la lucha contra la tuberculosis.
<b>Financiación</b>	
Financiamiento	N°63-55 (2010): Financiamiento sostenible e innovador para la investigación y el desarrollo. N°72-17(2019): Movilizar financiamiento para la lucha contra la tuberculosis.
<b>Otros asuntos</b>	
Importancia de la inmunización	N°63-58 (2010): Inmunización contra la hepatitis viral. N°63-56 (2010): Programa de vacunas para niños. N°63-55 (2010): Reducir la mortalidad infantil mediante la inmunización, tratamiento de la diarrea y de enfermedades respiratorias. N°64-45(2011): Programas de inmunización han llevado a la erradicación de la viruela y la poliomielitis, la eliminación del tétano neonatal, y en proceso de eliminar el sarampión y la rubeola. Acceso a las vacunas como derecho universal. N°72-19(2019): Acceso a medicinas, vacunas y tecnología médica es fundamental para alcanzar la cobertura universal de salud. N°73-10 (2020): La vacuna contra la COVID-19 y los tratamientos deberían ser reconocidos como bienes públicos globales.
Importancia del medio ambiente	N°66-41(2013): La salud debería ser vista como un derecho universal que incorpore la equidad y universalidad permitiendo

Asunto	Número de AMS – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 1 (año): contenido
	que los determinantes sociales, económicos y ambientales sean abordados. N°72-15(2019): Salud, medio ambiente y cambio climático.
Salud mental	N°65-43 (2012): Enmiendas a legislación nacional para otorgar a la salud mental un enfoque descentralizado y comunitario. N°72-16(2019): Promoción de la salud mental. N°74-5 (2021): Situación de la salud mental ha empeorado por los efectos de la pandemia de la COVID-19.
Convenio sobre pandemias	N°74-3 (2021): Sponsor de la decisión que convoca a una sesión especial de la AMS para considerar el desarrollo de un instrumento sobre pandemias. N°SSE-1 (2021): El fortalecimiento del RSI y el desarrollo de un nuevo instrumento deben estar vinculados y complementarse. El nuevo instrumento deberá tener a la equidad en su centro con la finalidad de promover el acceso universal a contramedidas médicas.

*Nota.* Bulnes (2022)

El mismo esfuerzo se realizó para sistematizar la postura peruana durante su participación en el Consejo Ejecutivo a partir del año 2008, tal como se desprende en el Apéndice N° 2, resultando en la siguiente agrupación de temas:

### **Tabla 18**

*Posturas identificadas de acuerdo con las declaraciones del Perú en la Consejo Ejecutivo*

Asunto	Número de Consejo Ejecutivo – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 2 (año): contenido
<b>Equidad</b>	
Equidad	N°132-56 (2013): Inequidad y disparidades sociales siguen presentes en la región. N°140-49 (2017): Equidad en la donación de sangre y productos de origen humano. N°146-12 (2020): Compromiso de integrar la equidad en los distintos programas. N°146-13 (2020): Obtención de resultados equitativos en los sistemas de salud N°146-20 (2020): Asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud. N°SE-10 (2020): Acceso equitativo a test, tratamiento y

Asunto	Número de Consejo Ejecutivo – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 2 (año): contenido
	vacunas contra la COVID-19. N°148-6 (2021): Plan para alcanzar la equidad en salud.
Determinantes sociales de la salud	N°132-56 (2013): Necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud. N°144-31 (2019): Determinantes sociales de la salud involucrados en la transmisión y persistencia de la tuberculosis. N°146-13 (2020): La salud para todos se logrará si se abordan los determinantes sociales de la salud con medidas intersectoriales. N°146-17 (2020): Es necesario abordar los determinantes sociales de la salud al combatir la tuberculosis. N°146-20 (2020): Enfoque multisectorial centrado en los determinantes sociales de la salud N°148-6 (2021): Impacto de los determinantes sociales de la salud.
Tecnología	N°142-40 (2018): Es necesario identificar mecanismos para incrementar la transferencia tecnológica y, con el apoyo de la OMS, incentivarla a través del acuerdo TRIPS. La Secretaría debería apoyar a los Estados miembros en sus programas de producción tecnológica local. N°146-25 (2020): El proceso de transformación digital deberá estar enfocado en las personas. Se deberán tomar precauciones respecto a la información sensible, asegurando los derechos de los pacientes.
Propiedad intelectual	N°126-60(2010): Compartir beneficios y derechos de propiedad intelectual como parte del acuerdo estándar de transferencia de material. N°140-51(2017): Registro de proyectos de investigación en salud. N°142-39 (2018): La prolongación del régimen de patentes bajo las provisiones del TRIPS podría tener efectos negativos en la disponibilidad y acceso a medicinas.
Bienes públicos globales	N°148-2 (2021): Las vacunas contra la COVID-19 deberían ser reconocidas como bienes públicos globales.
Acceso a material genético y compartir beneficios resultantes	N°126-60(2010): Acceso al virus de la influenza y a las vacunas.
Acceso a medicinas esenciales	N°142-39 (2018): Los países se podrían beneficiar de un observatorio de medicinas esenciales con riesgo de escasez, en el que se identifiquen aquellos países con más capacidades para producir dichas medicinas.
Inclusión de países en desarrollo	N°142-39 (2018): Medicines Patent Pool debería incluir a países de ingresos bajos y medios. N°142-42 (2018): Apoyo financiero sostenible para países que

<b>Asunto</b>	<b>Número de Consejo Ejecutivo – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 2 (año): contenido</b>
	más padecen tuberculosis. N°146-21 (2020): Acceso a medicinas para países en desarrollo.
<b>Otros principios y enfoques</b>	
Enfoque de derechos humanos	N°142-36 (2018): Programa de trabajo deberá incluir a los derechos humanos como un asunto transversal. N°142-46 (2018): Asegurar el disfrute del derecho a la salud de las personas con discapacidad. N°146-12 (2020): Compromiso de integrar derechos humanos en los distintos programas. N°146-14 (2020): Garantizar el derecho a la salud de todos mediante la cobertura universal de salud.
Interculturalidad	N°132-56 (2013): La región debe buscar la provisión de servicios de calidad apropiados para las comunidades multiculturales. N°142-36(2018): Plan de trabajo deberá incorporar la salud de la población indígena desde una perspectiva intercultural. N°146-20 (2020): Implementar intervenciones que tengan en cuenta el contexto que prioricen a las comunidades vulnerables y marginalizadas.
Género	N°142-36 (2018): Programa de trabajo deberá incluir al género como un asunto transversal. N°146-12 (2020): Compromiso de integrar al género en los distintos programas, dentro de los compromisos UN-SWAP.
Solidaridad	N°146-18 (2020): Llamado a la solidaridad durante la lucha contra el coronavirus. N°SE-9 (2020): Esfuerzos multilaterales para el desarrollo de vacunas contra la COVID-19 beneficien a todos.
Cooperación	N°132-56 (2013): La cooperación fue un factor clave en la mejora de la calidad de vida y de la salud en la región (PAHO). N°144-29 (2019): Conducir negociaciones conjuntas para medicinas contra el cáncer con otros países de la región.
Atención Primaria de Salud	N°142-47 (2018): La evaluación de la implementación atención primaria de salud en cada país debería estar alineada con los esfuerzos para implementar la Agenda 2030. N°144-27 (2019): Compromiso con la Atención Primaria de salud como mejor modo de obtener la cobertura universal de salud. N°146-13 (2020): Atención Primaria de Salud fue el medio más efectivo para garantizar la Cobertura Universal de Salud.
<b>Gobernanza y liderazgo</b>	
Rol de la OMS	N°142-35(2018): Reconoce la importancia del rol normativo de la OMS, pero sus actividades operativas y prestación de servicios debería ser restringida a emergencias en contextos vulnerables. N°142-36(2018): El rol principal de la OMS en emergencias

Asunto	Número de Consejo Ejecutivo – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 2 (año): contenido
	<p>debería ser coordinar, no proveer servicios sanitarios.  N°146-18 (2020): Rol coordinador de la OMS durante la pandemia del coronavirus.  N°SE-9 (2020): fortalecer a la OMS ante la pandemia de la COVID-19.  N°148-2 (2021): Apoyo de la OMS es fundamental para abordar los retos de salud y mantener los servicios esenciales.</p>
Rol de la sociedad civil y el sector privado	<p>N°142-42 (2018): Fortalecer el diálogo con la sociedad civil y el sector privado para financiar la investigación de nuevas vacunas y medicinas contra la tuberculosis.  N°142-45 (2018): Prevención y manejo de conflictos de interés en programas de nutrición con actores no estatales.  N°146-13 (2020): Es necesario trabajar con las comunidades para crear condiciones de vida saludables basadas en la Atención Primaria de Salud.  N°148-7 (2021): OMS deberá entablar relaciones con representantes de organizaciones de personas con discapacidad para conocer sus perspectivas y necesidades.</p>
COVAX	<p>N°148-2 (2021): Alcanzar los objetivos del COVAX Facility, para asegurar que los países tengan acceso oportuno a las vacunas.  N°149-1 (2021): Apoyo a COVAX.</p>

<b>Sistemas e instrumentos</b>	
Relevancia de la construcción de capacidades	<p>CE N°122-67 (2008): Mejora de sistemas de vigilancia epidemiológica, fortalecimiento de laboratorios y personal ante una posible pandemia de influenza.  N° 124-65 (2009): Resolución sobre Atención Primaria de Salud, incluyendo el fortalecimiento de sistemas de salud.  N°142(2018): los sistemas de salud resilientes son la forma más efectiva de prevenir pandemias.  N°142-47 (2018): Necesidad de que el país fortalezca su red de laboratorio, mejore el monitoreo en ciertas áreas y desarrollo sistemas para registrar de mejor manera los casos de influenza.  N°144-26 (2019): Vigilancia epidemiológica para la detección temprana del virus de la polio.  N°148-4 (2021): Llevar a cabo evaluaciones conjuntas externas de las capacidades de salud pública de los países.</p>
Cobertura Universal de salud	<p>N°132-56 (2013): Búsqueda en la región de lograr la cobertura universal de salud, la cual debe ir acompañada de servicios de calidad apropiados para las comunidades multiculturales.  N°140-52 (2017): Cobertura universal de salud para el cáncer.  N°142-37 (2018): Programa de trabajo deberá incluir cobertura universal de salud.  N°144-27 (2019): Compromiso con la Atención Primaria de salud como mejor modo de obtener la cobertura universal de salud.  N°146-13 (2020): Atención Primaria de Salud fue el medio más efectivo para garantizar la Cobertura Universal de Salud.</p>

Asunto	Número de Consejo Ejecutivo – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 2 (año): contenido
Personal internacional de salud	<p>N°146-14 (2020): Compromiso de lograr la cobertura universal de salud.</p> <p>N°146-21 (2020): Asegurar el acceso a las medicinas es un componente clave para alcanzar la cobertura universal de salud.</p> <p>N°SE-9 (2020): Importancia de los esfuerzos globales hacia la cobertura universal de salud, durante la pandemia de la COVID-19.</p> <p>N°142-35(2018): Creación de un cuerpo de salud internacional para ser desplegado ante emergencias.</p>
Financiación	
Financiamiento	<p>N°144-26 (2019): Financiamiento sostenible para la erradicación de la polio.</p> <p>N°146-12 (2020): Necesidad de recursos financieros para integrar enfoques de equidad de género, equidad y derechos en los distintos programas.</p> <p>N°148-8 (2021): Los objetivos globales deberán ser financieramente viables y la Secretaría debería apoyo técnico y financiero.</p>
Otros asuntos	
Importancia de la inmunización	<p>N° 122-67 (2008): Vacunación contra influenza y aumento de cobertura de inmunizaciones en el país.</p> <p>N°140-50 (2017): Inmunización contra la polio.</p> <p>N°144-26 (2019): Inmunización contra la polio.</p> <p>N°146-22 (2020): Inmunización contra la polio.</p>
Salud mental	<p>N°124-63 (2009): VIH y salud mental</p> <p>N°146-15 (2020): La salud mental es crucial para la inclusión social y la participación de las comunidades.</p> <p>N°148-2 (2021): Salud mental durante la pandemia de la COVID-19.</p>
Importancia del medio ambiente	<p>N°122-68 (2008): Resolución de cambio climático y salud.</p> <p>N°142-38 (2018): Salud, medio ambiente y cambio climático.</p> <p>N°144-28 (2019): Es necesario un enfoque multisectorial que ayude a reducir los factores de riesgo sociales y ambientales. La OMS deberá trabajar con las secretarías de acuerdos ambientales multilaterales para crear sinergias y evitar duplicaciones.</p> <p>N°144-26 (2019): Factores ambientales presentes en la resistencia antimicrobial.</p> <p>N°146-15 (2020): Influencia del cambio climático en enfermedades no transmisibles.</p>
Reglamento Sanitario Internacional	<p>N°142-37(2018): Compromiso firme para implementar el RSI</p> <p>N°SE-9 (2020): Mejorar la implementación del RSI ante la pandemia de la COVID-19.</p> <p>N°SE-10 (2020): Mejorar e implementar el RSI.</p> <p>N°148-2 (2021): Responsabilidad de los Estados para</p>

Asunto	Número de Consejo Ejecutivo – número de declaración o resolución en el Apéndice N° 2 (año): contenido
	implementar el RSI. N°148-4 (2021): Fortalecer el mecanismo de intercambio de información bajo el RSI.

*Nota.* Bulnes (2022)

### ***Participación del Perú en la ONU***

Otras de las formas por las cuales se puede apreciar la postura internacional del Perú en temas de salud son las siguientes: (i) a través del sentido de su voto en aquellas resoluciones de la Asamblea de la ONU relacionadas con la salud y la pandemia de la COVID-19 (Apéndice N° 3); y (ii) a través de aquellas resoluciones de la Asamblea General de la ONU, el Consejo de Seguridad y ECOSOC, en las cuáles el Perú actuó como patrocinador (Apéndice N° 4). En las mismas se observa, por lo menos a nivel discursivo, el apoyo a los siguientes enfoques: (i) la salud entendida como derecho; (ii) sustento en los principios de equidad, universalidad y cooperación; (iii) importancia de la construcción de capacidades; (iv) determinantes sociales de la salud (como el medio ambiente o la pobreza); y, (v) el acceso a contramedidas para países en desarrollo.

Por otro lado, si bien los discursos de representantes peruanos ante la Asamblea General de la ONU antes del nuevo milenio no se enfocaban en temas de salud, se destacan inicialmente los siguientes:

**Tabla 19**

*Discursos de representantes peruanos ante Asamblea General de la ONU*

Temática	Discurso
Derecho a la salud	En su discurso ante la 18° sesión de la Asamblea General de la ONU (1963), el representante del Perú, Fernando Schwald López Aldana, se refirió a la conexión entre paz y desarrollo, enfatizando que una verdadera hermandad no podrá ser lograda a menos que se garantice a cada persona su derecho a la salud (ONU, 1963).

Crítica neoliberalismo	al El representante del Perú, el expresidente Fernando Belaúnde Terry, durante la 39° sesión de la Asamblea General de la ONU (1984) critica el recorte del gasto público en base a medidas de austeridad, convirtiendo al Estado en “un espectador en lugar de un actor” y dejando de lado su responsabilidad en asuntos de salud.
Responsabilidades compartidas	En el discurso del representante del Perú en la 55° sesión de la Asamblea General de la ONU (2000), Fernando de Trazegnies Granda, se resalta la responsabilidad compartida de las distintas naciones para resolver los problemas de salud pública, ante la profunda interdependencia ocasionada por la globalización (ONU, 2000).

---

*Nota.* Bulnes (2022)

Durante la última década, se observa que la salud es siempre una prioridad en los discursos presidenciales ante la Asamblea General de la ONU. Así, el presidente Alan García Pérez en el año 2010 se enfocó en los logros obtenidos por el país en la reducción de la mortalidad infantil, las mejoras en la salud materna y la lucha contra el SIDA, la malaria y otras enfermedades; destacando la importancia de la cooperación internacional para el cumplimiento de metas fijadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2010). Por su parte, el presidente Ollanta Humala Tasso resaltó la conexión entre la inclusión social y la calidad de los servicios públicos, incluyendo a la salud como parte de aquellos a los que los ciudadanos necesitan tener acceso (ONU, 2011). Durante la pandemia de la COVID-19, el discurso del presidente Martín Vizcarra Cornejo se centró en la importancia de gobernanza global de la salud y la cooperación internacional “para convertir en realidad la cobertura universal de salud”, a través del fortalecimiento del multilateralismo en la ONU y la OMS (ONU, 2020a). Perú apoya las iniciativas COVAX, ACT, GAVI y CEPI, así como caracteriza a las vacunas y tratamientos médicos como “bienes públicos globales”. Finalmente, el presidente Pedro Castillo Terrones llamó la atención sobre la falta de solidaridad en la lucha contra la pandemia y en la necesidad de aplicar los principios de solidaridad, eficiencia y equidad (ONU, 2021). El acceso a medicinas y

tecnología deberá ser inclusivo, equitativo y no discriminatorio; teniendo como prioridad la cooperación científica internacional.

## **Líneas Directrices del Perú en Materia de Salud**

Con la finalidad de identificar las líneas directrices del Perú en materia de salud, a partir del recuento histórico previo distinguiremos entre: (i) las posturas a nivel discursivo, de (ii) aquellas prácticas efectivamente implementadas por el país. Así, a nivel discurso inicialmente la postura del Estado peruano parte de un enfoque globalista, destacando la importancia de la salud como derecho humano. De este modo, las nociones de equidad, justicia y bienes públicos globales están presentes de modo recurrente en las intervenciones peruanas, desde el llamado inicial por una “solidaridad sanitaria universal” del Dr. Carlos Enrique Paz Soldán. Esta movilización de la solidaridad global se refleja también en el apoyo a iniciativas de transferencia de tecnologías y flexibilización de la propiedad intelectual durante pandemias, acceso a los beneficios generados por la transferencia de información genómica y la alusión a las responsabilidades compartidas pero diferenciadas.

Muestra también del enfoque globalista es el abordaje de los determinantes sociales de la salud, presente desde los discursos del ministro de Relaciones Exteriores Pedro José Rada y Gamio, quien destacaba la interconexión del sector salud con las condiciones laborales, el sector agrícola o industrial y la disponibilidad del agua; hasta su mención expresa como concepto en la participación peruana a favor de iniciativas en la OMS de erradicación de enfermedades o como planteamiento intersectorial. De igual manera, están presentes los paradigmas de la Atención Primaria de la Salud relacionando a la salud como instrumento de desarrollo socioeconómico, con el impulso inicial del médico David Tejada de Rivero; y el enfoque Una Sola Salud destacando los orígenes zoonóticos de las enfermedades y la importancia del medio ambiente en el sector.

El enfoque globalista, si bien reconoce la importancia del Estado en el favorecimiento de la salud de la población, también favorece la participación de

otros actores en la gobernanza global. Perú destaca en sus distintas intervenciones la importancia del diálogo con la sociedad civil para lograr una implementación adecuada de iniciativas de salud; postura que tuvo como antecedente importante las labores del peruano Núñez Butrón. De igual modo, un enfoque que otorgue la importancia debida a los determinantes sociales de la salud implicará que no solo intervenga el sector salud en la toma de decisiones, pues no cuenta con la capacidad suficiente para solucionar todas las carencias.

Sin embargo, el enfoque estatista también está presente en la importancia otorgada a intervenciones aisladas para la mejora de la salud de la población, como es el caso de las inmunizaciones. En lugar de abordar las condiciones subyacentes que permiten la propagación de las enfermedades, el Perú buscado incentivar y desarrollar campañas de erradicación.

## Tabla 20

### *Resumen de enfoques y conceptos asociados*

<b>Enfoque</b>	<b>Conceptos utilizados</b>
Enfoque globalista	Equidad, justicia y bienes públicos globales. Determinantes sociales de la salud Atención Primaria de la Salud Una Sola Salud Solidaridad: transferencia de tecnologías, flexibilización de propiedad intelectual, acceso a contramedidas, acceso a beneficios y responsabilidades compartidas pero diferenciadas. Participación de otros actores. Importancia de las relaciones con la comunidad
Enfoque estatista	Defensa de la soberanía Importancia de las intervenciones aisladas

*Nota.* Bulnes (2022)

Desde el punto de vista de la implementación, el Perú ha dependido de estas intervenciones aisladas, en línea con la mayor parte de países en desarrollo. Las inversiones internacionales en salud en países en desarrollo se han enfocado principalmente en la aplicación de tecnologías biomédicas (como vacunas o medicinas), aplicadas a través de programas verticales, con la

finalidad de tratar enfermedades específicas (Packard, 2016). Así, desde el tratamiento del cólera hasta la dependencia en las inmunizaciones para abordar la pandemia de la COVID-19, el sector salud ha orientado su trabajo a intervenciones específicas. No obstante, si bien el enfoque de determinantes sociales de la salud está presente en los discursos, no ha sido implementado. El planeamiento de las intervenciones de salud normalmente ha ocurrido en un contexto de crisis, que ha privilegiado las acciones rápidas e intervenciones simples, fáciles de implementar y con la posibilidad de lograr mejoras rápidamente (Packard, 2016). En esta línea, poca atención se le ha brindado al desarrollo de servicios básicos a través de intervenciones a largo plazo que permitan contar con infraestructura de salud, personal capacitado y abordando los determinantes sociales de la salud (Packard, 2016). Del mismo modo, si bien se ha reconocido la importancia de la participación de la sociedad civil, durante la pandemia de la COVID-19, las intervenciones aisladas y verticales no tuvieron en cuenta las necesidades y carencias de la población.

Respecto a la participación intersectorial, las entrevistas realizadas destacan a la fecha la poca participación de otros ministerios, además del Minsa, en el desarrollo de las capacidades requeridas por el RSI. Así, mediante Decreto Supremo N° 011-2014-SA se crea la Comisión multisectorial para el seguimiento del “Plan de Mejoramiento de Capacidades Básicas de la Vigilancia y respuesta en el país, incluyendo los puntos de entrada, en el marco del proceso de implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005)”, la cual estaría conformada por representantes del Ministerio de Salud, Ministerio de Defensa, Ministerio del Ambiente, Ministerio de la Producción, Ministerio del Interior, Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, MINCETUR, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Ministerio Público, Autoridad Portuaria Nacional, Instituto Nacional de Defensa Civil, Instituto Peruana de Energía Nuclear y Presidencia del Consejo de Ministros, quien la

preside. Esta comisión tiene como función efectuar el seguimiento de la implementación del plan y de las acciones de mantenimiento de las capacidades básicas según lo requiere el RSI. Posteriormente, mediante Decreto Supremo N° 017-2017-PCM se produce un cambio de adscripción o dependencia de diversas comisiones, incluida la anteriormente referida, pasando a depender del Ministerio de Salud. Según lo referido por una funcionaria del MINSA, a partir de dicha fecha, la Comisión comenzó a perder el impulso inicial reflejado en la falta de frecuencia de sus reuniones, suspendiéndose durante la pandemia de la COVID-19. Será recién el 31 de agosto del 2022 que dicha Comisión se reinstaló.

Por otro lado, a nivel de gobernanza, el Perú ha impulsado iniciativas que buscan fortalecer el rol de la OMS, pero a su vez ha adoptado una postura pragmática en favor de iniciativas específicas como COVAX que podrían llevar a una mayor fragmentación del sistema global de salud. Un fortalecimiento de la OMS llevaría aparejado el impulso por un apoyo financiero sostenible a la organización, así como a cualquier programa asociado.

## **La Negociación de un Acuerdo sobre Pandemias y los Intereses del Perú en el Proceso**

### ***La Necesidad de un Nuevo Instrumento***

Para cualquier país, la protección contra una pandemia es esencial, pero si se tiene en cuenta las particularidades y vulnerabilidades del Perú, esta necesidad es más imperiosa. La pandemia de la COVID-19 ha mostrado la interconexión entre la salud humana y animal siendo que la protección de la biodiversidad será esencial para prevenir futuras pandemias. La plataforma Intergubernamental de Ciencia y Política en Biodiversidad y Servicios Ecosistémicos (IPBES) de la ONU ha reconocido el aumento del riesgo de pandemias producto de cambios antropogénicos como la explotación del medio ambiente mediante el cambio de uso de las tierras (por ejemplo, a través de la deforestación), la expansión e intensificación de la agricultura, el comercio de fauna silvestre y otras actividades que incrementan el contacto con patógenos (IPBES, 2020). Considerando que la Amazonía alberga un elevado número de especies animales y patógenos asociados que podrían transferirse a humanos, se incrementan los riesgos de una futura pandemia (Tigre, 2021). El Perú es un país vulnerable ante una posible transmisión zoonótica, por lo que es necesario un instrumento internacional que aborde este riesgo.

Por otro lado, a nivel mundial, el Perú fue uno de los países con mayor número de muertes por COVID-19 por 100,000 habitantes, lo cual se debió a la enfermedad y también al colapso del sistema de salud y a factores sociales como las características demográficas y socioeconómicas de la población (Ramírez-Soto & Ortega-Cáceres, 2022). Los determinantes sociales de la salud como el empleo, vivienda, educación, seguridad alimentaria, sistemas de protección social o cobertura de salud fueron claves en el impacto de la pandemia en nuestro país. Como señaló la Dra. Angela Uyen durante una entrevista previa, considerando que una parte importante de la mortalidad

producto de la pandemia de la COVID- 19 no dependió del sector salud, la acción intersectorial es esencial. A nivel internacional, por tanto, el Perú se favorecería de la promoción de un instrumento que aborde las complejidades causales de las pandemias.

### ***Respecto al Procedimiento***

**Negociación de Países en Desarrollo.** Existen diversos factores que complejizan el proceso de negociación para un país en desarrollo como el Perú entre los que se encuentran tanto el carácter técnico de los asuntos relacionados a la salud, como las limitaciones de recursos y personal de la delegación a comparación de un Estado desarrollado. Para ello será importante el establecimiento de asuntos prioritarios durante el proceso, de acuerdo a las necesidades del país, la formación de coaliciones con otros Estados con intereses coincidentes y las alianzas con actores no estatales. El impulso de un proceso de negociación transparente podrá ayudar a que diversos actores de la sociedad civil, académicos y el público en general puedan estar informados y, cuando se requiera, brindar el apoyo necesario a su ratificación dentro del país. Como se ha precisado previamente, una forma mantener el *momentum* en la negociación es involucrar a otros actores en el proceso; siendo también uno de los factores de efectividad de los tratados la generación de comunidades de apoyo.

Se debe tener presente que la iniciativa de este instrumento fue planteada por Chile con el liderazgo de la Unión Europea formando con solo algunos pocos países del hemisferio sur el grupo de “Amigos del Tratado”. Existen aún ciertas dudas por los países latinoamericanos, africanos y asiáticos acerca de los motores políticos y valores de la iniciativa europea (Dentico et al., 2021). Los debates sobre la equidad y el acceso a contramedidas deben ser centrales para determinar prioridades, así como establecer las coaliciones necesarias. Por otro lado, según refieren los entrevistados, no se conoce de una

postura consolidada en América acerca del instrumento, lo cual podría ser promovido a nivel de América Latina con apoyo de la OPS.

**Intervención del Sector Salud en el Proceso de Negociación.** Los esfuerzos de construcción de capacidades de negociación deben de partir de una iniciativa nacional que consolide las prioridades y permita asumir posiciones. Para ello se deberá coordinar con aquellos ministerios, cuyos asuntos se verían afectadas por el instrumento, de modo que los componentes de la política nacional estén alineados con las posturas internacionales (Chasek & Rajamani, 2003). En el presente caso será importante conocer la postura del Ministerio de Salud, pero también del MEF, el MINCETUR y el MIDAGRI en caso el nuevo acuerdo llegue contener una perspectiva multisectorial.

Por otra parte, será importante contar con la participación del sector encargado para no tener ningún inconveniente en el proceso de perfeccionamiento interno necesario para su ratificación, en caso se requiera. La participación de los sectores nacionales está presente en las opiniones técnicas previas a la suscripción que deberán emitir todos aquellos sectores e instituciones de la administración pública vinculados con la materia del acuerdo, tal como lo dispone la Directiva N°001-DGT/RE-2013, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 0115/RE.

Como se observa de la experiencia previa con el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, al momento de solicitar la conformidad de los sectores pertinentes para el perfeccionamiento interno, se recibieron en algunos casos opiniones cuestionando ciertos artículos del Protocolo, propios de la etapa de negociación previa (Castañeda, 2017). Diversos sectores fueron consultados respecto al borrador del Protocolo, con la finalidad de obtener comentarios previos sobre la forma y el fondo del documento, así como durante el proceso de perfeccionamiento interno; sin embargo, recién en esta última etapa se recibieron opiniones que en algunos

casos se contraponían o expresaban su preocupación por ciertos artículos del Protocolo (tal como el MEF o MINCETUR) (Castañeda, 2017). Dicho escenario podría replicarse en la negociación de este instrumento, complejizado por el hecho de que abordaría no solo asuntos concierntes al sector salud, sino también otros que recaerían en la rectoría de entidades como MINCETUR, MEF, MIDAGRI, INDECOPI, entre otros. Es por ello que la participación del sector salud será importante desde la etapa inicial, así como recibir comentarios de otras entidades cuando se tenga claridad durante el proceso de negociación de disposiciones que podrían incumbirlos. De las entrevistas realizadas a funcionarios del Ministerio de Relaciones Exteriores y el MINSA se desprende que, a la fecha, no se tiene una participación activa del sector salud. Entre las razones aludidas se encuentra la falta de claridad acerca del contenido del instrumento y cómo se diferenciará del RSI.

La participación del MINSA y de otros ministerios durante el proceso de negociación será importante si se pretende cumplir con el requerimiento de un enfoque intergubernamental y pansocial en el tratamiento de las pandemias.

### ***Respecto al Contenido del Instrumento***

En concordancia con la postura histórica peruana, los principios que deben guiar los asuntos abordados por el instrumento son los siguientes: equidad, solidaridad, cooperación, responsabilidades compartidas pero diferenciadas y enfoque de derechos humanos. A su vez, se deberá buscar que el enfoque de “Una Sola Salud” y el tratamiento adecuado de los determinantes sociales de la salud estén presentes en cada una de las iniciativas discutidas. La búsqueda de sinergias on otros regímenes internacionales es un factor que en última instancia contribuirá a lograr la efectividad del instrumento.

En base a estos principios, sería recomendable que el Perú enfoque sus esfuerzos en el tratamiento de los siguientes temas prioritarios: cobertura universal de salud, construcción de capacidades, acceso a contramedidas y

tecnología, acceso a beneficios producto del intercambio de información sobre patógenos, mecanismos de *compliance* y el rol de la OMS dentro de la gobernanza de la salud.

**Tabla 21**

*Principios y temas prioritarios para una postura peruana*

<b>Principios y enfoques</b>	<b>Temas prioritarios</b>
Equidad	- Cobertura universal de salud
Solidaridad	- Construcción de capacidades
Cooperación	- Acceso a contramedidas y tecnología
Responsabilidades compartidas pero diferenciadas	- Acceso a beneficios
Enfoque de derechos humanos	- Gobernanza
Una Sola Salud	- Mecanismos de <i>compliance</i>
Determinantes sociales de la salud	

*Nota.* Bulnes (2022)

A su vez, estos temas, conforme indica el Informe resumido de los resultados de la plataforma digital del Órgano de Negociación Intergubernamental (A/INB/1/9) del 3 de junio de 2022, contienen la mayor parte del apoyo de los Estados, por lo que su impulso como parte de la agenda de negociación sería más sencillo.

**Cobertura Universal de Salud.** La Cobertura Universal de Salud (CUS) es aquella visión por la cual todos, en cualquier lugar pueden acceder a los servicios de salud que necesiten sin tener que afrontar penurias financieras. La meta 3.8 del ODS 3 de la Agenda 2030 busca alcanzar la CUS, “en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. El acceso universal implica acceso sin discriminación a todas las personas a servicios de salud integrales y de calidad.

Un nuevo instrumento puede reconocer tres aspectos de la CUS en las pandemias (Gregory, 2022): (i) las pandemias dañan el progreso hacia la obtención de una CUS al afectar de mayor manera a la población vulnerable y al

deteriorar servicios esenciales de salud; (ii) la CUS es crucial para una respuesta exitosa contra crisis sanitarias, por ejemplo, al asegurar el acceso universal a vacunas y tratamientos, y remover barreras financieras y desincentivos para un cuidado adecuado; y, (iii) la CUS deberá incluir un amplio espectro de servicios y funciones de salud pública como la prevención y promoción de una salud adecuada, contribuyendo así a la preparación contra pandemias.

Los servicios esenciales de salud durante la pandemia se vieron alterados o interrumpidos alrededor del planeta, reportándose la mayor variación en países de ingresos bajos o medios (WHO, 2020). Todos los servicios se vieron afectados, desde aquellos relacionados a enfermedades transmisibles como las inmunizaciones hasta aquellos previstos para el cuidado de enfermedades no transmisibles, salud mental, salud reproductiva, salud materna, salud de de los niños y adolescentes, y servicios de nutrición. La crisis ocasionada por la pandemia de la COVID-19 a su vez empeoró las inequidades, especialmente las relacionadas con la pobreza y el género (Gregory, 2022). Considerando el enfoque histórico peruano de relacionar la salud con la justicia, es necesario eliminar el acceso inequitativo a servicios médicos. A su vez, la falta de cuidados en salud a precios razonables para la población pobre o vulnerable significará que existen mayores riesgos para la expansión de enfermedades, por lo que tanto desde una perspectiva de solidaridad como de interés propio, el nuevo instrumento debe abordar las inequidades (Gregory, 2022).

La CUS debe ser priorizada en el nuevo instrumento al jugar un rol importante en la resiliencia y respuesta a la crisis al incluir medidas que aseguren la salud pública de modo oportuno para todos (Gregory, 2022). El Perú deberá superar el enfoque que otorga primacía a programas que abordan enfermedades o asuntos específicos e integrar las medidas de preparación y respuesta dentro de la construcción de sistemas de salud adecuados. Para ello,

la cooperación internacional para países en desarrollo juega un rol primordial si se busca evitar la expansión de enfermedades. En ese sentido, el futuro instrumento sobre pandemias debería contener los siguientes elementos (Gregory, 2022): (i) principios relacionados al fortalecimiento y resiliencia de los sistemas de salud, así como solidaridad; (ii) obligaciones de los Estados para asegurar un financiamiento público adecuado para la salud que incluyan capacidades mínimas, protección a grupos vulnerables, personal médico adecuado, acceso equitativo a productos médicos, redes de seguridad social y financiera; pero reconociendo el papel de la ayuda internacional en el fortalecimiento de las capacidades.

**Gobernanza.** El Perú deberá continuar apoyando el reforzamiento de la autoridad de la OMS. Una OMS sin la autoridad necesaria podría afectar al país de dos maneras (Bustamante et al., 2021): (i) ocasionaría una descoordinación mayor en el acceso a contramedidas y financiamiento; y (ii) una OMS sin el financiamiento adecuado que no puede salvaguardar la salud global afecta en mayor proporción a países en desarrollo, pues, al contar con pocos recursos políticos y económicos, se enfrentarían solos a las pandemias frente a jugadores más poderosos. Si bien iniciativas como COVAX deben ser apoyadas porque favorecen una distribución equitativa de vacunas, es necesario tener presente que su institucionalización afecta la capacidad de los Estados miembros de la OMS para ejercer la vigilancia debida, ya que dichos mecanismos se encuentran fuera del ámbito de control de los órganos de gobierno de la OMS (Dentico et al., 2021).

Por otra parte, una Conferencia de las Partes sería una alternativa que podría favorecer a países en desarrollo si replica las atribuciones presentes en otros acuerdos como el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Así, en su artículo 21 (3) se menciona que la Conferencia de las Partes “considerará mecanismos para ayudar a las Partes que sean países en desarrollo o tengan

economías en transición, a petición de esas Partes, a cumplir con sus obligaciones”. El apoyo brindado favorecería el cumplimiento del acuerdo, así como el reconocimiento en el artículo 26 de la importancia de los recursos financieros para alcanzar el objetivo del convenio, promoviendo la utilización de vías bilaterales, regionales, subregionales, multilaterales o la participación de instituciones financieras y de desarrollo.

**Construcción de capacidades.** La Covid-19 ha dejado desnudas muchas falencias en la construcción de capacidades de nuestro país. Como se precisó previamente, respecto a la implementación del RSI, el SPAR presentado por el Perú mostró que el país se encontraría por debajo de los niveles de cumplimiento de la región (67%). Por otra parte, si comparamos el SPAR presentado por Perú durante el año 2021 (39/100 de promedio en cumplimiento de capacidades) con los puntajes obtenidos en 2018 (55/100), 2019 (48/100) y 2020 (59/100); se observa que, durante los años previos, el país se encontraba más cercano en cumplimiento al promedio global (entre 61/100 a 65/100) que en el año 2021 con un promedio global de 65/100. Como precisó una funcionaria del MINSA, esto se podría deber tanto al aumento de número de capacidades requeridas de evaluación por el indicador, producto de las modificaciones aprobadas durante la COVID-19 ocasionando un sinceramiento de la situación del país o por fallas propias de un procedimiento de autoevaluación. A su vez, recalcó la posibilidad de solicitar a la OMS una evaluación externa conjunta, con la finalidad de conocer la situación del país.

Ante la falencia en la construcción de capacidades mínimas, es recomendable que el Perú apoye aquellas iniciativas que reconozcan la importancia de estas para prevenir pandemias, pero siempre que se brinden las medidas de cooperación adecuadas para países que lo requieran. Así, bajo el principio de responsabilidades compartidas pero diferenciadas se reconoce que los países en desarrollo son los más vulnerables ante una pandemia y no tienen

los recursos necesarios para afrontarla, por lo que la cooperación internacional resulta imperativa.

**Acceso a contramedidas y tecnología.** La pandemia de la COVID-19 ha evidenciado las dificultades para que los países en desarrollo puedan obtener equipos de protección médica como mascarillas, así como vacunas. De modo general el régimen del comercio internacional se encuentra gobernado por la OMC y un conjunto de reglas entre las que se encuentra el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS). Desde su adopción, el TRIPS ha generado preocupación debido a su impacto en el acceso a medicinas en crisis de salud pública sustentado en la protección otorgada por derechos de propiedad intelectual (Bustamante et al., 2021).

El 2 de octubre de 2020, India y Sudáfrica solicitaron una exención temporal condicional a los derechos de propiedad intelectual relacionados al comercio bajo el TRIPS en virtud del artículo IX del Acuerdo por el que se establece la OMC, pero la negociación de esta fue bloqueada por países europeos como Alemania, Suiza, Reino Unido y Noruega (Dentico et al., 2021). Existen posturas que consideran que, dado que las vacunas y otras terapias se han producido gracias a considerable financiación gubernamental, estos “monopolios de propiedad intelectual” no deberían ser tolerados, más aún si bloquean la competencia dificultando el aumento rápido de suministros (Dentico et al., 2021). En base a la importancia que la política exterior peruana en temas de salud ha otorgado a los determinantes sociales de la salud, el nuevo instrumento es una oportunidad para abordar la influencia de un aspecto económico como la propiedad intelectual y el comercio en la salud. En la negociación del instrumento se deberán por tanto favorecer mecanismos que aseguren el acceso equitativo a contramedidas de modo oportuno, así como una mejora en las capacidades de producción nacionales y regionales. Aún cuando

las excepciones previstas en el TRIPS pueden ser de ayuda, estas se analizan caso por caso y país por país, por lo que no son un mecanismo eficaz durante una crisis.

Los mecanismos que favorezcan el desarrollo y acceso a vacunas y medicamentos permitirán también cumplir con la meta 3b del ODS 3 enfocada en el apoyo de dichas actividades de conformidad con la Declaración de Doha.

**Acceso a beneficios.** El acceso a patógenos y a los beneficios asociados con este intercambio, así como al secuenciamiento genético fue uno de los asuntos más repetidos por los Estados al momento de establecer su postura sobre el instrumento. Si bien es importante que se pueda acceder a esta información lo más pronto posible en un contexto de crisis, desde la perspectiva de los países en desarrollo, el instrumento deberá tener en cuenta sus necesidades especiales, del mismo modo que el Protocolo de Nagoya (Bustamante et al., 2021). Hay que tener presente que a la fecha solo el Marco de Preparación para una Gripe Pandémica (PIP) regula el régimen de acceso a beneficios en un contexto de pandemia, pero se trata de un instrumento no vinculante y aplica solo para virus de influenza.

Una de las preocupaciones de los países del hemisferio sur es el debate relacionado a la soberanía y la creación de capacidades, específicamente los beneficios por la utilización de recursos genéticos regidos por el Protocolo de Nagoya, pues los partidarios del tratado pretenden ir más allá de sus normas de acceso y participación en los beneficios (Dentico et al., 2021). La inclusión de excepciones en el nuevo instrumento, por las cuales no se apliquen las normas de Nagoya podría perjudicar a los intereses de los países en desarrollo. Así, si el instrumento contiene obligaciones de intercambio de información genética durante una crisis sanitaria, pero no incluye una obligación de acceso a beneficios, los países que no sean parte del Protocolo de Nagoya podrán utilizar la información del patógenos sin otorgar contraprestaciones de ningún tipo. Es

por ello que las negociaciones deben encauzarse para garantizar las preocupaciones de los países en desarrollo, más aún cuando el Perú cuenta con una gran riqueza genética.

**Mecanismos de compliance.** La experiencia descrita previamente durante la pandemia de la COVID-19 ha mostrado que muchos Estados no cumplieron con lo previsto en el RSI, por lo que respuestas coordinadas que favorecieran a los Estados en desarrollo no fueron posibles. Para ello se podría favorecer un esquema similar al Convenio Marco para el Control del Tabaco, el cual contiene disposiciones que aseguran el reporte regular en el cumplimiento de obligaciones, monitoreo, asistencia técnica, movilización de recursos y guía para casos de conflicto de interés (Zhou, 2021). Así, el cumplimiento de este nuevo instrumento puede ser favorecido mediante obligaciones de monitoreo y *accountability* como la revisión entre pares, pero asegurando que la OMS otorgue la asistencia técnica necesaria para cubrir aquellos vacíos identificados.

## Conclusiones

1. El reconocimiento de las fallas en la implementación del RSI durante la pandemia ocasionada por la COVID-19, así como la identificación de aquellos elementos esenciales de la arquitectura global de la salud que no se encuentran regulados en dicha norma, llevó al planteamiento de la necesidad de un nuevo instrumento internacional acerca de las pandemias bajo el auspicio de la OMS. El desarrollo de un nuevo instrumento brindaría ventajas a nivel de gobernanza, financiación, la inclusión de elementos no previstos en el RSI, así como la regulación de cuestiones relacionadas con la equidad.
2. Las posturas de los países durante el proceso de negociación se han orientado a reconocer la importancia del RSI, pero a su vez detallando aquellos elementos que deberían ser abordados en el nuevo instrumento; entre los que se encuentran el financiamiento, la importancia del principio de equidad y los enfoques de derechos humanos y de Una Sola Salud, el intercambio de información y tecnología y el desarrollo de capacidades.
3. El enfoque peruano en temas de salud a nivel discursivo ha sido globalista, enfatizando la importancia de la salud como derecho humano. La movilización hacia una solidaridad global basada en el principio de equidad se muestra en el apoyo a iniciativas como la transferencia de tecnologías y flexibilización de la propiedad intelectual durante pandemias, acceso a los beneficios generados por la transferencia de información genómica y la alusión a las responsabilidades compartidas pero diferenciadas, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la Atención Primaria de la Salud y el enfoque Una Sola Salud. Sin embargo, si se observa la implementación de políticas de salud la importancia otorgada a intervenciones aisladas se condice con un

enfoque estatista. A la fecha, el sector salud no ha desarrollado una postura consolidada respecto al contenido del presente instrumento, si bien ante la OMS se ha resaltado la importancia de principios como la equidad, la solidaridad, las responsabilidades compartidas pero diferenciadas y el enfoque de derechos humanos.

## Recomendaciones

1. Para la negociación del instrumento, el Perú deberá formar coaliciones con otros Estados con intereses coincidentes y alianzas con actores no estatales. Esto permitirá que se supere en parte la limitación de recursos de la delegación peruana, aumentando el *expertise* conjunto, facilitando la posibilidad de cubrir más asuntos y tener mayor peso en las negociaciones. Así, sería recomendable la formación de coaliciones con los países en desarrollo que ofrezcan un apoyo general a sus miembros, pero con la flexibilidad suficiente para ser parte de grupos más pequeños enfocados en temas específicos. También será necesario la formación de comunidades de apoyo, manteniendo informados a miembros sociedad civil y a expertos acerca de los avances en la negociación del acuerdo.
2. A su vez, será importante conocer la postura del Ministerio de Salud, el MEF y cualquier otro ministerio involucrado, en caso el nuevo instrumento se base en una perspectiva multisectorial. La participación de los distintos sectores encargados permitirá que no se generen inconvenientes en el proceso de perfeccionamiento interno del instrumento, en caso se requiera, o retrasos en las negociaciones.
3. Respecto al contenido del instrumento, con base en la postura histórica peruana y teniendo como guía los principios de equidad, solidaridad, cooperación, las responsabilidades compartidas pero diferenciadas y el enfoque de derechos humanos; los temas prioritarios que se deberá impulsar son la cobertura universal de salud, la construcción de capacidades, el acceso a contramedidas y tecnología, el acceso a beneficios asociados con el intercambio de patógenos e información genética, los mecanismos de *compliance* y el reforzamiento de la autoridad de la OMS.

## Referencias Bibliográficas

- Abel, J. (2010). What makes the market for health care different? In *Principles in Health Economics and Policy* (pp. 47–60). Oxford University Press.
- Allison, G. (1988). *La esencia de la decisión. Análisis explicativo de la crisis de los misiles en Cuba*. Grupo Editor Latinoamericano.
- Arrow, K. J. (2004). Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(2), 141–149.
- Austin, J. (1962). *How to Do Things with Words*. Harvard University Press.
- Bajaj, S. S., Maki, L., & Stanford, F. C. (2022). Vaccine apartheid: global cooperation and equity. *The Lancet*, 399(10334), 1452–1453. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00328-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00328-2)
- Bartolini, G. (2021). The failure of ‘core capacities’ under the WHO International Health Regulations. *International and Comparative Law Quarterly*, 70(1), 233–250. <https://doi.org/10.1017/S0020589320000470>
- Benatar, S. R. (1998). Global disparities in health and human rights: a critical commentary. *American Journal of Public Health*, 88(2), 295–300. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.2.295>
- Benatar, S. R., Gill, S., & Bakker, I. (2009). Making Progress in Global Health: The Need for New Paradigms. *International Affairs (Royal Institute of International Affairs 1944-)*, 85(2), 347–371. <http://www.jstor.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/stable/27694978>
- Berridge, G. (2002). *Diplomacy. Theory and Practice* (2nd ed.). Palgrave.
- Bezruki, A., & Moon, S. (2021). Post-covid reforms: can we avoid fighting the last war? *BMJ*, 373. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1184>
- Burci, G. L., & Eccleston-Turner, M. (2021). Preparing for the Next Pandemic: the International Health Regulations and World Health Organization during COVID-19.

*Yearbook of International Disaster Law Online*, 2(1), 259–282.

[https://doi.org/10.1163/26662531\\_00201\\_011](https://doi.org/10.1163/26662531_00201_011)

Bustamante, T., Lago, J., Magliolo, M., & Segal, L. (2021). *A new treaty on pandemics: some key issues from a global south perspective*.

Buzan, B., Wæver, O., & de Wilde, J. (1998). *Security. A New Framework for Analysis*. Lynne Rienner Publishers.

Castañeda, G. (2017). *Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco: problemática en el proceso de perfeccionamiento interno y adecuación normativa para su entrada en vigor* [Tesis para optar el título profesional de abogada]. Universidad San Martín de Porres.

CEPAL. (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*.

Chasek, P., & Rajamani, L. (2003). Steps Toward Enhanced Parity: Negotiating Capacity and Strategies of Developing Countries. In *Providing Global Public Goods* (pp. 245–262). Oxford University Press New York.

<https://doi.org/10.1093/0195157400.003.0011>

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

Cueto, M. (2004). *El Valor de la Salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS.

Cueto, M. (2006). Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y Atención Primaria Selectiva de Salud. In M. Cueto & V. Zamora (Eds.), *Historia, salud y globalización* (pp. 27–58). Instituto de Estudios Peruanos .

Cueto, M., Brown, T., & Fee, E. (2019). *The World Health Organization. A history*. Cambridge University Press.

- Davies, S. E. (2010). What contribution can International Relations make to the evolving global health agenda? *International Affairs (Royal Institute of International Affairs 1944-)*, 86(5), 1167–1190. <http://www.jstor.org/stable/40865133>
- Dentico, N., van de Pas, R., & Patnaik, P. (2021). *Política de la OMS para un Tratado de la Pandemia en un mundo desconcertado*.
- Deudney, D. (1990). The Case Against Linking Environmental Degradation and National Security. *Millennium: Journal of International Studies*, 19(3), 461–476. <https://doi.org/10.1177/03058298900190031001>
- Elbe, S. (2006). Should HIV/AIDS Be Securitized? The Ethical Dilemmas of Linking HIV/AIDS and Security. *International Studies Quarterly*, 50(1), 119–144. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2478.2006.00395.x>
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Drawing light from the pandemic: a new strategy for health and sustainable development*.
- FAO, OIE, & OMS. (2019). *Adopción de un enfoque multisectorial “Una Salud”. Guía tripartita para hacer frente a las enfermedades zoonóticas en los países*.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power*. University of California Press.
- Fidler, D. (1999). *International Law and Infectious Diseases*. Clarendon Press Oxford.
- Finnemore, M. (1996). *National Interests in International Society*. Cornell University Press.
- Frenk, J., Gonzalez-Block, M. A., & Alvarez-Manilla, J. M. (1990). First contact, simplified technology, or risk anticipation? Defining primary health care. *Academic Medicine*, 65(11), 676–681. <https://doi.org/10.1097/00001888-199011000-00004>
- Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance Challenges in Global Health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936–942. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1109339>
- G20. (2021). *A Global Deal for Our Pandemic Age. Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness*

*and Response.*

GHSA. (2018). *Global Health Security Agenda (GHSA) 2024 Framework.*

Gostin, L. (2014). *Global Health Law.* Harvard University Press.

Gostin, L., & Fidler, D. (2007). Biosecurity under the Rule of Law. *Case Western Reserve Journal of International Law*, 38(3), 437–478.

Gozzer, E., Canchihuamán, F., Piazza, M., Vásquez, H., Hajar, G., & Velásquez, A. (2016).

Contribución del Perú en las iniciativas para promover la seguridad sanitaria mundial. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 574.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2324>

Gregory, R. (2022). *Why and how to reflect Universal Health Coverage in the Pandemic Treaty.*

Grupo de Trabajo de los Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a las Emergencias Sanitarias. (2021). *Anteproyecto de informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias para la reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud.*

Hays, J. (1998). *The Burdens of Disease. Epidemics and Human Response in Western History.* Rutgers University Press.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). McGraw-Hill.

Hill, C. (2016). *Foreign Policy in the Twenty-First Century* (2nd ed.). Palgrave.

Hoffman, S. J., Baral, P., Rogers Van Katwyk, S., Sritharan, L., Hughsam, M., Randhawa, H., Lin, G., Campbell, S., Campus, B., Dantas, M., Foroughian, N., Groux, G., Gunn, E., Guyatt, G., Habibi, R., Karabit, M., Karir, A., Kruja, K., Lavis, J. N., ... Poirier, M. J. P. (2022). International treaties have mostly failed to produce their intended effects. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119(32).

<https://doi.org/10.1073/pnas.2122854119>

IATA. (2019). *Anual Review 2019*.

INB. (2022). *A/INB/2/3. Anteproyecto, presentado en función de los progresos realizados, para la consideración del Órgano de Negociación Intergubernamental en su segunda reunión*.

Interim Commission WHO. (1948). *Supplementary report of the Interim Commission to the first World Health Assembly*.

IOAC. (2021). *A74/16. Report of the Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme*.

IOAC. (2022). *IOAC group statement to the Seventy-fifth World Health Assembly*.

IPBES. (2020). *IPBES Workshop on Biodiversity and Pandemics. Executive Summary*.

IPPPR. (2021a). *A74/9 Add.1. La labor de la OMS en emergencias sanitarias*.

IPPPR. (2021b). *COVID-19: Make it the Last Pandemic*.

Jamison, D. T., Frenk, J., & Knaul, F. (1998). International collective action in health: objectives, functions, and rationale. *The Lancet*, 351(9101), 514–517.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)11451-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)11451-9)

Jones, C. M. (2010). Bureaucratic Politics and Organizational Process Models. In *Oxford Research Encyclopedia of International Studies*. Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190846626.013.2>

Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación. (2020). *Un mundo desorganizado*.

Katz, R., Kornblet, S., Arnold, G., Lief, E., & Fischer, J. (2011). Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization. *Milbank Quarterly*, 89(3), 503–523.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00637.x>

Khazatzadeh-Mahani, A., Ruckert, A., & Labonté, R. (2020). Global Health Diplomacy. In C. McInnes, K. Lee, & J. Youde (Eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 101–121). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190456818.013.7>

Kickbusch, I., & Holzscheiter, A. (2021). Can geopolitics derail the pandemic treaty? *BMJ*, e069129. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069129>

Labonté, R., & Gagnon, M. L. (2010). Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy. *Globalization and Health*, 6(1), 14.

<https://doi.org/10.1186/1744-8603-6-14>

Lossio, J., & Cruz, M. (2022). *¿Qué hicimos mal? Sociedad y Estado frente al COVID-19*. IEP.

Matthews, K. R., & Ho, V. (2008). The grand impact of the Gates Foundation. *EMBO Reports*, 9(5), 409–412. <https://doi.org/10.1038/embor.2008.52>

Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11–40.

<https://doi.org/10.1215/08992363-15-1-11>

McInerney, T. (2021). *Factors Contributing to Treaty Effectiveness: Implications for a Possible Pandemic Treaty*.

Michaud, J., & Kates, J. (2013). Global health diplomacy: advancing foreign policy and global health interests. *Global Health: Science and Practice*, 1(1), 24–28.

<https://doi.org/10.9745/GHSP-D-12-00048>

Newell, K. W. (1988). Selective primary health care: the counter revolution. *Social Science & Medicine*, 26(9), 903–906. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90409-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90409-1)

Nikogosian, H. (2021). *A Guide to a Pandemic Treaty. Things you must know to help you make a decision on a pandemic treaty*.

Nygren-Krug, H. (2002). *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*.

Oficina Sanitaria Panamericana. (1934). *Actas generales*.

OMS. (2021a). *One Health Joint Plan of Action (2022-2026). Working together for the health of humans, animals, plants and the environment*.

- OMS. (2021b). *WHASS2/2021/REC/1. World Health Assembly. Second Special Session. Summary Records.*
- ONU. (1963). *A/PV.1213. General Assembly. Eighteenth session. Official Records.*
- ONU. (2000). *A/55/PV.12. General Assembly. Fifty-fifth session. Official Records.*
- ONU. (2010). *A/65/PV.11. General Assembly, Sixty-fifth session. Official Records.*
- ONU. (2011). *A/66/PV.16. General Assembly, Sixty-sixth session. Official Records.*
- ONU. (2020a). *A/75/PV.5. General Assembly, Seventy-fifth session. Official Records.*
- ONU. (2020b). *COVID-19 and Human Rights We are all in this together.*
- ONU. (2020c). *El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe.*
- ONU. (2021). *A/76/PV.4. General Assembly, Seventy-sixth session. Official Records.*
- OPS. (1928). *Actas de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana de la República Americanas celebrada en Lima, Perú, desde el 12 hasta el 20 de octubre de 1927. Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana , 7(1), 99–176.*
- Organización Panamericana de la Salud. (1962). *Acta de la Sesión Inaugural de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana .*
- Organización Sanitaria Panamericana. (1950). *Actas de la Décimotercera Conferencia Sanitaria Panamericana Comité Regional Organización Mundial la Salud .*
- Packard, R. (2016). *A History of Global Health.* Johns Hopkins University Press.
- Paris, R. (2001). Human Security: Paradigm Shift or Hot Air? *International Security, 26(2), 87–102.* <http://www.jstor.org/stable/3092123>
- Pei, X., Charles, D., Mayigane, L., & Cooper, F. (2019). After-action reviews and simulations exercises within the monitoring and evaluation framework for the International Health Regulations (2005): main trends in 2018 . *Weekly Epidemiological Record.*
- Peterson, S. (2002). Epidemic disease and national security. *Security Studies, 12(2), 43–81.* <https://doi.org/10.1080/09636410212120009>

- Phelan, A., & Carlson, C. J. (2022). Elements of An Evidence-Based Pandemic Treaty. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4137529>
- Price-Smith, A. (2009). *Contagion and Chaos. Disease, ecology, and national security in the era of globalization*. Massachusetts Institute of Technology.
- Ramírez-Soto, M. C., & Ortega-Cáceres, G. (2022). Analysis of Excess All-Cause Mortality and COVID-19 Mortality in Peru: Observational Study. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 7(3), 44. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7030044>
- RCFIHR. (2021). *A74/9 Add.1. Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response*.
- Ruger, J. P. (2005). The Changing Role of the WORLD BANK in Global Health. *American Journal of Public Health*, 95(1), 60–70. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.042002>
- Ruger, J. P., & Yach, D. (2009). The Global Role of the World Health Organization. *Global Health Governance : The Scholarly Journal for the New Health Security Paradigm*, 2(2), 1–11.
- Sandset, T. (2021). The necropolitics of COVID-19: Race, class and slow death in an ongoing pandemic. *Global Public Health*, 16(8–9), 1411–1423. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1906927>
- Sridhar, D., Khagram, S., & Pang, T. (2009). Are Existing Governance Structures Equipped to Deal with Today's Global Health Challenges -Towards Systematic Coherence in Scaling Up. *Global Health Governance*, 2.
- Szlezák, N. A., Bloom, B. R., Jamison, D. T., Keusch, G. T., Michaud, C. M., Moon, S., & Clark, W. C. (2010). The Global Health System: Actors, Norms, and Expectations in Transition. *PLoS Medicine*, 7(1), e1000183. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000183>
- Testa, M. (1990). Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud. In *Pensar en Salud* (pp. 125–137). OPS.

- The Global Health Group. (2014). *Partnership Profile: The GAVI Alliance*.
- Tigre, M. A. (2021). COVID-19 and Amazonia: Rights-based approaches for the pandemic response. *Review of European, Comparative & International Environmental Law*, 30(2), 162–172. <https://doi.org/10.1111/reel.12396>
- UNHCR. (2020). *Emergency measures and COVID-19 : guidance*.
- Velásquez, G., & Syam, N. (2021). *A New WHO International Treaty on Pandemic Preparedness and Response: Can It Address the Needs of the Global South?*
- Wenham, C., Eccleston-Turner, M., & Voss, M. (2022). The futility of the pandemic treaty: caught between globalism and statism. *International Affairs*, 98(3), 837–852. <https://doi.org/10.1093/ia/iia023>
- WGPR. (2021a). *A/WGPR/2/4. Resumen por la Mesa de la segunda reunión del Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias (1 al 3 de septiembre de 2021)*.
- WGPR. (2021b). *A/WGPR/3/6. Análisis de la Secretaría, para someterlo a la consideración del Grupo de Trabajo, encaminado a seguir identificando los incentivos para un nuevo instrumento sobre la preparación y respuesta frente a las pandemias y las opciones para fortalecer la eficacia del Reglamento Sanitario Internacional (2005), incluida una consideración de las ventajas, los riesgos e implicaciones jurídicas*.
- WGPR. (2021c). *A/WGPR/4/3. Anteproyecto de informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias para la reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud*.
- WHO. (2006). *SARS: how a global epidemic was stopped*. WHO Press.
- WHO. (2018). *International Health Regulations. IHR MONITORING AND EVALUATION FRAMEWORK*.

- WHO. (2019). *Thematic Paper on the Status of Country Preparedness Capacities* .
- WHO. (2020). *Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*.
- WHO. (2021). *From Worlds Apart to a World Prepared: Global Preparedness Monitoring Board report 2021*.
- World Health Organization. (1958). *The First ten years of the World Health Organization*.
- Zhou, S. (2021). What Difference Would a Binding International Legal Instrument on Alcohol Control Make? Lessons from the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control's Impact on Domestic Litigation. *European Journal of Risk Regulation*, 12(2), 514–529. <https://doi.org/10.1017/err.2020.76>

**Matriz metodológica (Investigación Cualitativa)**

**Título: NEGOCIACIÓN DEL ACUERDO SOBRE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A PANDEMIAS ANTE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: PROPUESTA PARA LA POSTURA PERUANA**

<b>Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Categorías</b>	<b>Sub categorías</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Metodología</b>	<b>Informantes/ Muestra</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>	
<p><b>General:</b></p> <p>¿Cómo se articula la negociación del acuerdo sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias con los objetivos de la política exterior del Perú?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>1. ¿Cómo se ha desarrollado la cooperación internacional en materia de salud, particularmente en la OMS?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de avance en las negociaciones del acuerdo sobre</p>	<p><b>General:</b></p> <p>Comprender de qué forma la negociación del acuerdo sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias se articula con los objetivos de política exterior del Perú</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>1.Describir el desarrollo de la cooperación en materia de salud, particularmente en la OMS</p> <p>2.Determinar el nivel de avance en las negociaciones del acuerdo sobre prevención,</p>	Organización Mundial de la Salud	Reglamento Sanitario Internacional	Nivel de implementación del RSI	<p>Enfoque: Cualitativo</p> <p>Tipo de investigación: Analítico</p> <p>Nivel: Descriptiva, analítico</p> <p>Diseño: Fenomenológico</p>	<p>Documentos (notas, cables diplomáticos, memoranda), actas de grupos de trabajo, informes de organizaciones internacionales (OMS y OPS) y <i>think tanks</i> (Geneva Global Health Hub, Global Health Centre, entre otros), cinco entrevistas semiestructuradas o libres a funcionarios diplomáticos con experiencia en materia de salud.</p>	<p>Revisión de documentos de trabajo</p> <p>Revisión de informes</p> <p>Guía de entrevistas</p>	
			Vinculación con organizaciones regionales de salud	Nivel de vinculación				Tipos de acuerdos adoptados
			Diplomacia peruana de la salud ante la OMS	Nivel de participación del Perú en la construcción de la agenda de OMS				Número de acuerdos implementados
			Acuerdo sobre Prevención, Preparación y Respuesta frente a Pandemias	Posible naturaleza jurídica del acuerdo				Nivel de vinculación y obligatoriedad
			Cumplimiento de acuerdos	Nivel de cumplimiento de				

<p>prevención, preparación y respuesta frente a pandemias?</p> <p>3. ¿Qué postura podría adoptar el Perú en la negociación del acuerdo, con base a la experiencia previa en cooperación en materia de salud?</p>	<p>preparación y respuesta frente a pandemias</p> <p>3. Explicar la postura que podría adoptar el Perú en la negociación del acuerdo, a partir de la experiencia previa en cooperación en materia de salud.</p>		internacionales	acuerdos internacionales			
			Grupo de negociación del tratado	Estructura, agenda y tipos de compromisos adoptados			
			Diplomacia de la salud de las partes intervinientes	Posiciones de los actores en la diplomacia de la salud			
		Objetivos de la política exterior peruana	Obligaciones Internacionales en materia de salud	Nivel de implementación de los instrumentos internacionales			
			Grupos de trabajo en materia de salud	Nivel de avances de labor realizada por el Grupo de trabajo			
			Proyección internacional de la agenda en materia de salud	Rol histórico de la posición peruana internacional en materia de salud			

## Apéndice N° 1

Declaraciones y resoluciones auspiciadas por el Perú en la Asamblea Mundial de la Salud (OMS)

N°	Asamblea	Número de sesión	Fecha	Código	Asunto	Detalle (inglés)
1	WHASS2	Segunda sesión especial (SSE)	29/11 1/12/2021	al Item 2 of the agenda (documents SSA2/3 and SSA2/INF./2) (continued)	Consideration of the benefits of developing a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic preparedness and response	The representative of PERU said that the COVID-19 pandemic had highlighted shortcomings in preparedness and response, which had a serious impact on health systems and jeopardized the sustainability of many existing achievements. The Government of Peru recognized the need to learn lessons from COVID-19 and to refrain from making the same mistakes in tackling future pandemics. The report of the Working Group set out a number of important elements on strengthening the International Health Regulations (2005) and developing a new international instrument. Those endeavours were closely linked and must complement each other. A new instrument must have the principle of equity at its core in order to promote universal access to medical countermeasures, including vaccines, without discrimination, and must also address related issues such as research and development, intellectual property, technology transfer and scaling up local and regional manufacturing capacity. The Government of Peru would continue to strengthen emergency preparedness and response capacity and ensure the appropriate application of the Regulations. The COVID-19 crisis required a comprehensive global response, and his Government would continue to support the strengthening of multilateralism in order to improve capacity to respond to future health emergencies.
2	WHA74/202 1/REC/3	74	24/05 1/06/2021	al A72/GC/2	Proposals for the election of members entitled to designate a person to serve on the executive board	The CHAIR drew attention to the list of 12 Members that it was suggested should be elected to designate a person to serve on the Executive Board. The Members were: Afghanistan, Belarus, Denmark, France, Japan, Malaysia, Paraguay, Peru, Rwanda, Slovenia, the Syrian Arab Republic and Timor-Leste.

3				documents A74/10 Rev.1, A74/10 Rev.1 Add.1 and EB148/2021/ REC/1, decision EB148(3)	Health emergencies and strengthening preparedness for health emergencies, and mental health preparedness for and response to the COVID-19 pandemic	The representative of Peru, recognizing frontline workers' daily efforts against COVID-19, said that the slow response to the pandemic had revealed a global unpreparedness that jeopardized the sustainability of many achievements. The profoundly unequal access to and distribution of COVID-19 vaccine was inconsistent with the declarations of international cooperation and solidarity made at international forums. The international community must reflect deeply to avoid repeating the same errors in preventing future pandemics. A global crisis demanded a global response – inaction was not an option. Her Government supported the draft resolution on strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies and was committed to working constructively and decisively in the proposed working group to identify concrete multilateral action to that effect. It also wished to sponsor the draft decision on holding a special session of the World Health Assembly to consider developing a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic preparedness and response. With respect to the COVAX Facility and equitable access to vaccines, the simple division between high- and upper-middle-income economies and low- and lower-middle-income economies concealed the diverse situations and pressing challenges faced by upper-middle-income economies like Peru in access to and distribution of vaccines, treatments, diagnostics and personal protective equipment. A truly global response must recognize vaccines and other tools against COVID-19 as global public goods.
4				A74/9	Standardization of medical devices nomenclature	Draft resolution on strengthening local production of medicines and other health technologies to improve access, proposed, among other, by Peru.

5					Health emergencies and strengthening preparedness for health emergencies, and mental health preparedness for and response to the COVID-19 pandemic	The representative of PERU welcomed the enhanced visibility and attention afforded to mental health through its inclusion in the Health Assembly's agenda. An already complex mental health situation had been worsened by the effects of the COVID-19 pandemic, which had heightened existing inequalities and vulnerabilities and generated new needs, including those resulting from rising levels of violence against women and children. Mental health was a key factor in enhancing social inclusion. Describing the specific measures implemented by her Government to meet mental health and psychosocial support needs in the context of the COVID-19 pandemic, she said that community-based approaches and virtual formats had proven useful
6				A74/22	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
7				A74/38	Collaboration within the United Nations system and with other intergovernmental organizations:	The CHAIR drew attention to a draft resolution on the participation of the Holy See in the World Health Organization, proposed, among others, by Peru.
8				A74/14	Committing to implementation of the global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030)	The representative of SWEDEN said that she was also speaking, among others, on behalf of Peru: The pandemic had highlighted the importance of effective health systems and universal health coverage in times of crisis and had shown that investment in health and health systems for all must be a top priority, in line with the political declaration of the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage adopted in 2019. Sexual and reproductive health and rights services, which were integral to universal health coverage, should be of good quality, affordable, available, accessible and acceptable to all persons, including women and girls, across their life course. Sexual and reproductive health care had been identified by WHO as essential services, whose continuity should be prioritized during the pandemic, and the Committee on the Elimination of Discrimination against Women had issued guidance calling on States to ensure confidential access to such services at all times. Yet, severely diminished access to those services had generated a decline in contraceptive use and an increase in unwanted pregnancies and maternal mortality, and many children would lose

						access to critical sexual and reproductive health information with school systems struggling to operate. Furthermore, despite an increase in their workload, women and girls were facing the brunt of economic hardship from the pandemic. Millions were slipping into poverty and were at an increased risk of human rights violations and abuse, with lockdowns around the world creating a shadow pandemic of domestic violence. Sexual and reproductive health and rights must be at the core of the health agenda in the response to the ongoing crisis.
9				A74/21	WHO global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children	The CHAIR invited the Committee to consider the draft resolution on the social determinants of health recommended by the Executive Board in resolution EB148.R2, contained in document EB148/2021/REC/1, and drew attention to a draft resolution on ending violence against children through health systems strengthening and multisectoral approaches proposed, among others, by Peru.
						The representative of PERU said that the COVID-19 pandemic had exposed existing health inequalities and weaknesses in health emergency preparedness and response. It had also highlighted the need to tackle the social determinants of health within and between countries through a multidisciplinary and multisectoral approach. The draft resolution on the social determinants of health, which her Government had introduced and was the first to be considered on that issue since the adoption of resolution WHA65.8 in 2012, recognized the importance of maintaining and strengthening monitoring systems, including observatories, in order to gather the information necessary to formulate policies and strategies to achieve health equity and well-being for all. She thanked Member States that had participated in the negotiations. Lastly, she welcomed the Director-General's call to action announced on World Health Day 2021 and the related measures to address health and social inequalities.

10	WHA73/2020/REC/3	73	18- 19/05 y 9-14/11/2020	A73/14	International Health Regulations (2005)	<p>The representative of PERU said that strengthening multilateralism would improve health systems and help to achieve universal health care, which was a fundamental component of sustainable development. However, such efforts must avoid politicization and the duplication of work. Multilateral agreements should strengthen WHO and improve pandemic preparedness and response and the implementation of the International Health Regulations (2005). The COVID-19 pandemic had exposed weaknesses in preparedness and response at all levels and could jeopardize various achievements, such as the eradication of certain communicable diseases and the treatment of chronic diseases and mental health disorders. The support of WHO and PAHO had been essential in maintaining the regular provision of health care services. Her Government had responded early to the COVID-19 pandemic, would continue to strengthen prevention, surveillance and response measures and had joined the COVAX Facility. She reiterated that COVID-19 vaccines and treatments must be accessible to all and recognized as global public goods.</p>
11					<p>Health Assembly had adopted the draft decisions recommended in EB146(3), EB146(16), EB146(21) and EB146(22)</p>	<p>The representative of CHILE, speaking on behalf of, among others, Peru, noted that the commitment shown in the budget to equity, gender and human rights complied with WHO's commitments under the second United Nations System-wide Action Plan on Gender Equality and the Empowerment of Women. Fulfilling those obligations would require strong and visible commitment from senior management, adequate resourcing, engagement and accountability. Welcome progress had been made, notably by including gender, equity and human rights as assessment parameters in the balanced scorecard approach, and the evaluation of the integration of gender, equity and human rights in the work of the Organization under the evaluation workplan 2020–2021. However, such work required additional human and financial resources, including for capacity-building at the three levels of the Organization; those should come from core resources. He agreed that the Secretariat should submit an annual report to the Programme, Budget and Administration Committee and the Executive Board on progress towards achieving the United Nations System-wide Action Plan and on how gaps in the relevant standards were being addressed, and that the annual letter from the United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN-Women) addressed to the Director-General should be shared with Member States.</p>

12					Draft decision contained in EB146(13) on the Decade of Healthy Ageing and the draft resolution contained in EB146.R93 on strengthening efforts on food safety.	The representative of PERU welcomed the adoption of decision WHA73(12) and supported the vision of the Decade of Healthy Ageing 2020–2030, since the promotion of healthy ageing could help to foster well-being and gender equality and reduce inequalities. Older adults required dedicated, comprehensive health care services to meet their specific needs through timely and effective health interventions, especially in the light of the potentially serious consequences of the COVID-19 pandemic for that population group. The delivery of holistic elder care services in his country was currently being hampered by the pandemic.
13				A73/15	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
14	WHA72/2019/REC/3	72	2020 28/05/2019	A72/4, A72/5, A72/INF./2, A72/INF./3 and A72/63	Proposed programme budget 2020–202	The representative of MEXICO, speaking on behalf of, among others, Peru, noted that the budget's commitment to equity, gender and human rights complied with WHO's commitments under the United Nations System-wide Action Plan on Gender Equality and the Empowerment of Women, which contained standards related to budgeting and planning, including the establishment of a financial benchmark for gender equality work and tracking of the financial resources allocated to that work. She asked how the Secretariat planned to advance those two standards. Fulfilling those obligations would require strong and visible commitment from senior management, adequate resourcing, engagement and accountability. While welcome progress had been made, gender, equity and human rights must be firmly linked to programme areas and the mandate to influence corporate processes to ensure ownership, implementation and impact. She strongly endorsed the inclusion of equity, gender and human rights as assessment parameters in the balanced scorecard approach. The necessary additional human and financial resources should be drawn from core resources.
15				A72/15 and A72/16	Health, environment and climate change	The representative of PERU welcomed WHO's leadership in designing strategies to address climate change and health and supported the draft decisions. She urged Member States to support the Climate Action Summit, to be hosted by the United Nations Secretary-General in September 2019, in particular by engaging with commitments relating to clean air

16				A72/19 and EB144/2019/REC/1, decision EB144(1)	Prevention and control of noncommunicable diseases	The representative of PERU said that it was indispensable to reduce the risk factors associated with noncommunicable diseases using an integrated and multisectoral approach that involved civil society and the private sector. He expressed support for the draft decision as approved by the 144th session of the Executive Board, notably the request that the Director-General should develop policy options to promote mental health and well-being and reduce the number of premature deaths from noncommunicable diseases attributed to air pollution
17				A72/20	Ending tuberculosis	The representative of PERU recognized the importance of a multisectoral approach to end tuberculosis and noted the multisectoral accountability framework. He said that the global fight against tuberculosis should: address the social determinants of health; provide social services to people living with tuberculosis; strengthen interventions to tackle drug-sensitive and drug-resistant tuberculosis; develop new diagnostic tools, medication and targeted treatment; mobilize sustainable financing; strengthen human resources; better equip health care facilities; and create scientific research networks
18				A72/25/Rev.1	Promoting the health of refugees and migrants	The representative of PERU said that, to address the challenges of increased migration, which often exceeded the national capacity of host countries, international cooperation and resource mobilization were needed, taking into account the principle of shared responsibility. Within the area of refugee and migrant health, the following measures should be prioritized: the establishment of a solidarity fund to finance activities to tackle the health impacts of forced displacement; coordination between relevant United Nations agencies; the development of a digital platform to host data on individual medical history and public health, particularly with regard to vaccines; ensuring the availability of vaccines; strengthening capacities to control and manage vector-borne diseases; and support for mental health problems, chronic diseases, reproductive health, obstetric care, and HIV/AIDS and tuberculosis treatment. He supported the draft decision, with the amendments proposed by the representative of Mexico
19				A72/17	Access to medicines and vaccines	The representative of PERU, observing that full access to efficient, affordable and quality medicines, vaccines and medical technology was fundamental to the achievement of universal health coverage, expressed support for the resolution
20				A72/33	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East	Vote in favor

					Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	
21				A72/60 Rev.1, A72/61 and A72/66) (continued from the second meeting, section 3	Special arrangements for settlement of arrears	The representative of BRAZIL, speaking on behalf of, among others, Peru, said that he did not recognize the regime in the Bolivarian Republic of Venezuela, which had asked to reschedule the payment of arrears, owing to the flawed electoral process that had brought it to power
22	WHA71/2018/REC/3	71	21 26/05/2018	A71/6	WHO's work in health emergencies	The CHAIRMAN drew attention to a draft resolution on the prevention and control of cholera proposed, among others, by Peru.
23				A71/14 and A71/14 Add.1	Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, to be held in 2018	The representative of PERU said that the continued underfunding of programmes to tackle noncommunicable diseases was a matter of concern. In preparation for the third High-level Meeting, Member States should adopt an integrated, multisectoral approach to the reduction of the associated risk factors; promote healthy lifestyles, including through legislation; and ensure that prevention strategies encompassed early detection and access to treatment, including palliative care The Montevideo Roadmap 2018–2030 was a valuable input to the third High-level Meeting. He called on all Member States to support the draft resolution, which his Government had sponsored
24				A71/15, A71/16, A71/16 Add.1 and EB142/2018/REC/1, resolution EB142.R3	Preparation for a high-level meeting of the General Assembly on ending tuberculosis	The CHAIRMAN drew attention to a draft resolution on preparation for a high-level meeting of the General Assembly on ending tuberculosis contained in resolution EB142.R3, as amended in informal consultations by the delegations of Peru and the Russian Federation. The representative of PERU said that the high-level meeting would provide the political impulse required to continue the fight against tuberculosis. The resulting political declaration should highlight the importance of strengthening human resources in the field of tuberculosis prevention and treatment and supporting countries responding to multidrug-resistant tuberculosis and a

						high burden of the disease. It should also emphasize the need to adopt a community-based approach to tuberculosis detection and continuity of treatment, strengthen dialogue with civil society and the private sector to finance research into vaccines and new medicines, and support tuberculosis patients and their families. He supported the draft resolution
25				A71/17 and EB142/2018/REC/1, resolution EB142.R4	Global snakebite burden	The representative of PERU, describing the range of initiatives in his country to tackle envenoming, said that it was necessary to take measures to address the lack of appropriate antivenoms in many affected countries and establish cooperation programmes to fill such gaps. A single method of reporting should be developed in order to improve the quality of information. Further, WHO programmes should include the rehabilitation of affected individuals in order to address the sequelae of snakebite envenoming, and school curricula should include information on bites caused by venomous animals and how to prevent and treat them, particularly in areas of high incidence. He supported the draft resolution, which his country had sponsored
26				A71/19 Rev.1	Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030): early childhood development	The representative of PERU welcomed the alignment of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health with the 2030 Agenda for Sustainable Development, as well as the identification of actions to ensure the timely achievement of the related Sustainable Development Goals. It was fundamental to strengthen efforts on early childhood development, prioritizing, among others, maternal and newborn health, the reduction of chronic malnutrition among children and the reduction of anaemia. Through a range of measures, his Government had made progress in the area of adolescents' health. Lastly, he welcomed the signing of the framework for cooperation agreement between WHO and the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights in order to provide a coordinated response to efforts to ensure the highest possible level of health for all as a human right.
27				A71/21 and EB142/2018/REC/1, resolution EB142.R6	Improving access to assistive technology	The representative of PERU supported the draft resolution. Capacity-building and human resources in developing countries needed to be enhanced to develop technologies. Data should be collated on elite centres for rehabilitation and disabilities training and development in order to share information and train professionals in developing countries

28				A71/23	Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes. Draft resolution on infant and young child feeding	The representative of PERU said that it was crucial to encourage breastfeeding and prevent conflicts of interest in nutrition policies. Breastfeeding rates tended to drop as income and education rose, which had led to a targeted initiative in his country.
29				A71/27	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
30				A71/35 and A71/44	Human resources: annual report	The CHAIRMAN drew attention to a draft resolution on reform of the global internship programme proposed, among others, by Peru.
31	WHA70/2017/REC/3	70	22 31/05/2017	- A70/39	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
32				A70/32	Cancer prevention and control in the context of an integrated approach	The CHAIRMAN drew attention to a draft resolution on cancer prevention and control in the context of an integrated approach proposed, among others, by the delegation of Peru.
33	WHA69/2016/REC/3	69	23 28/05/2016	- A69/7, Add.1, and Add.2	Maternal, infant and young child nutrition	The CHAIRMAN drew attention to a draft resolution proposed by Ecuador and Peru
34				A69/7, Add.1, and Add.2	Maternal, infant and young child nutrition	The CHAIRMAN recalled that a drafting group had been established to consider the two draft resolutions under item 12.1. He drew attention to a revised draft resolution on the Decade of Action on Nutrition, proposed, among others, by the delegation of Peru.

35				A69/12	Public health dimension of the world drug problem including in the context of the special session of the United Nations General Assembly on the world drug problem, held in April 2016	The representative of PERU said that the special session outcome document had been wrongly interpreted in paragraph 5 of the report, since the outcome document stated that policies were already based on a balanced and comprehensive approach and were valid in their existing form. Paragraph 16 of the report focused entirely on harm reduction, an issue on which no consensus had been reached at the special session. The Commission on Narcotic Drugs or the International Narcotics Control Board, rather than WHO, should be responsible for following up on the agreements reached at the special session. Several vital elements contained in the outcome document were omitted in the report, such as the references to the role of the Commission on Narcotic Drugs as the policy-making body of the United Nations with prime responsibility for drug control matters, and that of UNODC as the leading entity in the United Nations system for addressing and countering the world drug problem. Health, although important, was only one aspect of the world drug problem.
36				A69/44, A69/44 Add.1, A69/INF./4, A69/INF./5 and A69/INF./6	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
37	WHA68/2015/REC/3	68	18 26/05/2015	A69/44, A69/44 Add.1, A69/INF./4, A69/INF./5 and A69/INF./6	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
38	WHA67/2014/REC/3	67	19 24/05/2014	A69/44, A69/44 Add.1, A69/INF./4, A69/INF./5 and A69/INF./6	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
39				A67/29	Substandard/spurious/ falsely-labelled/falsified/count erfeit medical products	Ms ALVARADO SALAMANCA (Peru) welcomed the progress in combating SSFFC medical products described in the report (document A67/29) and expressed full support for the report's recommendations.

40				A67/33 and EB134/2014/REC/1, resolution EB134.R14	Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage	Ms ALVARADO SALAMANCA (Peru) said that the content of the draft resolution was in line with the Andean Community's health technology assessment policy, signed by the health ministers of the Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, the Bolivarian Republic of Venezuela and her own country. She commended WHO's continued role in promoting health intervention and technology assessment in support of countries' efforts to move towards universal health coverage. She supported the draft resolution.
41	WHA66/2013/REC/3	66	20 27/05/2013	A66/13 and A66/47	Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals and Health in the post-2015 development agenda	Ms TRAVERSO ZEGARRA (Peru), speaking on behalf of the Member States of the Union of South American Nations, said that health should be viewed as a fundamental right; incorporating equity, universality and quality into health goals would allow the social, economic and environmental determinants of health to be addressed, thereby enabling multisectoral action and the inclusion of health in policies across all sectors. The Member States of the Union of South American Nations were fully committed to the discussion on health in the post-2015 environment. Referring to the impact of economic factors and the environment on health and the intrinsic link between development and health, she underlined the need to take development and sustainability into consideration when determining the post-2015 health agenda. Universal health coverage must be ensured and should include elements such as prevention, health promotion, rehabilitation, access to medicines, palliative care and work on the determinants of health; current health targets and actions, such as those related to maternal and infant mortality, must be incorporated into the post-2015 agenda
42				A66/28, A66/INF./1, A66/INF./2, A66/INF./3 and A66/INF./4	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor

43	WHA65/2012/REC/3	65	21 26/05/2012	A65/10 and EB130/2012/REC/1, resolution EB130.R8	Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level	Mr SIBILLE RIBERA (Peru) said that, as part of its comprehensive health reform, his Government had set up a sectoral commission to evaluate and propose amendments to existing legislation in order to give mental health and psychiatric services a more community-based and decentralized focus. It was also incorporating mental health services into the country's comprehensive health care system at all levels and was finalizing a strategic mental health plan that drew on a number of international human rights instruments related to mental health and the rights of those suffering from mental disorders. He endorsed the draft resolution, which was in line with his Government's efforts to provide mental health services to all citizens and protect the human rights of those suffering from mental disorders.
44				A65/27 Rev.1, A65/INF.DOC /2, A65/INF.DOC /3, A65/INF.DOC /4, A65/INF.DOC /5	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
45	WHA64/2011/REC/3	64	16 24/05/2011	A64/14	Global immunization vision and strategy	Dr SOLIS VÁSQUEZ (Peru) said that the Expanded Programme on Immunization in Peru had led to the eradication of smallpox and poliomyelitis, the elimination of neonatal tetanus and the control of other vaccine-preventable diseases. The country was in the process of certifying the elimination of measles, rubella and congenital rubella syndrome. New vaccines introduced as a result of a considerable increase in the national public health budget had benefited both children and other vulnerable population groups. Those achievements had been accompanied and sustained by a sophisticated epidemiological surveillance system, which monitored vaccine-preventable diseases and adverse events following vaccination. Obstacles to reaching all children, particularly those in indigenous tribes or living in rural areas, remained. Peru therefore attached great importance to the Decade of Vaccines 2011–2020 and to the aims of ensuring that all people lived free from the threat of vaccine-preventable diseases, and that access to safe and effective vaccines was a universal right.

46				<p>A64/11, A64/11 Add.1 and EB128/2011/ REC/1, resolution EB128.R1</p>	<p>Health-related Millennium Development Goals: WHO's role in the follow-up to the high-level plenary meeting of the sixty-fifth session of the United Nations General Assembly on the review of the Millennium Development Goals (September 2010)</p> <p>The CHAIRMAN drew attention to a draft resolution proposed, among other, by the delegation of Peru on working towards the reduction of neonatal mortality</p>
47				<p>A64/21 and A64/21 Add.1</p>	<p>Prevention and control of noncommunicable diseases: WHO's role in the preparation, implementation and follow-up to the high-level meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases (September 2011)</p> <p>The CHAIRMAN drew attention to the following draft resolution on preparations for the highlevel meeting of the United Nations General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases, following the Moscow Conference, proposed, among other, by Peru.</p>

48				First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control	Dr SOLÍS VÁSQUEZ (Peru) concurred with the comments of previous speakers and said that her country had been monitoring noncommunicable disease since 1998, including studies of risk factors within families in seven of the country's regions between 1998 and 2001, whose findings had provided the basis for prevention measures. Cancer trends had been monitored in hospitals since 2006, and every region was required to set up a cancer registry and have at least one cancer hospital. Moreover, monitoring systems were being established in each region for risk factors such as alcohol consumption, smoking, weight, obesity, hypertension and diabetes; healthy lifestyles were being promoted. Her Government would continue to improve measures to prevent and control noncommunicable diseases, including legal and normative instruments, to ensure that people had access to good health care and treatment, subject to available financing. She urged the Director General to continue taking the lead in addressing noncommunicable diseases in order to guarantee the health of future generations.
49				A64/11 and A64/11 Add.1 Health-related Millennium Development Goals: WHO's role in the follow-up to the high-level plenary meeting of the sixty-fifth session of the United Nations General Assembly on the review of the Millennium Development Goals (September 2010)	The CHAIRMAN drew attention to the draft resolution on working towards the reduction of neonatal mortality proposed, among others, by Peru.

50				A64/17	Smallpox eradication: destruction of variola virus stocks	<p>Dr SOLÍS VÁSQUEZ (Peru) observed that resolution WHA60.1 had reaffirmed the need to destroy the variola virus stocks and asked the Director-General to undertake a broad study in 2010, on the basis of which the Sixty-fourth World Health Assembly had been expected to set a date for destruction of the variola virus stocks, while the WHO Advisory Committee on Variola Virus Research continued its work. Recognition was needed of the importance of such research to public health on a global scale for the sake of preventing any re-emergence of the disease. There should be a detailed annual report to the Health Assembly on the finalized research results. As a resurgence of smallpox would have a serious global health impact, Peru supported destruction of the variola virus stocks.</p>
51				A64/18 and EB128/2011/REC/1, resolution EB128.R7	Cholera: mechanism for control and prevention	<p>Mr ZEVALLOS AGUILAR (Peru) recalled that in 1991 Peru had suffered a serious cholera epidemic, which by the end of 1992 had spread to 19 countries across Latin America, causing some 6300 deaths. Twenty years had passed since that event, providing lessons and evidence regarding cholera risk factors and outbreak patterns in the various regions of Peru. The current cholera outbreak in Haiti posed a threat to Latin America as a whole, after a decade with no reported case. Countries should therefore remain vigilant and strengthen epidemiological surveillance, preparedness and response plans and preventive measures, so as to reduce the likelihood of a new cholera epidemic. Epidemiological surveillance of cholera formed part of Peru's wider reporting obligations. On the basis of past experience, a national preparedness commission had been established in order to prepare and implement a prevention and response plan addressing the potential risk of the reintroduction of cholera in Peru. The draft resolution contained in resolution EB128.R7 acknowledged the need for cholera prevention to be multisectoral, for example with regard to safe water and sanitation. Joint international efforts were essential in a globalized world. He supported the draft resolution and said that his country would continue to contribute to the development of better control and prevention measures.</p>

52				A64/27, A64/INF.DOC .1, A64/INF.DOC .2, A64/INF.DOC .3 and A64/INF.DOC .4	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor
53	WHA63/2010/REC/3	63	17 - 21 May 2010	A63/6, A63/6 Add.1 and A63/6 Add.2	Public health, innovation and intellectual property: global strategy and plan of action	Dr UGARTE UBILLUZ (Peru) said that the crux of the discussion was the existence of flexibilities under the TRIPS agreement as set out in the Doha Declaration. The Expert Working Group had been required to make proposals on innovative and sustainable financial mechanisms for research and development, which had raised the expectations of developing countries with respect to its outcome. However, one of the main conclusions of the Report concerned how developing countries financed or purchased patents, which was clearly not within the mandate of the Working Group. Other proposals for consideration, such as how to finance treatment for orphan and neglected diseases, for example Type II and III diseases, had been rejected. He questioned the need for a working group since countries were already negotiating with companies that produced and sold medicines to developing countries and should continue to do so. He agreed that the Working Group had not fulfilled its mandate, and supported the proposal to establish an intergovernmental group that would formulate innovative and sustainable financial mechanisms and submit its report to the Sixty-fourth World Health Assembly.
54				A63/28, A63/INF.DOC .5, A63/INF.DOC .6, A63/INF.DOC .7 and A63/INF.DOC .8	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favor

55				EB126/2010/REC/1, resolution EB126.R4, and A63/7	Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals	<p>Dr UGARTE UBILLUZ (Peru) said that in Peru 10 years of continuous economic growth, redistributive social policies, and the strategic linking of health actions with sectors responsible for nutrition, education and employment had all combined to reduce levels of child undernutrition. Programmes to reduce the rates of infant mortality, through immunization, monitoring growth and development in healthy children, and treatment of diarrhoeal and acute respiratory diseases, had led to the prevention of an estimated 23 400 deaths annually. Work would continue to narrow the gap between urban and rural areas and reach populations excluded from care. Furthermore, having reduced maternal mortality ratios by almost two thirds since the beginning of the 1990s, Peru was confident of attaining Millennium Development Goal 5 (Improve maternal health). He expressed appreciation for the support received by his country from the subregional, regional and global forums, and from PAHO and WHO headquarters. He supported the draft resolution contained in resolution EB126.R4.</p>
56				EB126/2010/REC/1, resolution EB126.R5, and A63/9	Infant and young child nutrition	<p>Dr UGARTE UBILLUZ (Peru) said that, despite the progress presented in the report, efforts must be intensified by all stakeholders through a multisectoral approach, and resources mobilized in order to facilitate the breastfeeding of babies for at least their first year of life, with exclusive breastfeeding for the first six months; strengthen health-care services; improve access to water and sanitation; increase employment opportunities; and guarantee food security. Excellent results had already been achieved in his country under local schemes which included vaccination programmes and centres to monitor the growth, education and development of children, especially among the poor. Existing success in combating chronic child malnutrition provided the impetus to achieve the health related Millennium Development Goals. He supported the draft resolution. In the context of the global multisectoral nutrition framework provided for in subparagraph 3(5) of the draft resolution, Peru had consulted extensively with interested delegations and organizations and passed on those contributions to WHO's Secretariat for consideration.</p>

57				EB126/2010/ REC/1, resolution EB126.R11, and A63/13	Strategies to reduce the harmful use of alcohol	Dr UGARTE UBILLUZ (Peru) said that consumption of alcohol was a serious public health problem in Peru; 10% of the adult population exhibited some degree of dependence on alcohol, and consumption was rising among young people and women. Regulation was needed to curb aggressive advertising of alcoholic drinks. Peru would strengthen legislation to control the illegal production of alcoholic drinks using toxic colouring, and methyl and industrial alcohol. It was also promoting healthy lifestyles and expanding measures to reduce traffic accidents. He therefore urged support for the draft resolution.
58				EB126/2010/ REC/1, resolution EB126.R16, and A63/15	Viral hepatitis	Dr ACOSTA SAAL (Peru), endorsing the comments made by the delegate of Brazil, drew attention to the plight of the vulnerable indigenous populations of the Amazon rainforests, who were devastated by the rapid spread of hepatitis B virus infection. His Government was overseeing the management of a multisectoral approach to the prevention and control of viral hepatitis, within the framework of joint HIV/AIDS and tuberculosis strategies, and drawing on experience of programmes to control sexually transmitted infections and supported by protocols and guidelines. Although vaccines could be swiftly distributed and extensive campaigns carried out to curb vertical transmission of hepatitis viruses, problems remained with respect to the cost of surveillance in order to determine the extent of infection, and to deal with hepatitis virus carriers whose infections had rapidly developed into cirrhosis and cancer. A major offensive was required. He supported the draft resolution, which would represent the first step in a concerted WHO strategy aimed at future management of the disease.
59				EB126/2010/ REC/1, resolution EB126.R5 and A63/9	Infant and young child nutrition	Mr CHOCANO BURGA (Peru) said that informal discussions had been held the previous day to consider the amendments proposed, and agreement had been reached in some areas. He suggested that the Committee go through each amendment in turn with a view to reaching an acceptable text.
60				EB124/2009/ REC/1, resolution EB124.R13, A63/24 and A63/24 Add.1	Human organ and tissue transplantation	Dr ACOSTA SAAL (Peru) supported the draft resolution, which was in line with a set of reforms carried out by Peru. He agreed with the delegate of Spain that the resolution would fill a considerable legislative gap that existed in Latin American countries, where there was an IberoAmerican Council for Donations and Transplantations which, with the support and technical assistance of Spain, was achieving excellent results. Peru had also established mechanisms to regulate the accreditation of transplantation activities, legalize procedures for the donor waiting list, and reduce transplant tourism.

61				EB126/2010/ REC/1, resolution EB126.R5 and A63/9	Infant and young child nutrition	Mr CHOCANO BURGA (Peru), speaking as chairman of the open-ended informal drafting group, said that consensus had been reached on all the proposed amendments on the draft resolution recommended for adoption in resolution EB126.R5.
62	WHA62/200 9/REC/3	62	18 22/05/2009	A61/1	Adoption of the agenda	The delegate of PERU supported the request by speakers from the African Region to retain the provisional agenda item relating to drug-resistant tuberculosis. In coming to a decision, the Committee might wish to consider the conclusions of health ministers from high-burden countries who had participated in a conference on multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis co-organized by WHO (Beijing, 1–3 April 2009).
63				EB124/2009/ REC/1, resolution EB124.R6 and Annex 7, and A62/9	Commission on Social Determinants of Health	Dr UGARTE UBILLUZ (Peru), supporting the draft resolution, emphasized the relevance of recommendations to improve living conditions and to promote harmonious rural and urban development in order to generate full employment and specifically child development policies. The recommendation to provide basic access to resources such as water was crucial, as it was linked to climate change and policies on universal access to health services. His Government had recently passed a law providing universal health insurance that was fully in line with the Commission's recommendations. It supported the equitable distribution of power and broad social participation and agreed on the importance of investing in appropriate, transparent information systems in order to generate data on determinants.
64				Item 14 of the Agenda	Health conditions in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan	Vote in favour
65	WHA60/200 7/REC/3	60	14 - 23 May 2007	EB119/2006– EB120/2007/ REC/1, resolution EB120.R7, A60/7, A60/8, and A60/INF.DOC .1	Avian and pandemic influenza	The second draft resolution, proposed, among others, by the delegation of Peru.

66				WHA58.24	Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders	The CHAIRMAN drew attention to a draft resolution proposed, among others, by the delegation of Peru.
----	--	--	--	----------	---	--

**Apéndice 2**

Declaraciones de representantes del Perú y resoluciones auspiciadas por el Perú en el Consejo Ejecutivo  
<https://apps.who.int/gb/or/>

N°	Executive Board	Número de sesión	Fecha	Código	Asunto	Detalle
1	EB149/2021/REC/1	149	06/2021		Outcome of the seventy-fourth World Health Assembly	The representative of PERU said that multilateralism was the only way to overcome a health emergency such as the current COVID-19 pandemic, and he welcomed the COVID-19 Vaccine Global Access (COVAX) Facility and supported WHO's request for transparency in evaluating the impact of the pandemic, including updated and accurate figures of the number of deaths. His Government was prepared to share the criteria it had used in that regard.
2	EB148/2021/REC/2	148	18 – 26/01/2021	EB148/16	Public health emergencies: preparedness and response	The representative of Peru said that it was Member States' responsibility to strengthen pandemic preparedness and response, the implementation of the International Health Regulations (2005) and the Organization as a whole through WHO's governing bodies and with the support of the Secretariat. Stronger multilateralism was needed to improve health systems and global health governance. It was essential to meet the ambitious targets of the COVAX Facility to ensure that all participating countries, including self-funding countries, had timely access to COVID-19 vaccines. COVID-19 vaccines and therapeutics must be recognized as global public goods. With many countries experiencing a second wave of the pandemic, support from WHO and PAHO was fundamental to address health challenges and maintain essential health services.
3				EB148/20	Mental health preparedness and response for the COVID-19 pandemic	Proposed, among others, by Peru. The representative of Peru said that mental health was an ongoing challenge that merited greater attention. She was pleased that it had been included on the Board's agenda and supported the recommendations on maintaining mental health services and psychosocial support in emergencies. Measures taken by her Government included the establishment of telephone consultations, emotional support helplines and support groups for the bereaved.

4					Support Group for Global Infectious Disease Response	The representative of the REPUBLIC OF KOREA, speaking on behalf of the eight core members of the Support Group for Global Infectious Disease Response, including Peru, expressed appreciation for the updates provided by the chairs of the three review mechanisms and looked forward to their final recommendations. The Support Group had identified the following areas for consideration: improving and actively carrying out periodic joint external evaluations of national core public health capacities; strengthening the information-sharing mechanism under the International Health Regulations (2005); establishing principles on facilitating the essential movement of people; establishing an intermediate level of alert for health emergencies; providing more detailed guidelines to Member States on using digital technologies for health purposes; and ensuring that national IHR focal points were well equipped to fulfil their mandate.
5				EB148/8	Oral health	Proposed, among others, by Peru.
6				EB148/24	Social determinants of health	The representative of Peru said that her Government had introduced the draft resolution because of the impact of social determinants on health and well-being and because increasing health inequalities within and between countries, particularly in the context of health emergencies, made it essential to strengthen health systems and promote a multidisciplinary and multisectoral approach. The draft resolution recognized the need to establish, strengthen and maintain monitoring systems for assessing health inequities, the linkages between social determinants of health and the impacts of national, regional and global policies, strategies and plans to achieve health equity. She thanked all Member States that had helped draft the resolution, which she hoped would be adopted.
7				EB148/37	Resolution on the highest attainable standards of health for persons with disabilities	Proposed, among others, by Peru. The representative of ISRAEL, speaking on behalf of, among other, Peru, said that persons with disabilities should be meaningfully involved in decision-making processes as a key element of inclusion. The draft resolution, the first on the highest attainable standard of health for persons with disabilities since the adoption of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, had therefore been prepared in consultation with persons with disabilities and their representative organizations. It called on WHO inter alia

						to produce a global report on the subject in consultation with Member States and representative organizations of persons with disabilities; fully implement the United Nations Disability Inclusion Strategy and provide the Board with annual reports on implementation; and support the creation of a global research agenda on persons with disabilities. WHO should develop relations with representative organizations of persons with disabilities to ensure that their perspectives and needs were taken into account in policy and programme development at all levels of the Organization. That was of particular importance in the context of COVID-19 recovery and ensuring the access of persons with disabilities to COVID-19 vaccines and treatment.
8				EB148/15	Integrated people-centred eye care, including preventable vision impairment and blindness	The representative of Peru said that the global target indicators should be practical, actionable and financially viable and the Secretariat should provide technical and financial support to help Member States achieve them. Blindness had a major impact on the well-being and quality of life of those affected and was often preventable. His Government had therefore taken steps in recent years to integrate eye care into national health services, particularly at the primary health care level, in order to improve access to quality and timely ocular health care services.
9	EBSS/5/2020/REC/1	Sesión especial (SE)	5-6/10/2020	EBSS/5/2	Update on implementation of resolution WHA73.1 (2020) on the COVID-19 response	<p>The Government of CHILE had drafted a document containing recommendations from a number of Member States on how to enhance global pandemic preparedness and response capacities and improve the global health system in order to strengthen WHO's work. The document, which had been supported, among other, by Peru, had been submitted to the Director-General.</p> <p>The representative of Peru noting the weaknesses in global health emergency preparedness and response systems, said that the recommendations resulting from the review process should lead to concerted multilateral action. Drawing on the lessons learned, Member States should strive to reach consensus through WHO's governing bodies to strengthen the Organization, improve pandemic preparedness and response, and uphold the implementation of the International Health Regulations (2005). She highlighted the importance of multilateralism in strengthening international health governance and global efforts towards universal health coverage. She hoped that multistakeholder efforts to develop COVID-19 vaccines and therapeutics would yield results for the benefit of all. The 2030 Agenda for Sustainable Development was essential to overcoming the challenges of the current multidimensional crisis.</p>

10				EBSS/5/3	Update from the co-chairs of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, the Chair of the Review Committee on the functioning of the International Health Regulations (2005) during the covid-19 response and the Chair of the Independent oversight	The representative of the REPUBLIC OF KOREA, speaking on behalf of, among others, Peru, expressed appreciation for the Chairs of the three review mechanisms. The Support Group had been launched during the Seventy-third World Health Assembly as a Geneva-based and action-oriented group of like-minded countries seeking to improve and support the global response to, and preparedness for, infectious diseases, including COVID-19, based on the lessons learned from the current and past health emergencies. The Support Group's areas of interest included: advocating multilateral efforts in global health governance and engaging in global discourse to improve and implement the International Health Regulations (2005); helping to equip WHO and other health organizations; advocating fair, equitable and affordable access to quality tests, treatments and vaccines; sharing experiences and best practices relevant to health emergency preparedness and response; and minimizing disruptions in cross-border trade, the movement of people, and global supply chains of essential medicines and the provisions required to tackle infectious diseases. All countries sharing those common aspirations were invited to join the Support Group
11	EB146/2020/REC2	146	3 – 8/02/2020	EB146/2	Report by the Director-General	The representative of ISRAEL, speaking also on behalf of, among others, Peru, said that the United Nations Disability Inclusion Strategy, launched in June 2019, enabled the United Nations system to mainstream disability inclusion. By ensuring that no one was left behind, the strategy formed a core part of the 2030 Agenda for Sustainable Development. He welcomed and supported the new strategy, which was closely linked to the WHO transformation agenda. The successful implementation of the strategy was a necessary step to enhance efforts to promote inclusion at all levels of the Organization and an opportunity to lead by example, which would only be possible if cross-cutting action was taken with the full support and commitment of the Organization as a whole. He also stressed the importance of keeping Member States informed on the progress made in its implementation.

12				EB146/28 Rev.1	Programme budget 2020–2021	<p>The representative of CHILE, speaking also on behalf of, among others, Peru, welcomed the commitment to integrate human rights, equity and gender equality across the programme areas, as articulated in output 4.2.6. That integration was in line with WHO's commitments under the United Nations System-wide Action Plan on Gender Equality and the Empowerment of Women (UN-SWAP), which included several indicators that were relevant to the budget and planning framework. Meeting those commitments required strong and visible senior management leadership, engagement, adequate resourcing, and accountability across all three levels of the Organization. The integration of gender equality, equity and rights as an assessment parameter in the balanced scorecard would require additional human and financial resources. He asked the Secretariat to provide an update on how it would ensure that such resources were available at all three levels of the Organization, and to publish its data on all the indicators under UN-SWAP to ensure full transparency with the Executive Board and Health Assembly. As 2020 marked the 25th anniversary of the Fourth World Conference on Women and the adoption of the Beijing Declaration and Platform for Action, it was an appropriate time for WHO to recommit to the advancement of gender equality and the empowerment of women and girls, and to address the other drivers of inequality to achieve universal health coverage for all.</p>
13				EB146/38 Add 1	Evaluation: update and proposed workplan for 2020–2021	<p>The representative of Peru expressed support for the draft operational framework. Primary health care was the most effective means of guaranteeing universal health coverage, and health promotion and primary health care had to be seen as complimentary strategies for reinforcing health care systems, with a view to obtaining equitable results for all. The health sector had to ensure more relevant and concrete health promotion; it had to work with communities to create healthy living conditions based on primary health care. Health for all would only be achieved if the social determinants of health were addressed using intersectoral measures that encompassed social, political and technical action.</p>

14				EB146/6	Universal health coverage: moving together to build a healthier world	The representative of Peru said that his Government had established integrated health care networks to address the fragmentation of its health systems and improve access to quality health care. As part of its commitment to achieving universal health care, it had introduced free comprehensive health insurance for persons living in poverty and extreme poverty. Moreover, in 2019, the Government had adopted legislative measures to ensure that all persons resident in Peru had public health insurance coverage, irrespective of their socioeconomic classification, thereby guaranteeing everyone's right to health.
15				EB146/7	Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases	The representative of Peru said that improving mental health remained a particular challenge for developing countries. Mental health was crucial for social inclusion and full participation in the community. He thanked the Secretariat for its strong support in developing and promoting the commitments on air quality improvement that were presented by Peru and Spain at the United Nations 2019 Climate Action Summit. Climate change should be tackled in parallel with the risk factors associated with noncommunicable diseases, such as air pollution
16				EB146/9	Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem	Proposed, among others, by Peru. The representative of Peru said that awareness-raising campaigns should frame cervical cancer as a public health problem, with a focus on prevention and early detection. He supported the draft global strategy.
17				EB146/10 y EB146/11	Ending tuberculosis	The representative of Peru reaffirmed his Government's commitment to achieving the targets set at the high-level meeting and expressed support for the draft global strategy. As tuberculosis was not only a public health issue but also an obstacle to economic and social development, it was essential to tackle the social determinants of health by providing social support to those affected. Implementation of the draft global strategy would notably enable stronger interventions to combat drug-sensitive, drug-resistant tuberculosis and boost financing for research into new vaccines and medications, which had to be made available in developing countries.

18				EB146/17	WHO's work in health emergencies	The representative of Argentina speaking on behalf of, among others, Peru, welcomed WHO's response to the outbreak of novel coronavirus infection. Member States should support WHO in its role as coordinator by implementing WHO's recommendations, in keeping with the International Health Regulations (2005), in order to ensure a coherent, coordinated global response. She supported the Director-General's call for solidarity and for an evidence-based approach in order to prevent the spread of misinformation. There was a need for a better early warning system for public health emergencies of international concern, which could be achieved without amending the Regulations, and would welcome guidance from the Secretariat in that regard.
19				EB146/13	Integrated, people-centred eye care, including preventable blindness and impaired vision	Proposed, among other, by Peru. The representative of Peru congratulated the Secretariat on the World report on vision. Disabling visual impairment and blindness affected the lives of hundreds of thousands of people in her country, and her Government was therefore working to integrate eye care into national services, in particular at the primary health care level, to widen access to quality eye care. She supported the draft resolution.
20				EB146/14	Neglected tropical diseases	The representative of Peru said that it was crucial to ensure universal and equitable access to timely, quality, effective, affordable and safe health services, and to implement context-specific interventions that prioritized vulnerable and marginalized communities, through a multisectoral approach centred on the social determinants of health, ensuring no one was left behind. His country had recently taken major steps to prevent and control several vector-borne diseases. He supported the draft decision
21				EB146/15	Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property	The representative of Peru said that ensuring access to safe, high-quality, effective, affordable medicines was a key component of attaining universal health coverage and fully functioning health systems. International efforts must be stepped up to implement the global strategy and plan of action and the review panel's recommendations. Doing so would have a positive impact on access to medicines, particularly for developing countries and the most vulnerable populations. He supported the draft decision.
22				EB146/21, EB146/21 Add.1 y EB146/21 Add.2	Polio eradication	The representative of Peru said that the only way to achieve poliovirus eradication was by making a collective effort to maintain high rates of routine immunization coverage and strong epidemiological surveillance, especially in light of the increase in the number of confirmed cases in 2019

23				EB146/23 y EB146/23 Add.1	Decade of healthy ageing	The representative of Peru expressed strong support for the vision set out in the draft proposal for the Decade of Healthy Ageing. Health interventions for older people must be timely and effective, and comprehensive health care required differentiated services. His Government had implemented a range of measures for the care of older people, including the prevention and treatment of Alzheimer disease and opening community centres in primary health care establishments. He endorsed the draft decision and the proposed amendment thereto.
24				EB146/24	Maternal, infant and young child nutrition	The representative of Peru described the progress made in his country in the area of maternal, infant and young child nutrition and reaffirmed his Government's commitment to promote breastfeeding as a fundamental practice for infant health, which must be promoted, preserved and protected. He expressed support for the draft decision
25				EB146/26 and EB146/26 Add.1	Data and innovation: draft global strategy on digital health	The representative of Peru said that the digital transformation process should be people-centred, in particular in the health sector. Digital tools could be used to improve data collection and processing, although such data could be sensitive and it was important to provide guarantees to ensure that patients' rights and data were protected. In implementing the draft global strategy, protocols must be established to define how personal data could be used and to ensure that consent was always given for data use. Mechanisms to address potential cyberattacks must also be developed. He endorsed the draft global strategy
26	EB144/201 9/REC2	144	24/01 – 1/02/2019	EB144/9	Polio: Eradication	The representative of Peru said that, in order to eradicate polio, it was necessary for all stakeholders to work together to ensure high immunization coverage, ongoing epidemiological surveillance for early detection of poliovirus, and sustainable funding.
27				EB144/12	Universal health coverage: Primary health care towards universal health coverage	The representative of Peru reaffirmed his Government's commitment to primary health care as the best way to achieve universal health coverage and ensure healthy lives and well-being for all.

28				EB144/15 y EB144/16	Health, environment and climate change	The representative of Peru said that a multisectoral approach would help reduce social and environmental risk factors and therefore ease the global disease burden. WHO should continue to work in coordination with UNEP and the secretariats of multilateral environmental agreements to create synergies and avoid duplication. To address the health impact of climate change, it was important to adopt an approach that prioritized vulnerable countries, in accordance with the United Nations Framework Convention on Climate Change and the related Paris Agreement.
29				EB144/18	Cancer medicines	The representative of Peru said that ensuring access to safe, effective, affordable quality medicines for all was particularly challenging when it came to cancer medicines. He supported the policy options presented in the report, and said that Member States should also consider: centralizing procurement of products with a high public health impact; identifying the most common cancers in their national context and centralizing procurement of the corresponding medicines; developing technical guidance on the diagnosis and treatment of different cancers; promoting policies on biosimilar medicines; and conducting joint negotiations on high-cost products with other Member States in their region or subregion, especially for those with a large public health impact.
30				EB144/20 y EB144/20 Add.1	Prevention and control of noncommunicable diseases	Political Declaration of the Third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, proposed, among others, by Peru.
31				EB144/21	Ending tuberculosis	The representative of Peru noting that his country had a high-burden of tuberculosis, outlined some of the measures taken by his Government to address the social determinants of health involved in the transmission and persistence of tuberculosis.
32				EB144/22 y EB144/22 Add.1	Eleventh revision of the International Classification of Diseases	The representative of Peru said that implementation of the eleventh revision represented a challenge for Member States that had not yet developed systems for reporting on the causes of mortality and morbidity. In order to build national capacities in that regard – an activity that should be spearheaded by WHO – he suggested that transition tables should be drawn up, a strategy devised for gradual migration to the eleventh revision, and regional training workshops held.

33				EB144/28	Accelerating cervical cancer elimination	Draft decision on accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem proposed, among others, by Peru.
34				EB144/19	Antimicrobial resistance	The representative of Peru welcomed the fact that UNEP had joined WHO, FAO and OIE, which would allow stakeholders to strengthen the integration, research and monitoring of the environmental aspects of antimicrobial resistance.
35	EB142/2018/REC/2	142	22 – 27/01/2018	EB142/2	Dialogue with the Director-General	The representative of Peru recognizing the importance of WHO's normative role, agreed that its operational activities and the direct provision of services should be restricted to emergencies in particularly vulnerable contexts and health systems with limited response capacities. He supported the creation of a health workforce to be deployed in health emergencies, and asked how WHO would work with existing United Nations emergency response mechanisms. WHO reform should not lead to fragmentation of the Organization's work and resources. The work of country offices should be geared towards national priorities. He echoed calls to reform the Organization's internship programme so as to welcome more interns from developing countries.
36				EB142/3, EB142/3 Add.1 y EB142/3 Add.2	Draft thirteenth general programme of work, 2019–2023	The representative of Peru agreed that the primary role of WHO in emergencies should be to coordinate, not provide, health care. The draft programme of work should treat gender and human rights as cross-cutting issues and, with regard to universal health coverage, should incorporate the health of indigenous peoples from an intercultural perspective. He supported the plan to measure progress using the targets established for the Sustainable Development Goals, which would avoid duplication of efforts, and expressed satisfaction that the latest draft programme of work provided a more accurate picture of the funding and other efforts that would be required to achieve the targets.
37				EB142/8, EB142/9 y EB142/10	Public health preparedness and response	The representative of Peru said that his Government had made a firm commitment to implementing the International Health Regulations (2005) and had taken steps to ensure compliance with the provisions thereof. WHO's renewed focus on health protection and universal health coverage was particularly welcome, as a resilient health system was the most effective way to prevent an outbreak from becoming an epidemic.

38				EB142/12 y EB142/12 Add.1	Health, environment and climate change	The representative of Peru said that Member States should reflect their commitment to protecting the environment and combating climate change by implementing public policies that were in line with the 2030 Agenda for Sustainable Development and other multilateral agreements, and outlined his Government's efforts in that regard. He also referred to the expansion of platform 5 of the draft thirteenth general programme of work, which focused on the health effects of climate change, greater efforts by the Organization to prevent illnesses caused by pollution and increased financing to address issues relating to climate and health. It was indispensable that WHO should continue collaborating with UNEP and the secretariats of other key multilateral environmental accords.
39				EB141/13	Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines	The representative of Peru said that the geographical scope of the Medicines Patent Pool should be expanded to include low- and medium-income countries. He expressed concern that the prolongation of patent regimes in line with TRIPS-plus provisions would have negative effects on the availability of, and access to, medicines and other health products. Regarding WHO's Prequalification of Medicines Programme, the prequalification process should include essential high-cost medicines and biosimilars. As for medicine pricing policy, it would be useful to assess the impact of different pricing models on access to medicines. Finally, with respect to procurement and supply chain management, countries might benefit from an observatory for essential medicines at risk of supply shortages, whereby countries with greater capacities to produce such medicines could be identified and regional strategies developed accordingly.

40				EB142/14, EB142/14 Add.1 y EB142/14 Add.2	Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property	The representative of Peru said that the methodology to be developed for the prioritization of research and development needs could usefully cover new technologies in addition to medicines, as well as neglected and poverty-related diseases. He would welcome a review of the disease classification system used, as the current classification of diseases into Types I, II and III did not necessarily reflect the burden of morbidity in middle-income countries. He fully supported measures to promote transparency in the costs of research and development. Greater clarity was needed regarding the types of information that would be exchanged as part of the proposed information sharing mechanism. It would be useful if the proposed database for capacity-building also provided virtual training courses. He encouraged the Secretariat to identify mechanisms to increase technology transfer within the framework of the Sustainable Development Goals and to increase collaboration with WTO in facilitating health technology transfer through the TRIPS Agreement. The Secretariat should provide support to Member States for local technology production programmes, in line with country needs.
41				EB142/15 y EB142/15 Add.1	Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, to be held in 2018	The representative of Peru noted with concern that noncommunicable diseases were the largest underfunded programme area in WHO's Programme budget and that there had been a funding shortfall in 2017. He highlighted the need to reduce risk factors through a multisectoral approach, promote healthy lifestyles and ensure early detection and access to treatment. He welcomed the Montevideo Roadmap 2018–2030, which would be extremely useful as an input for the third High-level Meeting. He called on the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases to take account of the Montevideo Roadmap when drawing up its recommendations.
42				EB142/16	Preparation for a high-level meeting of the General Assembly on ending tuberculosis	The representative of Peru said that the high-level meeting would generate crucial political support for the difficult fight against tuberculosis. The outcome document should highlight the need for: sustained financial support for high-burden countries; additional human resources for prevention and treatment; a community-based approach to detection and treatment; strengthened dialogue with civil society and the private sector to finance research into new vaccines and medicines; and social support for tuberculosis patients, given the stigma attached to the disease. The Moscow Declaration was an important contribution to the high-level meeting.

43				EB142/17	Global snakebite burden	Draft resolution on addressing the burden of snakebite envenoming proposed, among others, by Peru.
44				EB142/18	Physical activity for health	The representative of Peru said that his Government had taken a number of measures to promote physical activity and healthy eating, following a multisectoral approach. He supported the draft action plan, including the prioritized list of policy actions and guiding principles set out therein, and the draft resolution.
45				EB142/23	Safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes	The representative of Peru referring to the issue of safeguarding against possible conflicts of interest in nutrition programmes, stressed the continued pertinence and universal applicability of the Framework of Engagement with Non-State Actors and welcomed the recognition of country-specific circumstances in the draft approach for the prevention and management of conflicts of interest. The Secretariat should follow up on the proposed country-level pilot of the draft approach by compiling the lessons learned.
46				EB142/21	Improving access to assistive technology	The representative of Peru expressed support for the draft resolution. His Government remained committed to ensuring the full enjoyment by persons with disabilities of their human rights, including the right to health.
47				EB142/24 and EB142/24 Add.1	Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits	The representative of Peru said that his Government had made considerable progress in the areas of influenza pandemic surveillance, risk communication, preparedness and response. Nevertheless, there was a need to strengthen the country's network of laboratories, improve monitoring in certain areas and develop systems to better register influenza cases. In that regard, he called for Secretariat support under the PIP Framework.
47				EB142/27	Evaluation: update and proposed workplan for 2018–2019	The representative of Peru supported by the representative of Spain welcomed the proposal made by the representative of the Dominican Republic. The suggested evaluation of the implementation of primary health care at the country level should be aligned with efforts to implement the 2030 Agenda for Sustainable Development and the draft thirteenth general programme of work.

48				EB142/19	Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016–2030): early childhood development	The representative of Peru expressed support for the comments made by the representative of Canada on child nutrition and the fight against anaemia. Improving maternal and neonatal health and reducing chronic child malnutrition would facilitate early childhood development. WHO and the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights should work in a coordinated manner to ensure the enjoyment of the maximum level of health as a fundamental human right.
49	EB140/2017/REC/2	140	23 – 31/01/2017	EB140/18	Principles for global consensus on the donation and management of blood, blood components and medical products of human origin	The representative of Peru said that it was his understanding that the proposed principles were rules to be followed, with a view to achieving a specific purpose. Their wording, in some cases, should refer to the competent authority responsible for attaining the proposed objectives. He therefore proposed amending the first line of principle 2 to read: "Governments are responsible for promoting equity in donation"
50				EB140/46	Human resources: update	The representative of Peru said that due consideration must be given to the recommendations made by the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization regarding the fractional-dose administration of inactivated polio vaccine to address supply shortages. Relevant studies had confirmed the effectiveness of fractional-dose schedules. He supported the draft decision.
51				EB140/20 and EB140/20 Add.1	Evaluation and review of the global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property	The representative of Peru said that a system to register health research projects in Peru had been set up in 2016, and had been recognized by WHO and PAHO as an essential step towards the implementation of clinical research registries in the Region of the Americas. He supported the proposed creation of a voluntary pooled fund.
52				EB140/29	Public health dimension of the world drug problem	The representative of Peru said that the approach to the world drug problem had to be balanced, integrated, multidisciplinary and sustainable, fully respecting people's rights, health and well-being, as set forth in international conventions and other instruments. Policies aimed only at limiting risk and harm would not reduce drug use; they would simply make drugs easier to obtain. For that reason, they had to be accompanied by measures addressing the social impact of drug use, as recommended in the outcome document of the United Nations General Assembly special session. The outcome document reaffirmed the primacy of the Commission on Narcotic Drugs on drug-related matters, while acknowledging the efforts made by UNODC in that field. It also recognized WHO's role in terms of prevention, treatment, recovery and rehabilitation, and reintegration. The Organization's efforts to

						that end should not duplicate those of other organizations.
53				EB140/31 and EB130/31 Add.1	Cancer prevention and control in the context of an integrated approach	The representative of Peru reported on the cancer prevention and control activities carried out by his Government. Peru offered its citizens universal health coverage, prioritizing poor sectors of the population, and aimed to guarantee comprehensive cancer treatment at all stages, from awareness raising, prevention, early and definite diagnosis and staging, to treatment and palliative care. The ultimate goal was to help reduce cancer morbidity and mortality by improving access to oncological services countrywide. He supported the draft resolution.
54	EB136/201 5/REC/2	136	26/01 - 3/02/2015	EB136/8	Outcome of the Second International Conference on Nutrition	Draft decision on the outcome of the Second International Conference on Nutrition, proposed, among others, by Peru.
55				EB136/7	WHO REFORM: Overview of reform implementation	Revised version of the draft decision proposed, among others, by Peru.

56	EB132/2013/REC/2	132	21 - 29 Jan 2013	EB132/37	Appointment of the Regional Director for the Americas: At the invitation of the CHAIRMAN, Dr Etienne took the oath of office contained in Staff Regulation 1.10 and signed her contract.	Mr WIELAND (Peru), speaking on behalf of the Member States of the Union of South American Nations, welcomed Dr Etienne as the Regional Director for the Americas. In its 110 year history, PAHO had been the driving force behind major public health achievements: the eradication of smallpox and poliomyelitis, a significant reduction in maternal and child mortality, an increase in life expectancy by up to 30 years, and an expansion in provision of services and potable water. Cooperation was a key factor in improving quality of life and health in particular. Despite high economic growth in recent years, inequality and social disparities remained a feature of life throughout the Region. Health was a personal and political issue, and there was a need to address the social determinants of health and the goal of universal health coverage, which should be a focus of the post2015 development agenda. Expanded coverage should go hand in hand with high-quality services appropriate to the multicultural communities of the Region; and resources and experiences should be shared between States, and with those States that most needed them. He was confident that PAHO, under Dr Etienne's wise leadership, would continue to meet the needs of its Member States, as it had previously under Dr Roses Periago, whom he thanked for her excellent work. The Member States of the Union of South American Nations would continue to promote health for all across the Region.
57	EB130/2012/REC/2	130	16 - 23 Jan 2012	EB130/10 and EB130/11	Nutrition: maternal, infant and young child nutrition; nutrition of women in the preconception period, during pregnancy and the breastfeeding period	Ms CABALLERO (Peru) thanked the members for Chile and Ecuador for cosponsoring the draft resolution on the implementation plan. Adequate nutrition was an investment in the future. Her Government was making sustained efforts to promote social inclusion in all areas, including by ensuring optimal nutrition to newborn infants and promoting exclusive breastfeeding during the first six months of life and complementary feeding until the age of two years. Implementation of the plan would contribute to the achievement of the Millennium Development Goals.
58	EB128/2011/REC/2	128	17 - 24 Jan 2011	EB128/18	Infant and young child nutrition: implementation plan	Mr ZEVALLOS AGUILAR (Peru) expressed appreciation for the report. He suggested that the four background papers it mentioned should be made more readily available and must be translated into other languages than English. Proper nutrition represented a clear investment in the future and one of the best means of accelerating progress towards achieving the Millennium Development Goals. The establishment of a comprehensive and effective implementation plan would clearly enhance the nutritional outlook for infants and young children, but it must be linked with existing policy frameworks in order to sharpen its specificity and render its actions more effective. He urged

						Member States to participate in the process of drawing up the implementation plan by providing national data and sharing experiences with a view to establishing best practices. The process should be as inclusive as possible. Regional consultations were needed on the implementation plan to make it comprehensive. Stakeholders must demonstrate the requisite political will and allocate the human and financial resources needed to make the process a success.
59	EB126/2010/REC/2	126	18 - 23 Jan 2010	EB126/1, EB126/1 (annotated), EB126/1 Add.1,Add.2	Opening of the session and adoption of the agenda	Mr VALLEJOS (Peru) and Dr KÖKÉNY (Hungary), speaking on behalf of the European Union, supported the proposal for the inclusion of an agenda item on leprosy.
60				EB126/5 and EB126/INF.D OC./1	Implementation of the International Health Regulations (2005)	Dr VALLEJOS (Peru) said that access to influenza viruses and the subsequent vaccines had always been the subject of controversy between countries with the technological capacity to produce vaccines and those suffering the effects of a pandemic, in three main areas: the Standard Material Transfer Agreement; benefit sharing; and intellectual property rights. He therefore supported the proposals made by WHO to establish a model framework for the transfer of biological material between WHO laboratories and to define governing principles for sharing benefits with influenza vaccine manufacturers.
61				EB126/7	Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals	Draft resolution proposed, among others, by Peru.
62				EB126/9	Infant and young child nutrition: quadrennial progress report	The CHAIRMAN drew attention to the draft resolution proposed by Peru and the associated financial and administrative implications

63	EB124/2009/REC/2	124	19 - 26 Jan 2009	EB124/6	HIV/AIDS and mental health	Mr VALLEJOS (Peru) agreed with the report. HIV/AIDS had devastating effects, and in his country it increasingly affected women and young people. Peru had responded to problems arising from mother-to-child transmission of HIV through standard-setting, assistance, education and communication. It had also drawn up a multisectoral strategic plan 2007–2011 to combat HIV/AIDS; approved a national plan to combat vertical transmission and congenital syphilis; and introduced a sixth round project of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria on national prevention and control of sexually transmitted infections and HIV/AIDS. It had implemented a complete HIV package for pregnant women, attaining a coverage of 69%; and free antiretroviral treatment had been guaranteed to 8644 patients in the country.
64				EB124/7 and EB124/7 Corr.1	Prevention of avoidable blindness and visual impairment	Mr VALLEJOS (Peru) described an active campaign by his Government to promote eye health. A national plan had been launched in 2007 in response to estimates showing that the 80 000 cases of visual loss related to cataract, mainly affecting people in the poorest parts of the country, were set to double by 2020. After one year, 7704 people had recovered their eyesight; and the following year, surgical services had been extended to more than 20 000 others, many of whom had been flown to Lima for an operation free of charge.
65				EB124/8	Primary health care, including health system strengthening	Draft resolution on primary health care, including health system strengthening, prepared by an informal drafting group and sponsored, among others, by Peru
66				EB124/10	Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals	Mr VALLEJOS (Peru) said that a committee for the achievement of the Millennium Development Goals had been established by the Peruvian Congress. The committee had drafted laws aimed at strengthening government action and launched a campaign to raise public awareness of the Goals and the deadline of 2015. The national report on the Goals presented in 2008 had revealed high levels of poverty in Peru, a middle-income country. The Congress had included the Goals in the budget and stipulated minimum levels of funding for those activities. Several United Nations agencies in Peru were promoting specific goals at the community level, including maternal and child health and controlling HIV/AIDS and other infectious diseases. National data indicated tangible achievements: a fall in the number of people living in poverty and extreme poverty in 2007. Furthermore, the most recent UNICEF report noted significant improvements in infant health, maternal mortality,

						prenatal care and deliveries assisted by skilled attendants. In 2007, his Government had initiated intersectoral efforts in order to improve social services and the quality of life in the 880 poorest districts in Peru.
67	EB122/2008/REC/2	122	21 -25 Jan 2008	EB122/5	Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits	Mr VALLEJOS (Peru) said that since 2006 the Peruvian Ministry of Health had been drawing up a national preparedness response plan in order to mitigate the impact of a possible influenza pandemic. The national plan focused on improving epidemiological surveillance, strengthening public-health laboratories, raising awareness and the technical capacity of health personnel, and improving biosecurity within the health system. The plan included distribution of clinical guidelines on the treatment of H5N1 virus infection in humans; the creation of stockpiles of medicines and equipment needed to combat a pandemic; the training of health personnel in managing a human influenza pandemic; strengthening the health infrastructures to meet present and future demand; and testing health services through simulated emergency procedures. With regard to vaccinating the public against influenza, it was planned to provide cover in 2008, with priority given to vulnerable groups.
68				EB122/4	Climate change and health	Draft resolution on climate change and health proposed, among others, by Peru.

69				EB122/9	Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy	<p>Mr VALLEJOS (Peru), declaring his support in principle for the proposal made by the member for Slovenia, announced that Peru would be hosting the next biennial meeting of the Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (the CARMEN network), a PAHO initiative to promote the integrated prevention and control of noncommunicable diseases. The network helped produce policies, standards and regulations intended to reduce the prevalence of risk factors and determinants associated with such diseases throughout the Region. Its four main lines of action were health policy and advocacy, health promotion, surveillance, and integrated management of diseases and risk factors. It integrated capacity building and training, operational research, resource mobilization, and communication and social marketing. Since the launch of Peru's national programme for the prevention of blindness and cataract in 2007, operations had already been carried out on 5000 of the 80 000 recorded cases of cataract blindness, with 90% of patients fully recovering their eyesight. The country's mental health plan was helping the many households left fatherless in the wave of terrorism that had claimed more than 20 000 lives. Peru had also gathered data on the prevalence of noncommunicable diseases and risk factors; it had implemented a surveillance system covering analysis of data on mortality and hospital admissions due to noncommunicable diseases; and it had conducted specialized screening for cancers. A mass communication campaign was needed in order to promote healthy lifestyles and foster a culture of health.</p>
70				EB122/14 and EB122/14 Add.1	Global immunization strategy	<p>Mr VALLEJOS (Peru) said that immunization coverage in Peru, after falling to 84% in 2006, had risen to 96% by the end of 2007 thanks largely to the assistance of PAHO, which had helped eradicate congenital rubella syndrome in the country after a five-week vaccination campaign covering more than 20 million Peruvians aged from 0 to 39 years. Hepatitis B, on the other hand, remained endemic, and a campaign to vaccinate 11 million Peruvians aged from 0 to 19 years was planned. Since 50% of the Peruvian population lived in poverty with high infant mortality due to respiratory infections and acute diarrhoea, the Government had increased funding for vaccines and the intention was to provide rotavirus vaccination for infants from birth to six months in areas without water or sanitation. Furthermore, vaccination against pneumonia and influenza was planned.</p>

**Apéndice N°3**

Resoluciones de la Asamblea de la ONU en las que Perú votó de forma afirmativa.

Se realizó una búsqueda en la librería digital de Naciones Unidas de las resoluciones relacionadas con la salud, pandemias y la COVID-19. <https://digitallibrary.un.org/?ln=en>

Asunto	HEALTH		
Resolución	Fecha	Título	
A/RES/75/130	14/12/2020	Global health and foreign policy : strengthening health system resilience through affordable health care for all : resolution / adopted by the General Assembly	Si
A/RES/74/307	11/09/2020	United response against global health threats: combating COVID-19 : resolution / adopted by the General Assembly	Si
A/RES/73/132	13/12/2018	Global health and foreign policy: healthier world through better nutrition : resolution / adopted by the General Assembly	Si
A/RES/62/51	5/12/2007	Convention on the Prohibition of the Use of Nuclear Weapons : resolution / adopted by the General Assembly	Si
A/RES/58/173	22/12/2003	The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health : resolution / adopted by the General Assembly	Si
A/RES/39/229	18/12/1984	Protection against products harmful to health and the environment : resolution / adopted by the General Assembly	Si
A/RES/3264(XXIX)	9/12/1974	Prohibition of action to influence the environment and climate for military and other purposes incompatible with the maintenance of international security, human well-being and health : resolution / adopted by the General Assembly	Si

<b>Asunto</b>	COVID		
<b>Resolución</b>	<b>Fecha</b>	<b>Título</b>	
A/RES/76/175	16/12/2021	Ensuring equitable, affordable, timely and universal access for all countries to vaccines in response to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic : resolution / adopted by the General Assembly	Sí
A/RES/75/4	5/11/2020	Special session of the General Assembly in response to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic : resolution / adopted by the General Assembly	Sí
A/RES/74/306	11/09/2020	Comprehensive and coordinated response to the coronavirus disease (COVID-19) pandemic : resolution / adopted by the General Assembly	Sí
A/RES/74/307	11/09/2020	United response against global health threats : combating COVID-19 : resolution / adopted by the General Assembly	Sí

  

<b>Asunto</b>	PANDEMIC		
<b>Resolución</b>	<b>Fecha</b>	<b>Título</b>	
A/RES/58/179	22/12/2003	Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS, tuberculosis and malaria : resolution / adopted by the General Assembly	Sí

**Apéndice N° 4**

Borradores de resoluciones de la ONU en las que Perú participó como patrocinador

Se realizó una búsqueda en la librería digital de Naciones Unidas de las resoluciones de la Asamblea General, el Consejo de Seguridad y el ECOSOC. Se excluyeron las resoluciones referentes al derecho al desarrollo sostenible, medio ambiente, cambio climático, alimentación saludable, deporte, armas nucleares, drogas y tortura.

Asunto	HEALTH, PANDEMIC	
Date	Símbolo	Título
7/07/2022	A/HRC/50/L.13/Rev.1	Access to medicines, vaccines and other health products in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health : draft resolution
29/03/2022	A/76/L.43/Add.1	Elevating pandemic prevention, preparedness and response to the highest level of political leadership : draft resolution : addendum
28/03/2022	A/HRC/49/L.21	Participation of persons with disabilities in sport, and statistics and data collection : draft resolution
10/11/2021	A/C.3/76/L.20/Rev.1	Addressing the challenges of persons living with a rare disease and their families : revised draft resolution
5/07/2021	A/HRC/47/L.1	Civil society space : COVID-19 : the road to recovery and the essential role of civil society : draft resolution
8/07/2021	A/HRC/47/L.23/Rev.1	Preventable maternal mortality and morbidity and human rights : draft resolution
7/07/2021	A/HRC/47/L.15	Human rights in the context of HIV and AIDS : draft resolution
26/02/2021	S/2021/171	Draft resolution [on international cooperation to facilitate equitable and affordable access to COVID-19 vaccines in conflict areas]
14/12/2020	A/75/L.47/Add.1	United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030) : draft resolution : addendum
14/12/2020	A/75/L.41/Add.1	Global health and foreign policy : strengthening health system resilience through affordable health care for all : draft resolution : addendum
7/12/2020	A/75/L.18/Add.1	International Day of Epidemic Preparedness : draft resolution : addendum
10/11/2020	A/C.3/75/L.13/Rev.1	Women and girls and the response to the coronavirus disease (COVID-19) : revised draft resolution
4/11/2020	A/C.3/75/L.9/Rev.1	Inclusive development for and with persons with disabilities
5/10/2020	A/HRC/45/L.48/Rev.1	Rights of the child : realizing the rights of the child through a healthy environment : draft resolution
30/09/2020	A/HRC/45/L.28	The human rights to safe drinking water and sanitation : draft resolution
14/09/2020	A/74/L.57/Add.1	United response against global health threats : combating COVID-19 : draft resolution

8/04/2020	A/74/L.56	International cooperation to ensure global access to medicines, vaccines and medical equipment to face COVID-19 : draft resolution
7/04/2020	A/HRC/43/L.34	Awareness raising on the rights of persons with disabilities, and habilitation and rehabilitation : draft resolution
20/03/2020	A/HRC/43/L.19	Mental health and human rights : draft resolution
26/09/2018	A/HRC/39/L.13/Rev.1	Preventable maternal mortality and morbidity and human rights in humanitarian settings : draft resolution
21/09/2018	A/HRC/39/L.11	The human rights to safe drinking water and sanitation : draft resolution
3/07/2018	A/HRC/38/L.12	Human rights in the context of HIV and AIDS : draft resolution
19/03/2018	A/HRC/37/L.24	Question of the realization in all countries of economic, social and cultural rights : draft resolution
21/06/2017	A/HRC/35/L.18/Rev.1	The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health in the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development : draft resolution
15/12/2016	A/71/L.41/Add.1	Global health and foreign policy : health employment and economic growth : draft resolution
12/12/2016	A/71/L.42	The new United Nations approach to cholera in Haiti : draft resolution
17/11/2016	A/C.3/71/L.8/Rev.1	Inclusive development for persons with disabilities : revised draft resolution
26/09/2016	A/HRC/33/L.15	The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health
23/09/2016	A/HRC/33/L.20	Preventable mortality and morbidity of children under 5 years of age as a human rights concern : draft resolution
3/05/2016	S/2016/380	Draft resolution [on protection of the wounded and sick, medical personnel and humanitarian personnel in armed conflict]
21/03/2016	A/HRC/31/L.8	The rights of persons with disabilities in situations of risk and humanitarian emergencies : draft resolution
24/09/2014	A/HRC/27/L.11/Rev.1	The human right to safe drinking water and sanitation : draft resolution
18/03/2013	A/HRC/22/L.27	Rights of the child : the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health : draft resolution
5/12/2012	A/67/L.33	Addressing the socioeconomic needs of individuals, families and societies affected by autism spectrum disorders (ASD), developmental disorders (DD) and associated disabilities : draft resolution
2/11/2010	A/C.3/65/L.18/Rev.1	Supporting efforts to end obstetric fistula : revised draft resolution
28/04/2010	A/64/L.52	Prevention and control of non-communicable diseases : draft resolution

19/03/2010	A/HRC/13/L.8	Human rights of persons with disabilities : national implementation and monitoring and introducing as the theme for 2011 the role of international cooperation in support of national efforts for the realization of the rights of persons with disabilities : draft resolution
3/11/2009	A/C.2/64/L.22/Rev.1	Midterm comprehensive review of the implementation of the International Decade for Action, "Water for Life", 2005-2015 : revised draft resolution
18/11/2005	A/60/L.26	Enhancing capacity-building in global public health : draft resolution
17/11/2003	A/C.3/58/L.60	Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS, tuberculosis and malaria : draft resolution

**Apéndice N° 5**

Posturas de los distintos actores acerca de la posibilidad de adoptar un acuerdo sobre pandemias

Extraídas de los registros de la Segunda Sesión Especial de la Asamblea Mundial de la Salud (29 de noviembre a 1 de diciembre de 2021)

[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASS2-REC1/WHASS2\\_REC1-en.pdf#page=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASS2-REC1/WHASS2_REC1-en.pdf#page=1)

<b>País</b>	<b>Posturas</b>	<b>Elementos del futuro tratado</b>
Región africana	A favor	Equidad Fortalecimiento del RSI Financiamiento Reconoce las limitaciones del RSI para elementos como la innovación, compartir patógenos y beneficios, producción local, cadenas de suministro globales, acceso y distribución de diagnósticos y vacunas. El instrumento sea ratificado bajo la Constitución de la OMS La negociación sea guiada por los principios de transparencia, inclusión, solidaridad. La relación con el RSI deberá estar claramente articulada
Angola	No señala	
Argentina	A favor	Reafirma compromiso con el RSI Para lograr un instrumento internacional que “eleve la atención política y busque un involucramiento de todo el gobierno y toda la sociedad” es necesario garantizar un proceso transparente, inclusivo, que respete las necesidad, soberanía y disponibilidad de recursos de los Estados. La solución trasciende al sector salud.
Azerbaijan	A favor	La solución trasciende al sector salud. Necesidad de incrementar la inversión global en salud. Es necesario implementar de modo más eficiente el RSI. Coordinación internacional
Bélgica	A favor	Equidad Cobertura Universal de Salud Construcción de capacidades Enfoque Una Sola Salud
Bostwana	A favor	Solidaridad, Transparencia al compartir información y garantizando el acceso y distribución equitativas de contramedidas. Importancia de incentivar el progreso científico.
Bulgaria	A favor	Complementariedad con el RSI. Fortalecimiento de la OMS. Tener en cuenta la capacidad de sector salud de cada país con la finalidad de evitar cargas adicionales para implementar un posible nuevo acuerdo. Mecanismo de reporte, evitando cargas administrativas adicionales y duplicación, buscando mejorar el monitoreo por la OMS de la implementación del RSI, en lugar de aceptar un nuevo acuerdo con un mecanismo de reporte obligatorio. Buscará un compromiso con el entendimiento que no afectará sus competencias nacionales en materia de salud

Chile	A favor	Es una prioridad de su política exterior la renovación de la arquitectura de Salud Global. Es necesario renovar el compromiso al más alto nivel y promover un enfoque "pangubernamental y pansocial" Respalda el fortalecimiento de la OMS y avanzar en el acceso equitativo a contramedidas. El nuevo instrumento permitirá avanzar con la producción de vacunas a nivel local y deberá incluir el principio de equidad.
China	A favor (escéptico)	Liderazgo de la OMS Apoyo a las enmiendas al RSI al cual se le deberá integrar los enfoques de universalidad, Una Sola Salud y un modelo de respuesta basado en el involucramiento de toda la sociedad y el gobierno. China está de acuerdo en principio con las ideas de fortalecer el compliance, financiamiento y compartir información bajo el proceso de enmienda del RSI. El RSI deberá ser el documento legal crítico en la gobernanza global de la salud.
Cuba	A favor	Se ha relegado el derecho humano a la salud en la lucha contra la pandemia. A pesar de la importancia del RSI, existen limitaciones por corregir. Apoya el fortalecimiento de la OMS, enfocándose más en la protección a la vida y el acceso de la salud para todos, teniendo en cuenta las diferencias estructurales entre países. Se requiere el compromiso de naciones desarrolladas.
El Salvador	A favor	Es necesario un sistema global, basado en los principios de solidaridad y equidad, así como coordinación y cadenas de detección y protección. Adicionalmente se deberá disminuir la brecha de las desigualdades en el acceso a contramedidas. Es necesario un nuevo instrumento que vaya más allá de una declaración política o una resolución, con la finalidad de "enfrentar más solidariamente" las pandemias. Se debe tener como base el RSI, el cual deberá ser revisado y fortalecido.
Región del Mediterráneo Oriental	A favor	Endosa y apoya la posición del Grupo de Trabajo respecto al fortalecimiento del RSI como componente esencial de la arquitectura de salud global. Esto deberá realizarse mediante enmiendas sin reabrir el instrumento a negociaciones. Se deberá priorizar aquellas recomendaciones relacionadas a la gobernanza y el liderazgo, al financiamiento y a la equidad, sobre todo en el acceso a contramedidas. Existen áreas que se beneficiarán del nuevo instrumento legalmente vinculante. Visión Salud para todos y por todos.
Unión Europea en conjunto con Macedonia del Norte, Montenegro, Serbia, Albania, Bosnia Herzegovina, Ucrania, Moldova y Georgia	A favor	Comprometidos al fortalecimiento de la arquitectura de la salud, teniendo como centro una OMS empoderada y sosteniblemente financiada. El nuevo instrumento, bajo el artículo 19 de la Constitución de la OMS, será necesario para abordar las inequidades en la respuesta a la pandemia y los limitantes de la estructura actual, así como incluir asuntos como el enfoque Una Sola Salud, acceso equitativo a contramedidas e intercambio de información.
Fiji		Es necesario empoderar a la OMS. Se adoptará una decisión que es "crítica para el mundo de ahora y esencial para establecer las bases de existencia de la humanidad"

		para las generaciones venideras". Es necesario este nuevo instrumento legalmente vinculante, en base al artículo 19 de la Constitución. No existe un acuerdo marco comprensivo que gobierne a los patógenos.
Guatemala	A favor	Fortalecimiento de capacidades Revisión del RSI Acceso equitativo a contramedidas y a tecnología
Haití	A favor	Fortalecimiento de arquitectura de salud global Mejora del RSI y desarrollo de un nuevo instrumento Acceso universal y equitativo a contramedidas Reforzar los sistemas sanitarios de los países vulnerables. Lamenta que Taiwan no pueda participar a pesar que la pandemia es un recordatorio que nadie está a salvo a menos que todos lo estén.
India	A favor	Equidad Desarrollo de capacidades e infraestructura Acceso a contramedidas y barreras a su desarrollo, incluyendo propiedad intelectual, transferencia tecnológica y aumento de capacidades. Apoyo internacional (técnico y financiero) para la construcción de capacidades de países en desarrollo Una Sola Salud
Italia	A favor	Necesidad de un nuevo instrumento porque la presente arquitectura no es suficiente. Liderazgo de la OMS
Kenia	A favor	Equidad: acceso a contramedidas como bienes públicos globales Financiamiento para investigación y desarrollo Intercambio de información y tecnología Escalar manufactura local y regional Levantar barreras innecesarias al comercio y a los viajes. Nuevo instrumento legalmente vinculante Fortalecimiento de la OMS
Líbano	A favor	Instrumento legalmente vinculante Acceso equitativo a contramedidas Financiamiento sostenible Intercambio de patógenos Complementar el RSI, no reemplazarlo Fortalecimiento de la OMS Enfoque Una Sola Salud
Madagascar	A favor	Reforzar el sistema de gobernanza sanitaria mundial La OMS como garante mundial de la salud Financiamiento duradero y equitativo

		Investigación en remedios tradicionales
Malasia	A favor	Necesidad de fortalecer el sistema global de preparación y respuesta a emergencias sanitarias. Acuerdo inclusivo, equitativo y transparente que complemente al RSI Enmendar el RSI Cobertura de Salud Universal
Maldivas	A favor	Equidad Financiamiento Nuevos desarrollos como la presencia de actores no estatales y empresarias debilitan la primacía de la OMS Accountability Disponibilidad de recursos
Mali	A favor	Acceso equitativo a contramedidas Instrumento jurídicamente vinculante Concordancia con el RSI
México	Escéptico	Determinantes de las pandemias fueron principalmente socioeconómicos Acceso equitativo a contramedidas y tecnología Restricciones al comercio y a los viajes son ineficaces. Mejora del sistema de gobernanza global de salud Implementación y compliance Financiamiento Transparencia Solidaridad y equidad Agregar un acuerdo vinculante introduce riesgo de entraparse en una prolongada discusión y cometer los mismos errores. La discusión de un nuevo pacto debería centrarse en como lograr que se implementen los acuerdos a los ya se han comprometido, sin menoscabar la soberanía ni generar asimetrías. El cambio de rumbo se genera más con voluntad política que con la creación de nuevos acuerdos. Además hay que tener en cuenta que se requerirán recursos adicionales, por lo que es necesario explorar fuentes de financiamiento novedosas. Evitar redundas con otras agencias y programas de Naciones Unidas. Proteger la soberanía de los Estados
Marruecos	A favor	Nuevo instrumento legalmente vinculante deberá complementar existentes evitando duplicación con el RSI. OMS cumpla un rol proactivo Equidad Enfoque Una Sola Salud Solidaridad Transferencia de tecnología Mecanismos de evaluación objetivos y fiables Financiamiento estable y duradero Construcción de capacidades

Niger	A favor	OMS debe apoyar a los Estados en su respuesta a eventos de salud pública. Equidad Acceso a contramedidas Solidaridad , particularmente entre países en desarrollo y desarrollados.
Portugal	A favor	Centralidad de la OMS en la arquitectura global de la salud Enfoque de derechos humanos, priorizando la población vulnerable y las condiciones de salud mental de la población Instrumento legalmente vinculante Enfoque de toda la sociedad y todo el gobierno
Rumania	A favor	Fortalecer la arquitectura de gobernanza de la salud global, con la OMS como centro Instrumento legalmente vinculante Fortalecer la autoridad e independencia de la OMS Construcción de capacidades Aviso temprano Seguimiento de obligaciones Acceso justo a medidas de respuesta
Eslovaquia	A favor	Instrumento legalmente vinculante que asegure la movilización de los Estados e incremente la atención sostenida en el tema y su cumplimiento Modificación del RSI Enfoque basado en la ciencia y la evidencia Rol de liderazgo de la OMS Equidad
Grupo de África del Sur (Angola, Bostwana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Zambia, Zimbabwe)	A favor	Fortalecer el rol de liderazgo de la OMS Enfoque científico y basado en riesgos
Sudáfrica	A favor	Instrumento legalmente vinculante Compartir información Restringir las medidas injustificadas y punitivas al transporte Equidad Acceso a contramedidas Facilitar la transferencia tecnológica para desbloquear las capacidades de producción y manufactura.

Región del sudeste asiático	A favor	<p>Equidad</p> <p>Abordar las barreras al desarrollo y distribución de contramedidas, así como asuntos relacionados a la investigación y desarrollo, propiedad intelectual, transferencia tecnológica y escalar capacidades de manufactura local y regional.</p> <p>Fortalecer el marco internacional para la prevención de pandemias</p> <p>Reconocer los diferentes niveles de desarrollo y capacidades de los Estados</p> <p>Fortalecimiento de infraestructura de países en desarrollo. Desarrollo de capacidades.</p> <p>Desarrollo de capacidades para la investigación y desarrollo de productos médicos esenciales.</p>
España	A favor	<p>Acceso equitativo a suministros esenciales, las contramedidas sanitarias, la investigación, la vigilancia epidemiológica o el refuerzo de las capacidades de producción y distribución globales.</p> <p>Complementa y refuerza el RSI</p> <p>Refuerza el liderazgo de la OMS</p> <p>Instrumento jurídicamente vinculante, en base al artículo 19 de la Constitución.</p> <p>Enfoque "whole of government"</p> <p>Salud humana, salud animal y salud ambiental están interconectadas.</p>
Surinam	A favor	<p>Falta de implementación del RSI</p> <p>Beneficios de desarrollo de nuevo instrumento: (i) compromiso político al más alto nivel y enfoque "whole of government" y "whole of society" puede promover la movilización; (ii) oportunidad de fortalecer el rol de liderazgo y coordinación de la OMS; (iii) direccionar el acceso equitativo a contramedidas; (iv) intercambiar información, tecnología y beneficios; (v) reducción de riesgos por las enfermedades de origen zoonótico; (vi) apoyar el fortalecimiento de sistemas de salud resilientes e inclusivos, a través de servicios de atención primaria, trabajadores de salud y lograr cobertura de salud universal.</p>
Siria	A favor	<p>Reforzar el liderazgo de la OMS</p> <p>Financiamiento sostenible</p> <p>Sistema coordinado y transparente de intercambio de información.</p> <p>Asegurar las cadenas globales de suministro de productos médicos.</p> <p>Remover las barreras a una efectiva respuesta a la crisis</p>
Uganda	A favor	<p>Transferencia tecnológica</p> <p>La OMS brinde apoyo y recursos a científicos para estudiar y mitigar el surgimiento de nuevos patógenos.</p>
Estados Unidos de América	A favor (escéptico)	<p>Comprometidos a trabajar con los Estados miembros acerca de las recomendaciones del Grupo de Trabajo, lo cual incluye el desarrollo de un nuevo instrumento.</p>
Uruguay	A favor (escéptico)	<p>Liderazgo de la OMS</p> <p>Fortalecer la arquitectura sanitaria internacional</p> <p>Equidad</p> <p>Dispuestos a trabajar y colaborar en la búsqueda de propuestas</p>
Venezuela	A favor (escéptico)	<p>El interés público por encima de los intereses de las empresas</p> <p>Equidad en el acceso a tecnologías, conocimiento y contramedidas, de modo que sean considerados como bienes públicos globales.</p> <p>Salud de las poblaciones más vulnerables</p> <p>Aboga por la adopción de cualquier decisión que contribuya a superar las inequidades.</p>

Región del Pacífico Occidental	A favor	Enfoque Una Sola Salud Liderazgo de la OMS Equidad
Zambia	A favor	Instrumento legalmente vinculante, bajo el artículo 19 de la constitución de la OMS. Establecer un mecanismo de implementación que defina los roles específicos de cada instrumento y en qué momento se aplicarían, para evitar duplicaciones. Innovaciones tecnológicas
Tailandia	A favor	Instrumento legalmente vinculante Asegurar el involucramiento de varios stakeholders Coherencia con el RSI y no superposición Autoridad de la OMS Inclusividad Política basada en la ciencia
Singapur	A favor	Fortalecer la implementación y cumplimiento del RSI Equidad en las vacunas Enfoque whole-of-government
Albania	A favor	Instrumento legalmente vinculante Solidaridad, justicia, transparencia, inclusividad y equidad Defensa colectiva Coherencia
Colombia	A favor (escéptico)	Importancia del multilateralismo Proceso inclusivo, transparente y complementario Solidaridad Implementación del RSI Acceso a contramedidas médicas Enfoque Una Sola Salud Cobertura Sanitaria Universal Financiamiento adecuado
Costa de Marfil	A favor	Proceso flexible, inclusivo y coherente
República de Corea	A favor	Aumento de capacidad de manufactura de vacunas Equidad
Chipre	A favor	Importancia del multilateralismo Solidaridad Sistemas más robustos y resilientes Asegurar el compliance Mecanismos de reporte y monitoreo Compartir información, muestras biológicas, tecnología, información genética y estadísticas

		Fortalecer capacidades Acceso universal y equitativo a contramedidas Reevaluar la metodología de distribución de vacunas y material médico
Túnez	A favor	Instrumento legalmente vinculante Salud como derecho humano Solidaridad y cooperación
Gabón	A favor	Construcción de capacidades Acceso a contramedidas Investigación y desarrollo Propiedad intelectual Transferencia tecnológica Producción de vacunas Equidad Financiamiento sostenible
República Dominicana	A favor	Equidad Excepción temporal en derechos de propiedad intelectual
Namibia	A favor	Instrumento legalmente vinculante Enfoque Una Sola Salud Enfoque toda la sociedad e involucramiento de todo el gobierno Equidad Acceso y distribución de contramedidas Solidaridad
Tanzania	A favor	Cooperación internacional Financiamiento predecible y sostenible Equidad en acceso a contramedidas médicas Intercambio de tecnología Desinformación
Mauritania	A favor	Equidad Complementariedad con el RSI Acceso universal a información Involucrar en el proceso de negociación a productores de equipo médico
Estonia	A favor	Empoderamiento de la OMS Construcción de capacidades Instrumento legalmente vinculante Multisectorial Involucramiento de todo el gobierno Financiamiento

Reino Unido	A favor	Aplicar a toda clase de amenazas, incluyendo resistencia antimicrobiana Enfoque Una Sola Salud Intercambio de información: nuevos sistemas de vigilancia y normas Transparencia Instrumento legalmente vinculante
Georgia	A favor	Financiamiento, movilización de recursos Recursos humanos Involucramiento de todo el gobierno
Canada	A favor	Involucramiento de la OMS Equidad y género
Etiopía	A favor	Solidaridad Equidad Construcción de capacidades: fortalecer los laboratorios y las capacidades de secuenciación genética Compliance obligatorio
Bangladesh	A favor	Solidaridad Fortalecimiento de la OMS Salvaguardar la salud por encima de intereses nacionales y comerciales Excepciones a derechos de propiedad intelectual Transferencia tecnológica Construcción de capacidades Diversificación en la producción de vacunas Equidad de vacunas Financiamiento para países en desarrollo
Países Bajos	A favor	Instrumento legalmente vinculante Equidad Solidaridad Derechos humanos Financiamiento
Cabo Verde	A favor	Solidaridad Equidad Financiamiento: creación de un fondo global
Luxemburgo	A favor	Solidaridad
Burundi	A favor	Enfoque Una Sola Salud Equidad
Suecia	A favor	Acceso equitativo a contramedidas Fortalecimiento de la OMS Financiamiento

		Enfoque Una Sola Salud Intercambio de información y muestras Incluir resistencia antimicrobiana Verificación de capacidades
Irlanda	A favor	Evitar duplicación Enfoque Una Sola Salud
Israel	A favor	
Senegal	A favor	Instrumento legalmente vinculante Respuesta al más alto nivel Financiación Transferencia tecnológica Producción local de medicinas y vacunas Solidaridad Levantar barreras en producción de vacunas
Kuwait	A favor	Solidaridad Equidad Instrumento legalmente vinculante Involucramiento de toda la sociedad Involucramiento de todo el gobierno Fortalecimiento de la OMS Acceso equitativo a contramedida Intercambio de información y muestras Intercambio de tecnología
Armenia	A favor (escéptico)	Instrumento legalmente vinculante
Bielorrusia	A favor (escéptico)	Fortalecimiento de la OMS
Jordania	No indica	Necesidad de enmienda al RSI Equidad
Tonga	A favor	Equidad
Ucrania	A favor	Equidad Cooperación
Malawi	A favor	Acceso a contramedidas
Ruanda	A favor	Fortalecimiento de la OMS Instrumento legalmente vinculante Financiamiento Solidaridad

Gambia	A favor	Flexibilidad entre mecanismos legalmente vinculante y no vinculante Transferencia tecnológica Financiamiento
Filipinas	No especifica	Fortalecimiento del RSI Acceso equitativo a contramedidas y tecnología Mejoramiento de capacidades Enfoque Una Sola Salud Involucramiento de todo el gobierno Involucramiento de toda la sociedad
Brasil como representante del MERCOSUR	A favor	Fortalecimiento del sistema de prevención Sistema transparente e inclusivo Acceso equitativo a contramedidas Construcción de capacidades (resiliencia)
Federación Rusa, en representación de Rusia y Bielorrusia	A favor	Fortalecimiento de sistema de prevención global Enfoque integrado Liderazgo de la OMS pero opuesta a mecanismos que dupliquen trabajos Fortalecimiento y cumplimiento del RSI, evitando duplicaciones Apoya el establecimiento de un cuerpo de negociación Proceso inclusivo y transparente
Eslovenia	A favor	Instrumento legalmente vinculante Enfoque Una Sola Salud Intercambio de muestras Fuerza de trabajo dedicada a emergencias de salud Acceso a contramedidas Equidad y solidaridad
Ecuador	A favor	Responsabilidad mutua, respeto, transparencia, resiliencia y solidaridad. Acceso equitativo a contramedidas, incluyendo producción geográficamente diversificada. Transferencia tecnológica, colaboración técnica e intercambio de experiencia regulatoria. Liderazgo de la OMS
Perú	A favor	Acceso universal a contramedidas médicas y a productos de respuesta a las pandemias Equidad Investigación y el desarrollo, la propiedad intelectual, la transferencia de tecnología y la ampliación de capacidad local y regional de contramedidas médicas. Enfoque de derechos humanos Principio de solidaridad Principio de responsabilidades compartidas pero diferenciadas: los países en desarrollo son los más vulnerables a los efectos adversos de las pandemias y no tienen las condiciones necesarias para responder a ellos.

		Complementario al RSI y evitar duplicaciones.
Pakistán	A favor	Principios de solidaridad y equidad Acceso a contramedidas Desarrollo de capacidades Balance entre derechos y obligaciones de los Estados Financiamiento sostenible y adecuado Compatibilidad que el sistema de gobernanza actual. Seguridad global Cobertura universal de salud
Nueva Zelanda	A favor	A las reglas existentes les falta coherencia Principio de equidad Enfoque Una Sola Salud Prevención de daños Transparencia Coherencia regulatoria Enfoque de prevención Empoderar a la OMS Flexible Acceso equitativo a contramedidas médicas Instrumento legalmente vinculante
Austria	A favor	Instrumento legalmente vinculante Compartir información sobre amenazas a la salud humana y animal Intercambio de tecnología Salvaguardar la oferta de medicinas y vacunas Incentivar la investigación y desarrollo de medicinas innovadoras y vacunas
Francia	A favor	Identificación de riesgos Renovar confianza en la ciencia Financiamiento suficiente Distribución equitativa de contramedidas Instrumento legalmente vinculante Enfoque Una Sola Salud Enmiendas al RSI Seguridad Transparencia, equidad, solidaridad y responsabilidad Capacidad colectiva para financiar bienes públicos.
Ghana	A favor	Instrumento vinculante Construcción de capacidades de producción locales para vacunas y contramedidas Mejor sistema de alerta

		<p>Mecanismo para compartir data e información, incluyendo muestras, de modo justo y equitativo</p> <p>Modelo de investigación y desarrollo construido sobre la base de inversión pública y libre de los constreñimientos de la propiedad intelectual.</p> <p>Enfoque de Una Sola Salud</p> <p>Coherencia con el RSI</p> <p>Fortalecer el rol de la OMS</p> <p>Financiamiento predecible, flexible y sostenible.</p>
Finlandia	A favor	<p>Solidaridad</p> <p>Intercambio abierto de información y mejores prácticas</p> <p>Fortalecer el RSI</p> <p>Financiamiento sostenible de la OMS</p>
Argentina	A favor	<p>Acceso equitativo</p> <p>Nuevo instrumento incrementa la atención política</p> <p>Enfoque whole-of-government y whole-of-society</p> <p>Transparencia, inclusividad</p> <p>Respeto a la soberanía de los Estados</p> <p>Tenga en cuenta recursos disponibles</p>
Egipto	A favor	<p>Fallos al cumplir con acuerdos internacionales</p> <p>Compartir información</p> <p>Distribución equitativa de contramedidas</p> <p>Valores de justicia y equidad</p> <p>Enfoque Una Sola Salud</p> <p>Instrumento legalmente vinculante</p> <p>Apoyo a la independencia de la OMS</p>
Australia	A favor	<p>Fortalecimiento del sistema global de salud, resiliencia</p> <p>Instrumento coherente, flexible e inclusivo</p> <p>Empoderar a la OMS de modo que tenga respuestas más robustas a pandemias</p> <p>Mejorar el sistema de vigilancia y de alertas en los sectores humano, animal y ambiental</p> <p>Mejora de capacidades</p> <p>Mecanismos de accountability más fuertes.</p> <p>Fortalecer la implementación del RSI</p>
Alemania	A favor	<p>Instrumento legalmente vinculante</p> <p>No es una bala de plata pero puede ser un game changer.</p> <p>Financiamiento sostenible</p>
Costa Rica	A favor	<p>Instrumento legalmente vinculante</p> <p>Acceso a los mejores estándares de salud</p> <p>Cooperación, equidad y solidaridad</p>

		<p>Acceso a información y contramedidas médicas  Atención a poblaciones vulnerables  Compartir conocimiento e innovación  Apoyo en el desarrollo de capacidades globales</p>
Paraguay	A favor	<p>Instrumento legalmente vinculante bajo el artículo 19 de la Constitución.  Fortalecer en sistema de salud global.  Reflejar las necesidades especiales de países con diferentes niveles de desarrollo  Acceso equitativo y efectivo a bienes, servicios y tecnologías.  Consideración a las inequidades estructurales entre países  Solidaridad y cooperación.</p>
Argelia	A favor	<p>Solidaridad e interdependencia  Cobertura universal de salud  Lograr los ODS  Asegurar un rápido y equitativo acceso a productos médicos y tecnologías  Proceso transparente e inclusivo  Enfoque holístico</p>
Noruega	A favor	<p>Instrumento legalmente vinculante  Corregir inequidades e injusticias  Investir en la OMS y el multilateralismo  Principios de solidaridad, transparencia y unidad  Financiamiento sostenible</p>
Turquía	A favor	<p>Fortalecer la OMS  Instrumento legalmente vinculante</p>
Polonia	A favor	<p>Negociación inclusiva, constructiva y basada y consenso.  Solidaridad, transparencia, intercambio de información.  Liderazgo de la OMS</p>
Burkina Faso	A favor	<p>Inclusividad  Fortalecimiento de sistemas de salud y capacidades  Instrumento legalmente vinculante</p>
Brasil	A favor	<p>Acceso universal a la salud  Nivel de atención primaria  Fortalecimiento de la capacidad de producción regional de medicinas y otras tecnologías médicas  Acceso equitativo a contramedidas  Desarrollo de capacidades a través de la mejora del RSI  Abierto a la posibilidad de un nuevo tratado.</p>
Indonesia	A favor	<p>Instrumento legalmente vinculante  Equidad, coherencia, solidaridad y cooperación</p>

		<p>Evitar la fragmentación  Sistema de preparación y respuesta equitativo, adaptable, accountable y ágil  Plataforma para intercambiar información  Desarrollo y diversificación de contramedidas médicas  Promover la transferencia tecnológica  Resiliencia</p>
Dinamarca	A favor	<p>Instrumento legalmente vinculante  Enfoque whole-of-government y whole-of-society  Principios de derechos humanos y equidad  Enfoque de Una Sola Salud  Construcción de capacidades  Acceso a contramedidas  Coherencia y complementariedad con el RSI  Proceso eficiente y transparente</p>
Mozambique	A favor	<p>Instrumento legalmente vinculante  Fortalecimiento de capacidades  Equidad y solidaridad</p>
Lituania	A favor	<p>Fortalecimiento de sistemas de salud global  Resiliencia  Equidad  Instrumento legalmente vinculante</p>
Hungría	A favor	<p>Apoyo al desarrollo de un nuevo tratado  Estados deben desarrollar sus propias capacidades</p>
Jamaica		<p>Equidad  Enfoque whole-of-government  Diferenciar las capacidades de los Estados  Instrumento bajo el artículo 19, pero no perder de vista otras opciones pragmáticas.  Enmienda al RSI  Principio de consenso, equidad, inclusión, transparencia y respeto a la soberanía de los Estados</p>
Nigeria	A favor	<p>Mejora del rol de coordinación de la OMS y desarrollo de herramientas para apoyar a los Estados.  Equidad, en el acceso a servicios de salud y contramedidas.  Desarrollo de capacidades de manufactura.</p>
Mónaco	A favor	<p>Consenso y transparencia  Cumplimiento del RSI  Cobertura de salud universal  Equidad  Enfoque Una Sola Salud</p>

Malta	A favor	Equidad Transparencia Flexibilidad e innovación
Santo Tomé y Príncipe	A favor	Instrumento legalmente vinculante Acceso equitativo a contramedidas Intercambio de tecnología Incluir un código de conducta para los estados Financiamiento Dimensión ambiental de la salud
Kazakstán	A favor	Solidaridad
Guinea Ecuatorial	No indica	
Irak	A favor	Complementariedad con el RSI Fortalecer capacidades Facilitar el intercambio de información y muestras Fortalecimiento de la OMS Equidad Financiamiento sostenible
Arabia Saudita	No indica	Fortalecer el RSI Enfoque Una Sola Salud
Sri Lanka	No indica	Fortalecer el RSI Equidad Intercambio de tecnología Atención primaria de salud Cobertura universal de salud
Moldova	A favor	Intercambio de información Acceso a contramedidas Desinformación Solidaridad
Montenegro	A favor	Solidaridad Equidad Acceso a contramedidas Acceso a información y muestras Enfoque Una Sola Salud Fortalecimiento de la OMS Financiamiento
Nepal	A favor	Acceso a contramedidas y tecnología Cobertura universal de salud

		Equidad Enfoque Una Sola Salud
Andorra	A favor	Equidad Solidaridad Enfoque Una Sola Salud
Sudán	A favor	Complementar el RSI Instrumento legalmente vinculante Equidad Acceso a contramedidas Infraestructura local para producción de vacunas y medicinas
Irán	A favor	Fortalecimiento de la OMS Complementariedad con el RSI Acceso equitativo a contramedidas Transferencia tecnológica
Suiza	A favor	
Camboya	En contra	Fortalecer el RSI es preferible a desarrollar un nuevo instrumento Financiamiento Desinformación
Belice	No indica	Equidad Enfoque Una Sola Salud
República Centroafricana	No indica	Equidad Acceso a contramedias Intercambio de información Incentivar la manufactura de vacunas
Serbia	A favor	Instrumento legalmente vinculante Enfoque Una Sola Salud
Omán	A favor	Fortalecimiento de la OMS Mecanismos de monitoreo y compliance Cobertura universal de salud Enfoque multisectorial Fortalecimiento de capacidades
Barbados	A favor	Equidad Solidaridad
Qatar	A favor	Enfoque Una Sola Salud Intercambio de información Financiamiento Recursos humanos

Togo	A favor	Equidad Enfoque Una Sola Salud Financiamiento Liderazgo de la OMS
Emiratos Árabes Unidos	A favor	Equidad Complementar el RSI Enfoque Una Sola Salud
Nicaragua	A favor	Financiamiento Construcción de capacidades
<b>Observadores</b>	<b>Posturas</b>	<b>Elementos del futuro tratado</b>
Santa Sede	A favor	Solidaridad Cobertura universal de salud Intercambio de información y tecnología
Palestina	A favor	
IFRC	A favor	Equidad Recuperación Involucramiento de toda la sociedad
GAVI	A favor	Financiamiento sostenible Atención primaria de salud Expandir manufactura
UNEP	No indica	Enfoque Una Sola Salud
FAO	A favor	Enfoque Una Sola Salud
OIE	A favor	Enfoque Una Sola Salud
Banco Mundial	A favor	Enfoque Una Sola Salud Equidad Accountability
International Federation of Pharmaceutical Manufacturers And Associations	A favor	Equidad Construcción de capacidades Financiamiento Agilidad regulatoria y armonización Participación del sector privado en la negociación

**Apéndice N° 6**

Decisiones, resoluciones, reportes, borradores y minutas aprobados hasta la fecha por órganos y grupos de trabajo de la OMS relacionados al posible acuerdo sobre pandemias.

Tipo de documento	Número	Cuerpo	Sesión	Fecha	Título del documento	Detalle
Decisión	WHA74(16)	Asamblea Mundial de la Salud	WHA74	31/05/2021	Reunión Extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud para considerar la elaboración de un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre preparación y respuesta frente a pandemias	<p>La 74° AMS solicita al Grupo de Trabajo de los Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a las Emergencias Sanitarias (WGPR, por sus siglas en inglés) que dé prioridad a la evaluación de las ventajas de elaborar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre la preparación y respuesta frente a las pandemias</p> <p>Solicita al Director General que convoque una reunión extraordinaria de la Asamblea de la Salud en noviembre de 2021, y que incluya en el orden del día un solo punto dedicado a examinar las ventajas de elaborar dicho acuerdo</p>
Reporte	A/WGPR/1/7	WGPR	WGPR1	31/08/2021	Informe resumido de los copresidentes acerca de la primera reunión del Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias	Elección de miembros directivos y co presidentes, método de trabajo y entregables.
Reporte	A/WGPR/3/6	WGPR	WGPR3	30/09/2021	Análisis de la Secretaría, para someterlo a la consideración del Grupo de Trabajo, encaminado a seguir identificando los incentivos para un nuevo instrumento sobre la preparación y respuesta frente a las pandemias y las opciones para fortalecer la eficacia del	<p>Se identifican los 3 principales instrumentos en virtud de la Constitución de la OMS: convenios o acuerdos (artículo 19), reglamentos (artículo 21) y recomendaciones (artículo 23); así como otras alternativas.</p> <p>En caso se adopte un Convenio marco bajo el artículo 19, se parte de que no hay diferencia entre un convenio marco y un convenio ordinario pues ambos son jurídicamente vinculantes.</p> <p>Los ajustes al RSI se pueden realizarse por enmiendas (artículos 55 y 59 del RSI), declaraciones interpretativas prácticas por la Asamblea de la Salud y disposiciones sobre presentación de informes (utilizar el artículo 54.1 del RSI para ajustar las obligaciones de los Estados con respecto a la presentación de informes)</p>

					Reglamento Sanitario Internacional (2005), incluida una consideración de las ventajas, los riesgos e implicaciones jurídicas	Ventajas y riesgos de introducir ajustes al RSI
						Ventajas y riesgos de establecer un nuevo instrumento
Reporte	A/WGPR/2/4	WGPR	WGPR2	1/10/2021	Resumen por la Mesa de la segunda reunión del Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias (1 al 3 de septiembre de 2021)	Se señala como prioridad reforzar la aplicación y el cumplimiento del RSI. De igual modo, todos los Estados expresaron su apoyo al Examen Universal de Salud. Las delegaciones incluyen sus posiciones acerca de posibles mejoras en la gobernanza, financiación y asuntos de equidad.
						Se precisan las lagunas que deberán abordarse en la preparación y respuesta frente a pandemias
Borrador	A/WGPR/4/3	WGPR	WGPR4	28/10/2021	Anteproyecto de informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias para la reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud	Consenso generalizado sobre la necesidad de incrementar la participación de los Estados Miembros en la gobernanza de la OMS. En particular, destacan las propuestas de establecer varios comités permanentes de la OMS, por ejemplo sobre emergencias sanitarias y gobernanza, que prestarían apoyo al Consejo Ejecutivo en propuestas de política sobre preparación y respuesta frente a pandemias y emergencias Fortalecimiento del RSI. Posibles enmiendas.
						Asuntos que recaen fuera del alcance del RSI
						Ventajas de un nuevo instrumento de la OMS
						Riesgos al adoptar un nuevo instrumento
Borrador	A/WGPR/5/2	WGPR	WGPR5	12/11/2021	Proyecto de informe del Grupo de Trabajo de los Estados Miembros sobre el fortalecimiento de la preparación y la respuesta de la OMS a las emergencias sanitarias para la reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud	Complementando los asuntos que recaen fuera del RSI detallados en el documento A/WGPR/4/3, se agrega la necesidad de que se adopten medidas para hacer frente a la información errónea, la desinformación y la estigmatización. El detalle de las ventajas coincide con el documento A/WGPR/4/3. Al ser un instrumento jurídicamente vinculante, se propicia una atención sostenida a nivel político y normativo sobre la preparación y respuesta frente a pandemias. Los riesgos al adoptar el nuevo instrumento coinciden con el documento A/WGPR/4/3.

Reporte	SSA2/INF./2	Asamblea Mundial de la Salud	WHASS2	23/11/2021	Resumen del análisis de la Secretaría preparado para la consideración del Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias	Petición del Grupo de trabajo de un análisis de los incentivos de contar con un nuevo instrumento sobre la preparación y respuesta frente a pandemias
Reporte	SSA/2/3	Asamblea Mundial de la Salud	WHASS2	23/11/2021	Informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias para la reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud	Se evalúan las ventajas de elaborar un nuevo convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre la preparación y respuesta a las pandemias Se señalan los instrumentos de la OMS a disposición y su posible uso  Se indican los riesgos asociados a la puesta en marcha de un proceso para elaborar un posible nuevo instrumento
Borrador	SSA2/CO NF./1Rev. 1	Asamblea Mundial de la Salud	WHASS2	28/11/2021	El mundo unido: establecimiento de un órgano de negociación intergubernamental para fortalecer la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias	Coincide en gran medida con Resolución SSA(5)
Resolución	SSA2(5)	Asamblea Mundial de la Salud	WHASS2	1/12/2021	El mundo unido: establecimiento de un órgano de negociación intergubernamental para fortalecer la prevención,	Resolución que establece un órgano de negociación intergubernamental en base al artículo 41 del Reglamento Interior, para que "redacte y negocie un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias. Su primera reunión se celebrará a más tardar el 1 de marzo de 2022 y presentará sus conclusiones en la 77° Asamblea Mundial de la Salud (2024)

					preparación y respuesta frente a pandemias	El órgano deberá tomar en consideración los "debates y las conclusiones del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias, teniendo en cuenta la necesidad de coherencia y complementariedad entre el proceso de elaboración del nuevo instrumento y la labor en curso en virtud de la resolución WHA74.7, en particular con respecto a la aplicación y el fortalecimiento del RSI (2005)"
Reporte	A/WGPR/6/3	WGPR	WGPR6	10/01/2022	Informe provisional del Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias para la 150.ª reunión del Consejo Ejecutivo	Resumen de los procesos realizados hasta la fecha, centrándose en el mandato de la resolución WHA74.7
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-02-09	Órgano de Negociación Intergubernamental	INB1	9/02/2022	Nota de archivo: Reunión virtual de los miembros de la Mesa designados del Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias («Órgano de Negociación»)	Propuestas para el programa de trabajo desde la 150 reunión del Consejo Ejecutivo hasta la 75 Asamblea Mundial de la Salud Acuerda que la primera reunión del Órgano de Negociación se celebre el 24 de febrero de 2022
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-02-16	Órgano de Negociación	INB1	16/02/2022	Nota de archivo: Reuniones del Órgano de Negociación	Se designa a la Sra. Precious Matsoso (Sudáfrica) y al Sr. Roland Driech (Países Bajos) como copresidentes del Órgano de Negociación. La Mesa desempeñaría una función esencial para orientar la labor del Órgano de Negociación Intergubernamental. Podrán organizarse colaboraciones con los copresidentes o los responsables de otros ejes de trabajo que tienen lugar en el seno de la OMS, con el fin de garantizar la coherencia y evitar el solapamiento de los trabajos

Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-02-23	Órgano de Negociación	INB1	23/02/2022	Reunión de los miembros designados de la Mesa del Órgano de Negociación, 23 de febrero de 2022	Puesta al día del calendario. La Mesa acuerda proponer varios enfoques para recopilar elementos sustantivos.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-03-04	Órgano de Negociación	INB1	4/03/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 4 de marzo de 2022	Reflexiones sobre la primera reunión, preparativos para la sesión reanudada de la primera reunión del Órgano de Negociación. Debate sobre los documentos: Propuesta de la Mesa del Órgano de Negociación relativa al proceso de identificación de los elementos sustantivos del instrumento, en cumplimiento del mandato de la Mesa a este respecto; Calendario preliminar y entregables; y, Modalidades propuestas de participación de las partes interesadas pertinentes
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-03-14	Órgano de Negociación	INB1	14/03/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 14 de marzo de 2022	Desarrollo de la reanudación de la primera reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental. Se invitará al Órgano de Negociación Intergubernamental a considerar tres elementos: el proceso de recopilación de elementos sustantivos; las modalidades de participación de las partes interesadas pertinentes; y el calendario y los entregables. Se anima a los países a presentar una sola contribución global por Estado Miembro a través de una herramienta en línea.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-03-18	Órgano de Negociación	INB1	18/03/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 18 de marzo de 2022	Debate sobre la herramienta en línea para la recopilación de elementos sustantivos
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-03-22	Órgano de Negociación	INB1	22/03/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 22 de marzo de 2022	Revisión de la herramienta en línea para la recopilación de elementos sustantivos y desarrollo de una herramienta similar para la recopilación de las partes interesadas. La primera serie de audiencias públicas estará prevista para los días 12 y 13 de abril de 2022.

Reporte	A/INB/1/4 Rev.1	Órgano de Negociación	INB1	22/03/2022	Primer informe de la primera reunión del Órgano de Negociación	Se examinó y adoptó el proyecto de método de trabajo que figura en el documento A/INB/1/3, enmendado. De igual modo se adoptó la propuesta de la Mesa del Órgano de Negociación, recogida en el documento A/INB/1/5, relativa al proceso de identificación de los elementos sustantivos del instrumento; el calendario y entregables actualizado; y las modalidades de participación de partes interesadas.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-04-08	Órgano de Negociación	INB1	8/04/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 8 de abril de 2022	La primera serie de audiencias públicas se centró en la pregunta guía «¿Qué elementos sustantivos cree que deberían incluirse en un nuevo instrumento internacional sobre la preparación y respuesta frente a las pandemias?». Se alienta también a los Miembros de la Mesa a que colaboraran con los procesos regionales y las reuniones previstas con los Estados miembros.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-04-28	Órgano de Negociación	INB1	28/04/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 28 de abril de 2022	Se proporcionó información actualizada sobre las contribuciones recibidas en la plataforma digital, comporta por una herramienta en línea y una sección para presentaciones escritas abiertas.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-05-16	Órgano de Negociación	INB1	16/05/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 16 de mayo de 2022	Debates sobre los preparativos de la segunda sesión reanudada de la primera reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental

Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-05-20	Órgano de Negociación Intergubernamental	INB1	20/05/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación 20 de mayo de 2022	Debate sobre la forma del documento esquemático consolidado de los elementos sustantivos. Respecto al establecimiento de subgrupos, la Mesa acordó proponer una estructura basada en las categorías de prevención, preparación, respuesta y recuperación frente a pandemias y agrupar esas categorías en dos subgrupos a fin de facilitar la máxima participación de los Estados Miembros.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-05-26	Órgano de Negociación	INB1	26/05/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 26 de mayo de 2022	Debate sobre la forma del documento esquemático consolidado de los elementos sustantivos.
Decisión	WHA75(9)	Asamblea Mundial de la Salud	WHA75	27/05/2022	Fortalecimiento de la preparación y respuesta de la OMS frente a emergencias sanitarias	<p>La 75ª Asamblea Mundial de la Salud acoge el informe final del Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias</p> <p>Se revisa el mandato del Grupo de trabajo y se le cambia de nombre a Grupo de Trabajo sobre las Enmiendas al Reglamento Sanitario Internacional (2005) [WGIHR, por sus siglas en inglés], para que trabaje exclusivamente en las enmiendas propuestas para el RSI y someterlas a consideración de la 77ª Asamblea Mundial de la Salud (2024)</p> <p>Solicita se convoque un Comité de Examen del RSI, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 50 del RSI para que formule recomendaciones técnicas sobre las propuestas de enmienda a ser recibidas. Su primera reunión será a más tardar el 15 de noviembre de 2022 y presentará su informe máximo el 15 de enero de 2023.</p> <p>Solicitar el WGIHR coordine con el órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.</p>
Reporte	A/INB/1/INF/1	Órgano de Negociación	INB1	1/06/2022	Documento de información de la Secretaría sobre las disposiciones de la Constitución de la OMS en virtud de las cuales podría	Información sobre las disposiciones de la Constitución de la OMS en virtud de las cuales podría adoptarse el instrumento sobre pandemias

					adoptarse el instrumento	
Reporte	A/INB/1/10	Órgano de Negociación	INB1	1/06/2022	Resultados de la primera ronda de audiencias públicas	Resumen de los mensajes clave de las contribuciones orales y escritas efectuadas en la primera ronda de audiencias públicas
Borrador	A/INB/1/8	Órgano de Negociación	INB1	2/06/2022	Proyecto de documento esquemático consolidado de los elementos sustantivos, como punto de partida para el examen y los debates	Presenta matriz con elementos sustantivos para debate que se dividen en equidad, liderazgo y gobernanza, sistemas e instrumentos, financiación y otros
Reporte	A/INB/1/9	Órgano de Negociación	INB1	3/06/2022	Informe resumido de los resultados de la plataforma digital del Órgano de Negociación	Análisis resumido de las contribuciones presentadas por la plataforma digital, dividiéndose en los pilares de equidad, liderazgo y gobernanza, sistemas e instrumentos, financiación, elementos en virtud de la constitución de la OMS.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-06-07	Órgano de Negociación	INB1	7/06/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 7 de junio de 2022	Se informa que la secretaría preparó un libro blanco que contenía un proyecto de esbozo anotado de un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias. Se invita a los Estados Miembros a formular observaciones sobre el mismo.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-06-10	Órgano de Negociación	INB1	10/06/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 10 de junio de 2022	Se presentó ponencia sobre actividades de información errónea y desinformación en relación con la labor del Órgano de Negociación Intergubernamental y el nuevo instrumento

Borrador	A/INB/1/1 2	Órgano de Negociación	INB1	14/06/2022	Proyecto de esbozo anotado de un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias	Propuesta de contenido del posible instrumento
Minuta/nota de archivo	INB/Recor d/22-06- 20	Órgano de Negociación	INB1	20/06/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 20 de junio de 2022	La Mesa presentó sus reflexiones sobre las sesiones del Órgano de Negociación Intergubernamental celebradas en junio. Preparativos para la segunda reunión.
Reporte	A/INB/1/1 3	Órgano de Negociación	INB1	24/06/2022	Informe de la reunión	Reporte de informes
Minuta/nota de archivo	INB/Recor d/22-06- 27	Órgano de Negociación	INB1	27/06/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 27 de junio de 2022	Exposición por la Secretaría sobre las aportaciones por escrito. La Secretaría explicó los progresos realizados hasta la fecha para elaborar el anteproyecto, que reflejaba las aportaciones de los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes y se basaba en otros convenios, acuerdos e instrumentos internacionales, incluidos los adoptados en el marco de la Constitución de la OMS. Asimismo, la Mesa subrayó la necesidad de debatir la determinación de la disposición de la Constitución de la OMS en virtud de la cual se adoptará el instrumento.

Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-06-30	Órgano de Negociación	INB1	30/06/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 30 de junio de 2022	La Secretaría presentó información actualizada sobre sus progresos en la elaboración de un anteproyecto de convenio. La Secretaría había preparado un documento sobre las disposiciones pertinentes de la Constitución de la OMS con objeto de facilitar la identificación por parte del Órgano de Negociación Intergubernamental de la disposición de la Constitución de la OMS en virtud de la cual el instrumento debería adoptarse. La Mesa proporcionó orientaciones respecto a las entidades (partes interesadas) a incluir en el anexo E. Por último, se presentó información actualizada sobre la labor para hacer frente a información errónea y desinformación.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-07-04	Órgano de Negociación	INB1	4/07/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 4 de julio de 2022	Se presentó una versión revisada del primer anteproyecto de convenio.
Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-07-07	Órgano de Negociación	INB1	7/07/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 7 de julio de 2022	Se compartió información actualizada sobre las consultas celebradas con las regiones. Se exploró posibles escenarios relacionados con la celebración de la segunda reunión del órgano de negociación así como la preparación para la tercera reunión.
Reporte	A/INB/2/INF.1	Órgano de Negociación	INB1	11/07/2022	Documento de información de la Secretaría sobre las disposiciones de la Constitución de la OMS en virtud de las cuales podría adoptarse el instrumento	Información sobre las disposiciones de la Constitución de la OMS en virtud de las cuales podría adoptarse el instrumento sobre pandemias

Minuta/nota de archivo	INB/Record/22-07-13	Órgano de Negociación	INB2	13/07/2022	Reunión de la Mesa del Órgano de Negociación, 13 de julio de 2022	La Secretaría presentó un libro blanco en el que se destacaban las cuestiones jurídicas y constitucionales relacionadas con el mandato de determinar la disposición de la Constitución de la OMS en virtud de la cual debía adoptarse el instrumento. La mesa debatió los elementos prácticos relacionados con la celebración de la segunda reunión del órgano de negociación. Se presentó un panorama preliminar de la organización del período entre las reuniones segunda y tercera.
Borrador	A/INB/2/3	Órgano de Negociación	INB2	13/07/2022	Anteproyecto, presentado en función de los progresos realizados, para la consideración del Órgano de Negociación en su segunda reunión	<p>El preámbulo parte por reafirmar el principio de la soberanía de los Estados en la cooperación internacional para abordar cuestiones de salud pública</p> <p>Reconoce la importancia de recursos financieros y técnicos, la rendición de cuentas mutua, las flexibilidades y salvaguardias en el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual, las sinergias entre la colaboración multisectorial, el intercambio de información sobre las secuencias genéticas de los patógenos</p> <p>Reafirma la importancia del enfoque "Una Sola Salud" y los efectos de los determinantes sociales en la vulnerabilidad de las comunidades</p> <p>Se detalla el contenido del posible instrumento</p>
Reporte	A/INB/2/5	Órgano de Negociación	INB2	21/07/2022	Informe de la reunión	Informe de los distintos reportes al órgano de negociación
Borrador	N/A	Órgano de Negociación	INB3	15/11/2022	Borrador conceptual cero para consideración del INB en su tercera reunión	<p>Enfuerzo general del anteproyecto previo no ha cambiado. El preámbulo se ha extendido en enfatizar la cooperación, equidad, cooperación, fuerza de trabajo y acceso equitativo.</p> <p>Los temas previos se han organizado en 4 temáticas: (i) equidad, (ii) fortalecimiento y sostenimiento de capacidades, (iii) coordinación, colaboración y cooperación; y (iv) financiamiento</p> <p>Se enfatiza la idea de un órgano que gobierne el instrumento. Este se encargaría, entre otras cosas, de supervisar el cumplimiento del acuerdo.</p>

