



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE GENERAL SAN MARTÍN  
ESCUELA DE POLÍTICA Y GOBIERNO**

Licenciatura en Relaciones Internacionales

Tesina de Investigación

**El Estado y la gobernanza en salud global: Argentina y la búsqueda de  
vacunas en tiempos de pandemia (2020-2022).**

Tesista: Martín Rolando Villaverde

Tutora: Valeria Pattacini

*A Belucha, por su amor, paciencia y apoyo incondicional.*

*A Valeria, Mariana y Maxi, por acompañarme a lo largo de este proceso.*

*A la Universidad Nacional de San Martín, por la oportunidad.*

*A quienes sostienen, contra viento y marea, la educación pública, no-arancelada y de calidad.*

*A los que hacen lo propio por el sistema público de salud.*

*Muchas gracias.*

*Hasta la victoria siempre.*

## **Resumen**

La aparición del virus SARS-CoV-2 nos recordó que el sistema internacional ha alcanzado un alto grado de interconexión e interdependencia, al mismo tiempo que puso a prueba la construcción conceptual, política y narrativa de la gobernanza de la salud global. En los últimos veinte años, esta se ha visto fortalecida por la creciente participación de actores no estatales y transnacionales en el ámbito de la salud, muchos de los cuales pertenecen al sector privado. Así, este trabajo se enmarca en el debate sobre el papel del Estado-nación en el marco de la gobernanza de la salud global.

Contrariamente a los discursos que sostienen que un enfoque centrado en el Estado es inadecuado para abordar los problemas sanitarios de la actualidad, la pandemia del COVID-19 demostró que el papel y la capacidad estatal a la hora de defender a sus poblaciones no debe ser subestimada, como tampoco su importancia en el avance de los procesos de gobernanza de la salud global. Sobre esta base, el objetivo de la tesina fue caracterizar el rol del Estado argentino en la obtención de vacunas contra el COVID-19 para el periodo 2020-2022, analizando las fortalezas, oportunidades, obstáculos y condicionantes que enfrentó en ese proceso. Metodológicamente, la investigación llevada a cabo tiene un encuadre prioritariamente cualitativo, sustentado en el análisis de documentación oficial y el empleo de fuentes secundarias vinculadas tanto a documentos oficiales de ministerios y organismos internacionales como también a entrevistas, reportes e informes de funcionarios clave relacionados con la temática. El relevamiento inicial realizado en fuentes oficiales sobre los mecanismos de adquisición de vacunas, precios, su tipo, fecha y cantidad de ingreso permitió fortalecer las argumentaciones mediante el respaldo de datos cuantitativos.

El trabajo se presenta como un análisis de un caso singular desde el cual repensar el papel del Estado en las respuestas a las crisis globales de la actualidad. Ante los límites y dificultades de los mecanismos globales de respuesta, la reaparición de un Estado presente y activo puso en evidencia su papel esencial para liderar y hacer frente a los retos de la pandemia. Con estas reflexiones, el trabajo apunta a enriquecer la agenda de investigación de las Relaciones Internacionales (RI), profundizando la relación entre la formulación y aplicación de políticas públicas de salud, el papel del Estado y la gobernanza de la salud global.

**Palabras clave:** Estado, gobernanza de la salud global, políticas públicas, cooperación internacional, Argentina, vacunas, crisis sanitaria.

## Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>6</b>
<b>1. El Estado y el avance de la gobernanza de la salud global</b> .....	<b>9</b>
1.1 ¿Qué papel ocupan los Estados en la gobernanza de la salud global? .....	9
1.2 Pensar lo propio: el debate desde América Latina. ....	12
<b>2. Salud y Relaciones Internacionales</b> .....	<b>15</b>
2.1 Salud: ¿de lo internacional a lo global?.....	15
2.2 La Salud Global desde la teoría de la Gobernanza .....	17
<b>3. COVID-19 y la respuesta global</b> .....	<b>21</b>
3.1 El difícil camino de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacia el COVID-19 .....	21
3.2 El mecanismo COVAX y la esperanza de una respuesta global y solidaria que no fue .....	24
<b>4. El Estado Argentino en busca de las vacunas</b> .....	<b>28</b>
4.1. Los acuerdos bilaterales de compra y producción conjunta.....	28
4.2 La vía multilateral .....	34
4.3 La vacuna argentina ARVAC Cecilia Grierson .....	36
<b>5. Conclusión</b> .....	<b>39</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>43</b>

*Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas.*

- Ramón Carrillo -

## **Introducción**

Desde la década de 1990, la salud y la disciplina de las Relaciones Internacionales (RI) se han ido entrelazando cada vez más, tanto en el ámbito académico como en el de las políticas públicas. Varios autores destacan dos procesos detrás de esta vinculación. Uno refiere a la complejización del mundo producto de la aceleración de la globalización que se dio luego de la caída de la Unión Soviética, la cual derivó en una ampliación y profundización de los temas, actores, problemáticas y formas de percibir el mundo de las RI. El otro parte del reconocimiento de la creciente importancia de los determinantes sociales de la salud, ampliando, de esa manera, los abordajes tradicionales que se centran exclusivamente en factores biológicos o genéticos (Davies 2010; McInnes y Lee 2012). Desde entonces, en un mundo cada vez más interconectado e interdependiente, las cuestiones vinculadas a la salud y la enfermedad se reconocen como asuntos globales que desbordan las fronteras de los Estados-nación. Como resultado, el concepto de la salud global comenzó a aparecer con más fuerza, mientras que, el de la salud internacional, que había caracterizado una buena parte del siglo XX, comenzaba a declinar (Franco-Giraldo 2016; Herrero y Belardo 2022). Este cambio de denominación, lejos de ser un simple giro lingüístico, trajo aparejado una concepción político-ideológica que llevó a poner en cuestión los alcances y límites de las políticas nacionales de salud y, en última instancia, la capacidad de los Estados para hacer frente a los nuevos desafíos (Herrero y Belardo 2022).

Además de la globalización, el otro fenómeno que condicionó el surgimiento y el desarrollo de la salud global fue el proceso de gobernanza, el cual refiere a la implementación de políticas y prácticas globales de la salud (Franco-Giraldo 2016). Hoy en día, las políticas globales de la salud se definen y aplican de manera multilateral y a escala transnacional, a través de un nuevo entramado de actores e instituciones que han conformado una arquitectura institucional particular de gobernanza en materia sanitaria. A partir del año 2000, el ecosistema de actores de la salud global ha sido reconfigurado por la creciente injerencia de un conjunto específico de nuevos actores privados en detrimento de los Estados y organismos internacionales (Abbondanzieri 2020). Esta transformación que acompañó al auge de las políticas neoliberales en el campo de la salud no está exenta de tensiones. En efecto, la gobernanza de la salud global encubre un

desplazamiento de las funciones del Estado, muchas veces justificado en su incapacidad para encontrar soluciones y proteger a su población de los retos globales de la actualidad (De Ortuzar 2015).

Ante este panorama, el impacto sin precedente de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 dio un nuevo impulso a la relación entre la salud y las RI, gestando un momento propicio para revisar la gobernanza de la salud global y sus mecanismos de cooperación internacional durante la gestión de una crisis sanitaria. En este proceso, nuestra atención se centró en las dificultades de la respuesta global para alcanzar una distribución equitativa de las vacunas y, como contrapartida, en la capacidad del Estado argentino para maniobrar y conseguir las vacunas necesarias para su población.

Lograr la inmunidad de la población a nivel mundial fue, desde el inicio, la estrategia prioritaria para frenar el avance del virus. Por tal razón, garantizar el acceso y la distribución equitativa de las vacunas necesarias para detener la fase aguda de la pandemia se volvió una prioridad para la respuesta a la crisis, tanto a nivel nacional como a nivel global.

Sobre la base de lo expuesto, el objetivo de este trabajo fue caracterizar el rol del Estado argentino en la obtención de vacunas contra el COVID-19, en un contexto donde el modelo de la gobernanza global de la salud pone en cuestión las capacidades estatales. Para ello se analizaron las fortalezas, oportunidades, obstáculos y condicionantes que enfrentó a la hora de desplegar estrategias y políticas para conseguir las dosis necesarias para inmunizar a su población. Frente a esta problemática, la diversidad de acciones bilaterales y multilaterales de cooperación, así como el desarrollo propio de capacidades que desplegó el gobierno para el periodo 2020-2022 lo convierten en un caso de estudio singular desde el cual repensar el papel del Estado en la gobernanza de la salud. La investigación llevada a cabo tiene un encuadre prioritariamente cualitativo, sustentado en el análisis de documentación oficial y el empleo de fuentes secundarias vinculadas tanto a documentos oficiales de ministerios y organismos internacionales como también a entrevistas, reportes e informes de funcionarios clave relacionados con la temática. El relevamiento inicial realizado en fuentes oficiales sobre los mecanismos de adquisición de vacunas, precios, su tipo, fecha y cantidad de ingreso permitió fortalecer las argumentaciones mediante el respaldo de datos cuantitativos. A la vez, arroja datos

comparables, también en términos de inversión/gasto público, que pueden ser relevantes para continuar la investigación.

El estudio de este caso permitió observar que, mientras que la irrupción de la COVID-19 expuso las dificultades de la gobernanza de la salud global, al mismo tiempo mostró que la capacidad de respuesta de los Estados para hacer frente a una emergencia sanitaria sigue siendo esencial. Contrariamente a los discursos que sostienen que los Estados ya no son capaces de defender a sus poblaciones de los problemas globales de la actualidad y que asistimos, en consecuencia, a un modelo post-westfaliano (Fidler 2003; 2004) de la gobernanza en salud, el caso argentino muestra que el liderazgo integral de un Estado activo y presente han sido determinantes para enfrentar los retos que planteaba el coronavirus. Ante las serias dificultades que presentaron los mecanismos internacionales para coordinar una respuesta multilateral eficaz, el gobierno argentino demostró un buen margen de maniobra y llevó adelante una estrategia diversificada que le permitió sortear la escasez de vacunas, agravada muchas veces por el acaparamiento de los países más ricos y los cuellos de botella en la producción y distribución de las mismas.

El resto de la tesina se organiza en cinco apartados. En primer lugar, en el próximo apartado se presentan los principales ejes que estructuran el debate en torno al papel del Estado en el esquema de gobernanza de la salud global. En segundo lugar, se contextualiza la emergencia de la salud global y se describen sus principales características para, desde la teoría de la gobernanza, identificar las tensiones que este nuevo enfoque genera sobre el Estado. En tercer lugar, se exponen las limitaciones y dificultades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el mecanismo COVAX para lograr una distribución equitativa de las vacunas contra el COVID-19. En cuarto lugar, se analizan las estrategias del Estado argentino para conseguir las vacunas necesarias para su población y, por último, se exponen brevemente una serie de reflexiones finales para repensar el papel del Estado en la gobernanza de la salud.

## **1. El Estado y el avance de la gobernanza de la salud global**

La gobernanza global, estrechamente relacionada con la globalización, es definida por Legler (2013, 254) como “la resolución de problemas globales específicos por medio de la creación de distintas esferas transnacionales de autoridad, cada una de las cuales comprende un grupo diferente de actores y una arquitectura institucional particular”. La incorporación de un conjunto relevante de nuevos actores al campo de la salud, principalmente del sector privado, ha reconfigurado la arquitectura y, por ende, las dinámicas de la gobernanza sanitaria. Ante este nuevo escenario, uno de los principales debates de la literatura gira en torno al papel que el Estado-nación ocupa dentro de la gobernanza de la salud global. En este apartado se presentan las posturas que guían la discusión, incorporando, también, una mirada del problema desde América Latina.

### 1.1 ¿Qué papel ocupan los Estados en la gobernanza de la salud global?

Según Sara Davies (2010), la vinculación entre el campo de las RI y la salud puede ser entendida a partir de dos perspectivas principales. La autora denomina estatista al modelo que se centra en los Estados y asocia la salud a la seguridad nacional. En contraposición, el enfoque globalista se centra en el bienestar y el derecho humano a la salud de todos los individuos. Para los globalistas, además, el Estado sigue siendo un actor central, pero dentro de una amplia gama de actores, por lo que no debería ser priorizado automáticamente teniendo en cuenta que existen mecanismos globales de gobernanza potencialmente más eficaces para proteger la salud de los individuos. Por el contrario, algunos defensores de la postura estatista argumentan que una población no podrá sentirse segura y saludable hasta que el Estado no sea capaz de proporcionar vacunas, agua limpia y hacer cumplir las condiciones de cuarentena durante las epidemias de enfermedades. Este enfoque que asocia la salud y la enfermedad a la seguridad nacional fue reforzado en los países del Norte Global ante eventos como la crisis del Ébola de 2014 en África Occidental (Wenham et al. 2023).

De manera similar a Davies, David Fidler (2003; 2004) reconoce la división entre una perspectiva westfaliana de la salud pública y otra post-westfaliana. Como la gobernanza en el modelo westfaliano se rige por los principios de soberanía y no intervención del derecho internacional, presenta un carácter horizontal, lo que significa que: a) solo los

Estados están involucrados; b) la gobernanza se ocupa principalmente de los mecanismos de interacción entre Estados (como la diplomacia, la guerra y el comercio) y; c) la gobernanza no traspasa la soberanía. Por otra parte, Fidler advierte que el enfoque westfaliano de la gobernanza es jerárquico, por lo que son las grandes potencias las que, en buena medida, determinan su estructura.

Once años antes de la emergencia sanitaria del Ébola que diezmo a Guinea, Liberia y Sierra Leona, Fidler (2003) afirmaba que el brote del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, por sus siglas en inglés) en noviembre de 2002 en China representó el paso hacia un modelo post-westfaliano de la salud pública, el cual había comenzado a formarse hacia fines de la década de 1990 y comienzo de los años 2000. El marco de una gobernanza centrada en el Estado era inadecuado frente a los desafíos que representaban las enfermedades infecciosas en un mundo cada vez más interconectado e interdependiente. Así, el modelo post-westfaliano de la salud pública promovió un enfoque de gobernanza de la salud global que incluía no solo a los Estados y organizaciones intergubernamentales, sino también a actores no estatales, como ONG's y corporaciones transnacionales, siendo su razón de ser la de velar por la provisión de bienes públicos globales.

Para James Ricci (2009), las afirmaciones sobre la emergencia de un marco post-westfaliano de la salud pública son prematuras. Si bien el autor reconoce que una segunda ola de la literatura sobre la gobernanza de la salud global ha matizado posturas como las de Fidler, todavía demuestra un compromiso con el concepto de un marco post-internacional y una relación incómoda con el Estado. No obstante, Ricci advierte que no se trata de afirmar que la gobernanza de la salud global haya intentado hacer irrelevante al Estado. De hecho, diversos académicos reconocen que siguen siendo las principales fuentes de financiamiento, desarrollo de políticas e implementación de la salud en todo el mundo (Wenham et al. 2023). Incluso con el gran aumento en la financiación de la salud global que se dio a partir del año 2000, los gobiernos de los países de ingresos bajos y medios todavía proporcionan más financiamiento para sus gastos en salud de lo que reciben en ayuda para el desarrollo sanitario (Youde 2018, 76-77). Sin embargo, en el contexto global, la gobernanza sigue subestimando al Estado y sobrevalorando el papel de los actores no estatales y las organizaciones no gubernamentales transnacionales.

Puede ser que el mundo este alejándose del modelo westfaliano, dice Ricci, pero el Estado sigue siendo el actor que se eleva por encima de todos los demás actores y proporciona el marco a través del cual se abordan las enfermedades infecciosas y la salud. Por tanto, para él, lo internacional no se ha convertido aún en lo global.

Otros trabajos se han enfocado en cuestiones vinculadas a la autoridad y legitimidad, dos elementos constitutivos de los procesos de gobernanza. Tradicionalmente, la gobernanza en la esfera internacional provenía de los Estados, ya sea por el liderazgo de gobiernos individuales o por la cooperación a través de organizaciones internacionales formales o regímenes internacionales. Su autoridad y legitimidad se derivaba de su condición de soberanía. La creciente presencia de actores no estatales en la gobernanza de la salud global ha complicado las líneas de autoridad (Youde 2018). Frente a esta situación, Williams y Rushton (2011) aclaran que siempre ha habido actores e intereses privados en el plano global de la gobernanza en salud, pero lo singular es que ahora son ampliamente aceptados y reconocidos como actores legítimos. Los cambios en la gobernanza de la salud global se han dado de manera gradual y mayormente por procesos *ad hoc*, lo que implica que no hay líneas claras de autoridad, tanto políticas, como legales. Por consiguiente, los mandatos muchas veces se superponen y compiten. Los actores tradicionales de la gobernanza en salud, como los Estados y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han visto forzados a adaptarse a esta nueva realidad. Este proceso, no obstante, tiene profundas implicancias, dado que los actores no estatales desempeñan roles y funciones tradicionalmente atribuidos a los Estados. Independientemente de que este cambio sea la manifestación de la usurpación del poder de los Estados por parte de actores privados con otros fines o que se deba a la incapacidad de los Estados a hacer frente a problemas globales más complejos, los actores privados y no estatales están adquiriendo un papel significativo en el ámbito de la gobernanza de la salud global. Ya no solo tienen vastos recursos financieros, sino que también influyen en la agenda de investigación y forman parte de los consejos de diversas organizaciones internacionales relacionadas con el campo de la salud (Youde 2018).

En contraposición con los postulados que sostienen que el Estado ha sido desplazado de la gobernanza sanitaria, Youde (2017) afirma que la incorporación de asociaciones público-privadas (APP), ONG's y fundaciones filantrópicas en los procesos de ayuda global

en salud no debe ser entendida como un desplazamiento de los Estados, sino como un proceso de complementariedad frente a problemáticas que han trascendido las fronteras estatales. Como resultado del cambio de equilibrio entre los actores, se produjo una reconstitución del dominio público global, en el cual ya no se asocia lo público con la soberanía del Estado-nación y el plano interestatal, sino más bien con un sistema de Estados incrustado en procesos de gobernanza globales más amplios en capacidad y actores para la producción de bienes públicos globales (Ruggie 2004). Esta característica no ha sido exclusiva de la gobernanza global vinculada a la gestión sanitaria, sino que es compartida por procesos más generales de gobernanza.

## 1.2 Pensar lo propio: el debate desde América Latina.

El debate conceptual sobre la gobernanza global y su capacidad como instrumento analítico se inició primeramente en Europa. En América Latina, el análisis de la comunidad académica ha sido escaso y la idea de la gobernanza global fue difundida como un proyecto normativo por los donantes de la cooperación internacional al desarrollo (Zurbriggen 2011; Zelicovich 2022). En el marco de la globalización y el predominio de las ideas neoliberales, las recomendaciones del Banco Mundial (BM), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) postulaban un modelo de Estado que, en la provisión de determinados bienes y servicios, de infraestructura y servicios sociales, resultaba poco eficaz. Con respecto a la salud, el BM (1993) proponía un enfoque triple para las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de salud en los países en desarrollo: a) formular políticas de crecimiento (con medidas de ajuste económico cuando hiciese falta) que permitan a las familias mejorar su nivel de salud; b) reorientar el gasto público en salud hacia programas de bajo costo y alta eficacia, como los de lucha contra las enfermedades infecciosas y la malnutrición; y c) facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud por parte del sector privado. Esta situación expone el sesgo neoliberal y la inclinación eurocéntrica o estadounidense de la gobernanza global contemporánea, una de las causas que para Legler (2013) explican la escasez de análisis académicos latinoamericanos sobre la gobernanza.

En definitiva, el debate en torno a la gobernanza global y la centralidad que se le otorga al Estado en los procesos de toma de decisiones está, en América Latina, atravesado por el legado histórico y el impacto que tuvieron las políticas neoliberales sobre los Estados latinoamericanos. En la región, las reformas neoliberales en salud han generado sistemas sanitarios subfinanciados, segmentados, fragmentados y cada vez más privatizados (Giovannella et al. 2012; Göttems y Mollo 2020). Al mismo tiempo, el énfasis analítico de una producción académica que tiene sus raíces en el pensamiento de la teoría de la dependencia y de la autonomía (Zelicovich 2022), contrasta significativamente con la orientación institucionalista y centrada en los actores del análisis de la gobernanza global (Legler 2013). Así, acorde con Deciancio y Tussie, “los puntos de vista latinoamericanos responden a los enfoques, narrativas y discursos “defensivos” y/o “revisionistas” del Sur Global, con rasgos regionalistas y nacionalistas específicos basados en su particular trasfondo histórico y cultura política” (Zelicovich 2022, 192).

En sintonía con lo recientemente expuesto, Ortúzar (2015) propone abandonar el extrapolado uso de la gobernanza en salud, ya que este concepto encubre, en su raíz histórica, una crítica al Estado que conlleva la limitación de sus poderes, en especial, sus poderes distributivos, otorgando la exclusiva responsabilidad de la salud al individuo y su estilo de vida. Como los estudios empíricos de los determinantes sociales de la salud demuestran que el individuo depende de la responsabilidad social del Estado y sus políticas públicas para mejorar su propia situación de salud, es preciso reivindicar su rol protagónico en lugar de buscar desplazarlo. En consecuencia, la autora postula otro concepto que denomina *modelo equitativo y participativo en salud pública*, que dé cuenta de la responsabilidad social del Estado como garante de la equidad en salud.

Del mismo modo, pero en un trabajo que utiliza como ejemplo la provisión de agua en América Latina, Zurbriggen (2014) plantea la necesidad de fortalecer el rol de conducción del Estado como garante del bien público. La gobernanza debe ser lo opuesto a una gobernanza sin gobierno, si bien los servicios y políticas públicas son cada vez más el resultado de redes de actores estatales, privados y sociales. Por esto, la autora propone apartarse del enfoque normativo difundido por los organismos internacionales para América Latina en pleno auge neoliberal y retomar el debate europeo sobre redes de políticas públicas y gobernanza, el cual permita generar un enfoque metodológico-

analítico con mayor capacidad para describir las complejas formas de interacción entre Estado, sociedad y mercado en el nuevo contexto histórico. En contraposición con el argumento central de la gobernanza que promueven los organismos internacionales acerca de la debilidad de los Estados, cualquier análisis institucional del Estado ha de ser político, discernir cuáles son las configuraciones de poder, intereses e instituciones que permiten a un Estado fomentar el desarrollo económico y social mientras que otra configuración no lo hace (Zurbriggen 2011, 59).

Las posturas aquí reflejadas sobre el modelo de la gobernanza de la salud global y el rol del Estado dentro de la misma, encuentran en la pandemia de COVID-19 un evento inédito en el cual se dirimen muchas de las tensiones recientemente expuestas. Este trabajo, entonces, parte de la importancia que tiene dicho debate en la excepcionalidad de una crisis sanitaria y, más aún, para un Estado periférico como Argentina.

Antes de avanzar sobre el análisis de las dificultades de la respuesta global para la distribución equitativa de vacunas y la respuesta del Estado argentino, es preciso enmarcar la discusión dentro del campo de las Relaciones Internacionales (RI). Para la disciplina, la tensión entre lo global y lo local ha sido un tema de estudio recurrente. En cuestiones de salud pública, la gobernanza global se ha vuelto un marco relevante desde el cual revisar la configuración y roles de diversos actores que llevan adelante determinadas acciones para dar respuesta a problemas sanitarios globales. Su pertinencia parte de la imposibilidad de desconocer la nueva relación entre la salud y la globalización, relación que, para una buena parte de la literatura, ha expuesto los límites e insuficiencias de la salud internacional, dando lugar a un nuevo enfoque de la salud denominado salud global. En el apartado que sigue, en primer lugar, se contextualiza el tránsito de la salud desde una dimensión internacional a una global, describiendo sus características para, en segundo lugar, abordar el nuevo enfoque desde la teoría de la gobernanza, identificando algunas suposiciones conceptuales que tensionan el papel del Estado dentro del nuevo esquema de gobernanza.

## **2. Salud y Relaciones Internacionales**

Históricamente, las RI se han ocupado de los temas vinculados a la guerra, la paz y la seguridad. Al mismo tiempo, las teorías clásicas de la disciplina conciben al Estado-nación como el actor preeminente del sistema internacional. Como se mencionó al comienzo de este trabajo, con el fin de la Guerra Fría y la intensificación de la globalización como nueva dinámica de las relaciones internacionales, los límites de este campo de estudio se expandieron y la salud paso a ocupar un lugar en la agenda internacional, en estrecha relación con la seguridad, el desarrollo, los derechos humanos, la economía, la justicia social y los bienes públicos globales (Kickbusch y Liu 2022). Como resultado, la salud global ingresó en las RI como una categoría teórica nueva que incluía la salud pública y la salud internacional al establecer puentes de conexión entre los determinantes globales y la salud (Franco-Giraldo 2016).

### 2.1 Salud: ¿de lo internacional a lo global?

A partir de la naturaleza transnacional de muchas amenazas sanitarias, así como el aumento en su escala e intensidad, la necesidad de aplicar normas para favorecer la cooperación resultó en un proceso que buscó institucionalizar la salud internacional y que tuvo como corolario la creación, en 1948, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Instancias previas, como la Oficina Internacional de Higiene Pública (1907) y la sección de Salud de la Liga de las Naciones (1919), no habían logrado consolidar su autoridad a nivel internacional (Herrero y Belardo 2022).

A lo largo de la Guerra Fría, el campo de la salud internacional con la OMS a la cabeza, más que responder a una lógica ética o humanitaria, estuvo determinado por la coyuntura geopolítica de la confrontación Este-Oeste y por los procesos de descolonización. Como pieza fundamental del régimen de cooperación internacional al desarrollo (Basile 2018), el cual operaba bajo una impronta política y geoestratégica que se enmarcaba, sobre todo, en una lógica Norte-Sur, el término salud internacional fue utilizado durante la segunda mitad del siglo XX, principalmente, para aplicar, de manera vertical y jerárquica, principios de salud pública a los problemas sanitarios de los países en desarrollo y dar cuenta de la transferencia de recursos y conocimientos desde los países desarrollados. En la mayoría de los casos, esta dinámica contribuyó a que los intereses del donante primen

por sobre las necesidades del beneficiario (Ayllón 2007). Por otra parte, la salud internacional, como enfoque, se asocia a la tradición clásica de las Relaciones Internacionales, otorgándole la centralidad a las acciones del Estado-nación establecidas a través de los canales tradicionales de vinculación internacional (Franco-Giraldo 2016).

Sin embargo, a lo largo de las últimas décadas, la reconfiguración del ecosistema de actores públicos y privados que financian y llevan adelante políticas de salud pública modificó la forma y las condiciones en las que se desenvuelve el régimen de cooperación al desarrollo sanitario, como así también la manera en que se abordan las nuevas dinámicas de la salud desde el campo de las RI.

Mientras muchas disciplinas luchaban contra el proceso de la desterritorialización de la globalización, la salud pública ya había experimentado la fragilidad de las fronteras para detener la propagación de muchas enfermedades. No obstante, la respuesta en el marco de la salud internacional siguió estando muy atada a los Estados-nación. De esta manera, para la salud pública, como área político-científica, lo nuevo no fue la presencia de enfermedades sin fronteras, sino la comprensión de que su control requería algo más que simplemente adaptar la salud pública westfaliana. De ahí que, en las décadas de 1990 y principios de los 2000, el discurso sobre las enfermedades infecciosas emergentes fue muy crítico de la política de la salud pública centrada en los Estados, más aún teniendo en cuenta que la falta de interés de las grandes potencias había contribuido a la expansión del VIH/SIDA y a los desequilibrios en salud pública en los países en desarrollo. Los principios de soberanía, no intervención y derecho internacional basado en el consentimiento que caracterizaban el contenido de la salud pública westfaliana, no fueron diseñados pensando en la salud, sino en proporcionar un marco ordenado y estable a la política internacional (Fidler 2004).

A la luz de este nuevo pensamiento, el concepto de gobernanza de la salud global emergió como un marco de autoridad distinto al del enfoque estado-céntrico y, al mismo tiempo, tanto en los círculos académicos como en los debates políticos vinculados a la praxis de cuestiones sanitarias, la salud internacional dio paso a la salud global (Fidler 2004; Ricci 2009). La nueva terminología permite dar cuenta de las relaciones de interdependencia que trascienden a las fronteras nacionales, a los gobiernos y a la división Norte-Sur tan característica de la salud internacional. En su meta por garantizar el acceso

equitativo a la salud en todas las regiones del mundo, el enfoque de la salud global pone el énfasis en la distribución global de la salud y sus determinantes, el impacto de la globalización y la gobernanza de los procesos sanitarios, eje cardinal de este trabajo (Franco-Giraldo 2016).

Desde un punto de vista empírico, la nueva perspectiva permite incorporar al análisis a nuevos actores que van más allá de los convenios multilaterales existentes, emplear un abordaje transnacional de las problemáticas de salud pública y, de esa manera, favorecer el desarrollo de políticas públicas globales (Franco-Giraldo 2016). Como contrapartida, el componente normativo de la salud global ha llevado a poner en cuestión el rol del Estado en los procesos de gobernanza. En el marco de la globalización y los cambios ya mencionados, la concepción estado-céntrica de la salud parece ser insuficiente y se vuelve necesario desarrollar una gobernanza de la salud global que reúna a actores estatales y no estatales (Fidler 2004).

## 2.2 La Salud Global desde la teoría de la Gobernanza

El enfoque de la salud global encuentra en la idea de interdependencia compleja de Keohane y Nye, un modelo que permite dar cuenta de la creciente incorporación de múltiples canales de vinculación y nuevos actores que van más allá de los Estados, sus agencias y organismos intergubernamentales (Barbé 1989). De esta manera, este modelo que recoge las tendencias del momento histórico en el cual surgió, caracterizado por una profundización de las dinámicas de la globalización, la flexibilización de la agenda global y la inclusión de nuevas problemáticas y temas que exceden lo estrictamente militar, llevó a desplazar la concepción tradicional del Estado-nación como el único actor relevante de las relaciones internacionales. El aumento en el número, calidad y naturaleza de las distintas interconexiones que se dan en el plano internacional se producen por actores de diversa índole, tanto del sector público como del privado, y los temas e intereses que los preocupan e involucran es otro de los determinantes del aumento de la interdependencia. A causa de la descentralización administrativa generada por la existencia de estos múltiples canales de interconexión entre sociedades y la proliferación de nuevas agendas globales, una de las preocupaciones centrales que se derivan de este

proceso gira en torno a los costos o restricciones que impone sobre los Estados (Tokatlian y Pardo 1990).

En las últimas dos décadas, la aparición de actores no estatales debe ser enmarcada dentro de un discurso más amplio que se retroalimenta con la idea de que hay problemas globales que exceden las capacidades de cualquier gobierno que quiera resolverlos por sí solo, por lo que exigen un abordaje colectivo (CEPAL 2019, OECD 2016, UNDP 2017). Esta ha sido la premisa para favorecer la creación de agendas globales, entre las que destacan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015) y, vigente en la actualidad, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030). De naturaleza interméstica, sus esquemas de gobernanza son multinivel y dependen de iniciativas de cooperación global y regional para su resolución, la cual muchas veces se traduce en una búsqueda por llenar los vacíos de gobernanza a través de la provisión de bienes públicos globales. Esta visión contrasta con la teoría tradicional del desarrollo que entiende al Estado, a través de sus políticas intervencionistas, como el principal agente de cambio (Alonso 2012). Sin desconocer que sus objetivos son diferentes al del sector público, la legitimidad del sector privado se deriva de la condición de que es percibido como un motor clave en la creación de empleo, crecimiento económico, promoción de la salud y desarrollo sostenible (OECD 2011).

La agenda de salud global, en general, y la provisión de vacunas, en particular, son parte de este esquema, por lo que un análisis del proceso de acceso y distribución de las vacunas contra el COVID-19 no debería perder de vista las tensiones que se generan por la transferencia de autoridad desde una esfera pública a una más amplia con creciente predominio del sector privado. En otras palabras, la transformación de la gobernanza global abre la posibilidad de que haya esferas de autoridad en las que los Estados y los actores intergubernamentales tengan una pequeña o nula participación, puesto que sus derechos y deberes se derivan de su posición relativa en el orden normativo emergente de la gobernanza, en lugar de su membresía como "soberanos iguales" en el orden internacional (Zelicovich 2022). Como advierte Fidler (1996,83), el enfoque de la gobernanza de la salud global enfrenta "una paradoja fundamental: la globalización pone en peligro el control de enfermedades a nivel nacional erosionando la soberanía, mientras

que la necesidad de soluciones internacionales permite que la soberanía frustre el control de enfermedades a nivel internacional”. En palabras de Legler, la dificultad radica en que

la gobernanza global se encuentra situada entre una estructura inadecuada y otra inexistente: los gobiernos nacionales y el gobierno mundial. Por un lado, como se mencionó, los gobiernos encuentran límites territoriales reales a su autoridad. A menos que deseen violar el derecho internacional o entrar en conflicto con otros gobiernos, están verdaderamente limitados en su capacidad de extender su autoridad más allá de sus propias fronteras. En este sentido, en términos de autoridad, la gobernanza puede incluir al gobierno; sin embargo, no son sinónimos. Por otro lado, como los partidarios del Realismo nos recuerdan constantemente, la política global se define por la anarquía o la ausencia de un gobierno mundial que impone su jerarquía sobre los estados. En consecuencia, en términos de la construcción de instancias de autoridad, la gobernanza global es más que el gobierno nacional y menos que el gobierno mundial (2013, 256).

De ahí que, una de las pruebas cruciales para la existencia de una esfera de autoridad es el cumplimiento por parte de los gobernados, quienes, de esa manera, legitiman la autoridad de un actor o un conjunto de actores para gobernar y emitir directivas.

En los asuntos sanitarios mundiales, los Estados han cedido parte de su autoridad y soberanía a la Organización Mundial de la Salud (OMS), institución multilateral del sistema de las Naciones Unidas, establecida según su constitución para “actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional” (art. 2a). Como veremos más adelante, su debilitamiento y la creciente incorporación de actores privados, como las fundaciones filantrópicas y/o empresas multinacionales, debe ser entendida como un proceso de reconfiguración de autoridad y legitimidad, lo que ha dado lugar a arreglos de gobernanza más complejos. El sistema multilateral, donde la autoridad para el accionar se legitimaba por consenso, está siendo desafiado por una nueva pluralidad de actores que tienen intereses divergentes, buscan ser protagonistas y cambian los modos de legitimación (Zelicovich 2022).

Más allá del dilema teórico y práctico entre soberanía y gobernanza, a la hora de problematizar esta última, la centralidad ha estado puesta, como señala Zürn, en que se

apoya sobre una estructura institucional y normativa que contiene jerarquías y asimetrías de poder (Zelicovich 2022). Legler, por su parte, menciona que

la gobernanza global implica cuestiones vitales de distribución: quién obtiene qué, dónde, cuándo, por qué y cómo. La gobernanza global no se limita necesariamente a resolver problemas colectivos en beneficio de la igualdad de todos, sino que crea ganadores y perdedores, así como incluye a algunos y excluye a otros en términos de participación y beneficios (2013, 262).

Así, su carácter profundamente liberal, acompañado de un discurso benévolo o altruista que plantea la necesidad de fortalecer el derecho y la cooperación internacional para hacer frente de manera colectiva a los problemas globales, ha contribuido a invisibilizar que los procesos de gobernanza están íntimamente ligados con el ejercicio y la distribución de poder y, en muchos casos, se orienta más hacia la búsqueda de ganancias privadas y egoístas que hacia la resolución de problemas globales. Por tanto, la idea de que la gobernanza es un modelo de gestión horizontal basado en la corresponsabilidad entre los Estados, organismos internacionales como la OMS y actores no estatales, debe ser matizada por el reconocimiento de las asimetrías entre los intereses y el poder de los diversos actores (De Ortuzar 2015).

A partir de la discusión de la literatura y las consideraciones teórico-conceptuales expuestas en los primeros dos apartados, a continuación, se analizó la respuesta global a la problemática vinculada al desarrollo, producción y distribución de vacunas contra el COVID-19. En dicha respuesta, la OMS y su iniciativa COVAX ocuparon un lugar central. Sin embargo, como veremos en el siguiente apartado, las limitaciones y desafíos enfrentados llevaron a que los resultados estén por debajo de las expectativas anunciadas al inicio de la pandemia.

### **3. COVID-19 y la respuesta global**

Para entender el alcance del virus SARS-CoV-2, es necesario mirar un poco más allá de sus características clínicas. Como señala Sanahuja (2020), las consecuencias del COVID-19 no deben separarse de las dinámicas de una globalización en crisis, donde el alto grado de interdependencia alcanzado por el sistema internacional no se corresponde con los mecanismos de prevención y gestión de las amenazas globales que dicha condición trae aparejada. Por esto, revisar la trayectoria de la OMS de cara a la pandemia por COVID-19, es un buen punto de partida para comprender las debilidades de la respuesta multilateral.

#### **3.1 El difícil camino de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacia el COVID-19**

Cada crisis sanitaria pone a la OMS en el centro de la escena internacional como la única organización de salud pública de magnitud capaz de coordinar la respuesta global para hacer frente a una situación de emergencia. No obstante, en los primeros meses de la pandemia, la OMS se transformó en el foco de las críticas por su dificultad para ejercer dicho liderazgo.

Más allá de sus limitaciones para obligar o sancionar a sus miembros, el COVID-19 evidenció dos aspectos de la situación problemática que atraviesa la OMS. Por un lado, señala Abbondanzieri (2020), aunque se esfuerza por ser un organismo técnico y neutral, la OMS es inherentemente una institución política dependiente de las posiciones de los Estados que la integran y financian. En ese sentido, durante los primeros meses de la pandemia, el organismo fue acusado de permanecer relativamente paralizado debido a la confrontación geopolítica entre China y Estados Unidos. La decisión de Donald Trump de suspender, en plena pandemia, el apoyo financiero de Estados Unidos, hasta entonces su principal contribuyente, es una muestra de la falta de autonomía, tanto financiera como deliberativa (Basrur y Kliem 2021). Por otra parte, esa falta de independencia financiera y, en consecuencia, operativa, tiene su raíz en los cambios estructurales que se observan en la financiación de la OMS a partir de las últimas décadas.

De modo que, además de las disputas geopolíticas al interior del organismo, la literatura vinculada al debilitamiento de la OMS coincide en el impacto contraproducente del creciente financiamiento privado. A partir de 1980, y a pesar del éxito que tuvo la campaña de vacunación que permitió, un año antes, la certificación de la erradicación de

la viruela, el liderazgo poco cuestionado que había ostentado la OMS empezó a verse eclipsado por los préstamos que el Banco Mundial comenzó a realizar a los diferentes países para llevar adelante las reformas sanitarias que exigía el Consenso de Washington y que sobrepasaban el presupuesto total de la organización (Herrero y Belardo 2022). A partir del año 2000, momento que da inicio a la “edad de oro de la salud global” (Fidler 2010 como se citó en Wenham et al. 2023), los recursos financieros destinados a problemáticas sanitarias crecieron notablemente, especialmente los destinados a la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA. Esto coincidió con la consolidación de un régimen normativo cosmopolita (Franco-Giraldo 2016) que presentaba una visión de la salud basada en los derechos humanos (Wenham et al. 2023), en el cual, la concepción estado-céntrica de la salud era desafiada por la creciente participación de una serie de actores no estatales y transnacionales (Ricci 2009). Al creciente protagonismo del Banco Mundial se sumaron el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), la fundación filantrópica Bill y Melinda Gates (entre otras) y un conglomerado de diversas ONG’s que buscaron disputar el rol de la OMS y las agencias sanitarias nacionales (Abbondanzieri 2020; Herrero y Belardo 2022). Si bien el surgimiento de nuevos actores ha contribuido con recursos financieros, técnicos y humanos, permitiendo una mayor flexibilidad a la hora de enfrentar problemas globales de salud, lo ha hecho con un aumento en la participación de las donaciones voluntarias en detrimento de las contribuciones señaladas por los Estados miembros. A modo comparativo, mientras que las contribuciones de los actores estatales (bilaterales y multilaterales) aumentaron de US\$ 5100 millones en 1990 a US\$ 18100 millones en 2007, es decir que se multiplicaron por 3,5, los aportes de los actores no estatales e híbridos lo hicieron por 15, aumentando de US\$ 600 millones a US\$ 8800 millones para el mismo periodo (Hein 2013). Los ingresos totales del presupuesto por programas para el año 2018 ascendieron a US\$ 2744 millones, de los cuales más del 80% eran contribuciones voluntarias. El 49% de esas contribuciones provenía de agencias multilaterales (16%), alianzas público-privadas (9%), fundaciones filantrópicas (13%), organizaciones no gubernamentales (9%) y entidades del sector privado (2%) (OMS 2019). Como la mayoría de estos aportes voluntarios tienen fines específicos, son estos nuevos donantes los que ahora deciden que iniciativas y programas

para el desarrollo de la salud en los países de renta media y baja se llevan a cabo (Belardo y Herrero 2020; Herrero y Belardo 2022).

Con respecto a su actuación en crisis sanitarias pasadas, su desempeño tampoco estuvo exento de críticas. En 1996 debió ceder la coordinación internacional de la gestión de la pandemia de VIH/SIDA al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), capaz de brindar una respuesta más integral. Para 2002, buscando revertir una respuesta global que hasta el momento había sido claramente insuficiente (Clinton y Sridhar 2017), la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria implicaba asociar al sector privado en la toma de decisiones para combatir dichas enfermedades.

Por otra parte, la demora para declarar la emergencia en las epidemias de SARS en 2003 y Ébola en 2014, también le valieron fuertes acusaciones en su contra (Sanahuja 2020). Con respecto a la primera, la experiencia del SARS culminó con la revisión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para: a) reemplazar la notificación específica de enfermedades por una más general en torno a “emergencias de salud pública de preocupación internacional”; y b) incluir actores no estatales en el proceso de vigilancia mundial de las enfermedades infecciosas. Estas modificaciones buscaron solucionar vacíos críticos que limitaban el accionar de la OMS cuando los Estados no informaban los brotes o lo hacían de manera tardía y cuando la enfermedad no se encontraba sujeta a las normativas del RSI, como en el caso del VIH/SIDA. La respuesta al brote de Ébola ha sido considerada como uno de los grandes fracasos de la OMS y derivó en fuertes acusaciones por la falta de transparencia del organismo. De manera contraria, la declaración rápida de la pandemia de gripe A H1N1 (gripe porcina) en 2009, influenciada por el consejo de su Comité Permanente de Vacunación, con probados vínculos con las farmacéuticas GlaxoSmithKline y Roche, fabricantes de Relenza y Tamiflu respectivamente, fue un escándalo para la reputación y la credibilidad del organismo: la situación llevó a compras inútiles y millonarias de estos medicamentos por parte de los gobiernos de todo el mundo (Belardo y Herrero 2020). La evaluación por parte de un comité internacional de la respuesta de la OMS y la eficacia del RSI para el control de pandemias, que, como mencionamos antes, había sido reformado en 2005 debido a la actuación tardía de la organización para dar respuesta al SARS, arrojó que “la OMS no

tenía capacidad ejecutiva, su presupuesto era muy bajo en relación a su mandato y planes de acción, y además estos estaban distorsionados por las prioridades particulares de los donantes externos al financiar proyectos concretos” (Sanahuja 2020).

Ante una nueva crisis sanitaria que requería de una respuesta multilateral efectiva, la emergencia del COVID-19 encontró a una OMS debilitada. La falta de financiamiento y la infiltración creciente del capital privado con fines específicos que arrastra hace años llevan a que su margen de maniobra sea cada vez más estrecho. De la misma manera, las controversias por sus actuaciones pasadas y la resonancia, en su interior, del actual conflicto geopolítico entre China y Estados Unidos, plantearon dudas sobre su autoridad. Al mismo tiempo, como veremos a continuación, el mecanismo COVAX, elemento central del plan de acción de la OMS para garantizar el acceso equitativo a la inmunización en todo el mundo, no obtuvo los resultados esperados.

### 3.2 El mecanismo COVAX y la esperanza de una respuesta global y solidaria que no fue

Mientras que el G-7 sufría el repliegue nacionalista de Donald Trump que derivó en la cancelación de la 46.<sup>a</sup> Cumbre estipulada para 2020, en el marco del G-20, la acción política internacional en la respuesta a la pandemia estuvo destinada a la aprobación de un plan de acción para hacer frente al COVID-19, cuyo primer eje se centraba en la respuesta sanitaria. Además de reconocer y buscar fortalecer el liderazgo de la OMS y el marco normativo del RSI, se puso especial atención a las necesidades específicas de financiación de las iniciativas de salud global y al acceso equitativo a vacunas, tratamientos y diagnósticos (Rodríguez, Fanjul y Vilasanjuan 2022).

Ante el llamamiento del G-20, el 24 de abril de 2020, en un evento virtual copatrocinado por la OMS, Emmanuel Macron, presidente de Francia, Ursula Von der Leyen, presidenta de la Comisión Europea, y la Fundación Bill y Melinda Gates, se puso en marcha el Acelerador de Acceso a Herramientas COVID-19 (ACT-A), un marco de colaboración entre actores de la salud global, socios del sector privado y otras partes interesadas. Inicialmente, entre los asociados se encontraban: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Alianza Gavi para las Vacunas, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI), el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), el Unitaid, la Fundación para

la Innovación en materia de Nuevos Diagnósticos (FIND), el Wellcome Trust, el Grupo del Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates (Moon et al. 2021). Estos nueve actores están involucrados en la gestión de los cuatro pilares de trabajo del ACT-A, a saber: vacunas, medios de diagnóstico, tratamientos y conexión de sistemas de salud.

El pilar de las vacunas o COVAX está dirigido por la OMS y las asociaciones público-privadas CEPI y GAVI. Mientras que GAVI tiene entre sus socios a la OMS, UNICEF, el Banco Mundial, la Fundación Bill y Melinda Gates y, con una participación del 60% de su financiamiento, a la propia industria farmacéutica global (Big Pharma), CEPI fue impulsado por los gobiernos de Noruega e India, la OMS, el Foro Económico Mundial y las fundaciones filantrópicas Wellcome Trust y Bill y Melinda Gates (Basile y Feo 2021). La alianza COVAX, diseñada bajo el modelo de asociación público-privada (PPP) entre actores de la salud global, se presentó como un enfoque novedoso de cooperación internacional destinado garantizar un acceso equitativo a las vacunas contra el coronavirus en todos los países del mundo. Frente a la concentración del desarrollo y la producción de las vacunas en laboratorios farmacéuticos de los países con economías emergentes y altos ingresos, se volvía necesaria una estrategia multilateral y colaborativa capaz de abordar el nacionalismo y acaparamiento de vacunas por parte de los países ricos (Pushkaran, Chattu, y Narayanan 2023). La rápida capacidad para mutar del virus también presionaba por una salida conjunta de la crisis. De esta manera, la cooperación se volvía una pieza fundamental para dar una respuesta ágil y efectiva a la pandemia. En ese sentido, tal como la presentaban sus líderes, COVAX se convertía en la única solución global para la distribución justa de las vacunas (Storeng et al. 2021).

Durante el año 2020, la comunidad científico-tecnológica logró desarrollar vacunas seguras y efectivas en tiempo récord. Este proceso, que normalmente demora entre diez y quince años (Hozbor 2020), se redujo a menos de doce meses gracias a una inversión y cooperación público-privada en investigación y desarrollo (I+D) por parte de diversos actores como gobiernos, universidades, corporaciones, organizaciones internacionales y el sector filantrópico que viene de larga data y que fue reforzada por la situación de emergencia.

El mecanismo COVAX se centró principalmente en los problemas de asequibilidad y accesibilidad de los países de ingresos bajos o medios-bajos que quedaron fuera del

mercado en la pandemia de gripe A H1N1 en 2009. De ahí que se haya pensado como un fondo para la compra conjunta de vacunas que garantizase una distribución equitativa de las mismas. En ese fondo, por un lado, los países de ingresos altos y medios altos podrían adquirir un portafolio compartido de vacunas, beneficiándose tanto de los precios más bajos por dosis como de la reducción de todo tipo de riesgos relacionados con el desarrollo y adquisición de vacunas. Por otro lado, 92 países de ingresos bajos y medios bajos aprobados por GAVI podrían acceder a las vacunas de forma gratuita o subvencionada a través de contribuciones voluntarias de los Estados, como ayuda oficial al desarrollo (AOD), así como de donantes privados y bancos multilaterales de desarrollo y regionales, un modelo de compromiso anticipado de mercado (AMC, por sus siglas en inglés) originalmente propuesto por GAVI para la compra de vacunas antineumocócicas en países de ingresos bajos (Storeng et al. 2021).

Hacer una evaluación de los resultados de la iniciativa COVAX para la distribución equitativa de vacunas excede con creces los objetivos de este trabajo. No obstante, la entrega real de vacunas a través del mecanismo COVAX fue mucho menor que lo previsto. Si bien logró su primera entrega solamente tres meses después de que se aplicara la primera vacuna en Reino Unido y logró llegar a cien países que dependían exclusivamente del mecanismo en el siguiente mes y medio, las previsiones oficiales de suministro para diciembre de 2021 en los 92 países del mecanismo COVAX AMC que GAVI publicaba fueron disminuyendo con el correr del tiempo, pasando de 1800 millones de dosis a 1400 millones (Pushkaran, Chattu, y Narayanan 2023). Ya en mayo de ese mismo año, en la Cumbre Global de Salud del G-20, Ghebreyesus, director general de la OMS, advertía que casi el 90% de todas las vacunas contra el COVID-19 habían sido administradas en los países del G-20, por lo que, mientras el desarrollo de las vacunas contra el COVID-19 era un triunfo de la ciencia, su distribución inequitativa representaba un fracaso para la humanidad (Storeng et al. 2021). Según datos de UNICEF, a finales de 2021 se habían entregado menos de la mitad de las dosis del objetivo original de COVAX que era el suministro de 2000 millones de dosis. En los primeros meses de 2022, los resultados tampoco fueron los esperados, ya que de las 2300 millones de vacunas que tenía previsto entregar en el primer trimestre, solo entregó 1400 millones (Pushkaran, Chattu, y Narayanan 2023).

En su artículo publicado en la revista *The Lancet*, Ann Danaiya Usher (2021) señalaba que COVAX había resultado insuficiente a causa de que dependía de la disposición de los países ricos a compartir sus dosis. Si bien el mecanismo COVAX había sido una bonita idea nacida de la solidaridad, no se concretó porque “los países ricos se comportaron peor que en las peores pesadillas de cualquier persona” (Usher 2021, 2322). COVAX permitió que sus miembros establecieran acuerdos bilaterales con las empresas farmacéuticas para la compra de vacunas, cosa que ocurrió y terminó socavando su suministro y poder de compra, a la vez que se generaban privilegios en la fila por conseguir las vacunas. Poco después de la creación de COVAX, Estados Unidos, Canadá, la Unión Europea (UE), el Reino Unido, Israel y los países ricos del Golfo se embarcaron en una carrera para firmar acuerdos bilaterales con empresas farmacéuticas occidentales, mientras que China, Rusia e India aseguraron contratos tempranos con sus propias industrias. Como ocurrió en pandemias anteriores, los países de altos ingresos utilizaron los acuerdos de compra anticipada para asegurar un acceso temprano y amplio a las vacunas necesarias para sus poblaciones (Storeng et al. 2021). Para el 17 de septiembre de 2020, mismo día que se reunían los ministros de salud y finanzas de los países que componen el G-20 y reconocían la importancia de llevar adelante una respuesta global y coordinada para hacer frente a la pandemia, Oxfam (2020) denunciaba que las naciones ricas, representando apenas el 13% de la población mundial, ya habían adquirido más de la mitad de las dosis prometidas por los productores. Esa situación llevó a que el secretario general de las Naciones Unidas, António Guterres, alarmado frente a la lógica de mercado y la tendencia al nacionalismo de vacunas que estaba prevaleciendo, afirmara que la cooperación internacional había fallado (ONU 2020a).

Como se advierte en los elementos expuestos en estas dos secciones, la respuesta global al COVID-19 a través de mecanismos multilaterales ha presentado serias dificultades y limitaciones. Como señala Alhammadi (2022), ante la falta de mecanismos de respuesta para hacer frente a una pandemia, se refuerza “la omnipresencia de un enfoque más neorrealista: ni los regímenes ni las instituciones pueden enfrentarse especialmente bien a los retos de la COVID-19, pero los Estados individuales sí” (149). En ese sentido, en el siguiente apartado se analizan las estrategias y políticas que desplegó el Estado argentino para conseguir las vacunas necesarias para su población. Por último,

y a partir del estudio de caso, se exponen una serie de reflexiones para repensar el papel del Estado en la gobernanza de la salud global frente a una situación de emergencia como la del COVID-19.

#### **4. El Estado Argentino en busca de las vacunas**

Frente a las dificultades de la respuesta global para promover una distribución equitativa de las vacunas, muchas veces exacerbada por la tendencia al nacionalismo de insumos críticos, el gobierno diversificó su estrategia: apostó por el bilateralismo con Estados y empresas farmacéuticas, por el multilateralismo y la producción local como estrategia para el desarrollo de capacidades.

##### **4.1. Los acuerdos bilaterales de compra y producción conjunta**

Para agosto de 2020, seis vacunas se encontraban en fase III, momento en que se evalúa su seguridad y eficacia a nivel masivo. La mitad de esas vacunas se desarrollaron en China, dos por la estatal Sinopharm y una por la empresa privada Sinovac Biotech. Otra se desarrolló en Reino Unido, producto de la colaboración entre la Universidad de Oxford y el laboratorio AstraZeneca. Las últimas dos se desarrollaron en Estados Unidos, una por la empresa biofarmacéutica Pfizer y la otra por la biotecnológica Moderna (Télam 2020). Además, el 11 de agosto de ese mismo año, Rusia anunciaba la aprobación de su vacuna contra el coronavirus, la Sputnik-V, convirtiéndose en el primer país en registrar una vacuna contra el COVID-19 (Tétrault-Farber y Soldatkin 2020).

En el marco de las negociaciones entre el Estado argentino y el laboratorio de origen chino CanSinoBIO, en mayo de 2021, el jefe de Gabinete, Santiago Cafiero, reconocía que "el presidente Alberto Fernández nos ha pedido gestionar y adquirir todas las vacunas posibles y ese es nuestro trabajo cotidiano en el Gabinete" (Poggi 2021). Esta decisión se refleja en la compra de seis vacunas diferentes por parte del Estado argentino durante la pandemia: Sputnik-V, Sinopharm, CanSino, AstraZeneca-Oxford, Moderna y Pfizer-BioNTech. Solo se dejó de lado la vacuna de la empresa privada Sinovac Biotech porque se presentaron diferencias en cuanto a su eficacia (Infobae 2021a). Esta estrategia de diversificación permitió, de manera pragmática, ir sorteando la escasez de vacunas y los cuellos de botella que se fueron generando a lo largo de la pandemia. Mientras que en la

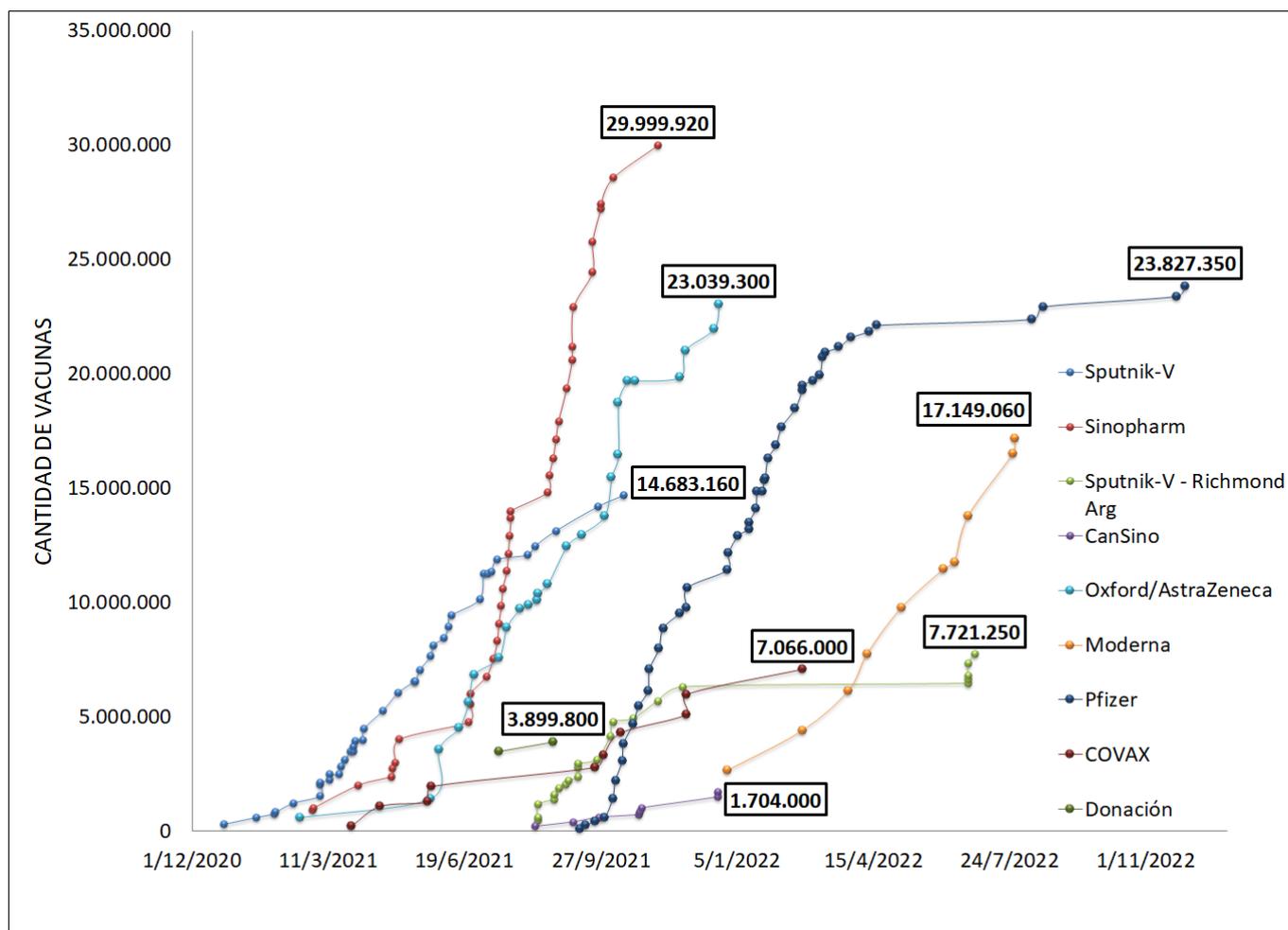
**Tabla 1** se muestran los contratos que firmó el país, en el **Gráfico 1** se presenta la evolución del ingreso de vacunas en Argentina para el periodo 2020-2022.

**Tabla 1: Contratos de vacunas (2020-2022)**

Proveedor	Fecha de la firma	Cantidad de dosis	Precio unitario
AstraZeneca (COVAX)	5/3/2020	1.944.000	USD 4,00
AstraZeneca	6/11/2020	22.400.000	USD 4,00
Human Vaccine (Sputnik V)	9/12/2020	30.000.000	USD 9,95
Serum Institute	9/2/2021	580.000	USD 4,00
Sinopharm	22/2/2021 - 10/3/2021	4.000.000	USD 20,00
Sinopharm (II)	10/6/2021	2.000.000	USD 15,00
Sinopharm (III)	25/6/2021 y 7/7/2021	1.000.000 23.000.000	USD 15,00 USD 9,00
Moderna	12/7/2021	20.000.000	USD 21,50
Cansino	24/7/2021	5.400.000	USD 17,00
Pfizer	16/8/2021	20.080.710	USD 12,00
Beijing Institute of Biological Product Co Ltd & China National Biotec Group Company Limited (COVAX)	27/9/2021	1.672.800	CNY 35,75

Fuente: Elaboración propia en base a los contratos de Vacunas COVID-19 publicadas por el Ministerio de Salud para el periodo 2020-2022. El archivo puede descargarse en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/contrato-de-vacunas\\_22-11-2022\\_v7.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/contrato-de-vacunas_22-11-2022_v7.pdf)

**Gráfico 1: Evolución del ingreso de vacunas en Argentina (2020-2022)**



Fuente: Elaboración propia en base a las actas de recepción de Vacunas COVID-19 publicadas por el Ministerio de Salud para el periodo 2020-2022. Nota: La serie COVAX contempla las vacunas compradas a través del mecanismo como también las donaciones recibidas a través de él.

La primera vacuna que llegó a la Argentina fue la Sputnik-V. Entre 2020 y 2021 se recibieron 14.683.160 dosis. En un contexto definido por la escasez de vacunas, como el que caracterizó a los primeros momentos de la pandemia, la vacuna rusa permitió dar comienzo al Plan Operativo de Vacunación contra el SARS-CoV-2 dispuesto por el gobierno, el cual se aprobaría el 29 de diciembre de 2020 e iniciaría con la inmunización del personal de salud. Argentina fue el primer país latinoamericano en aprobar esta vacuna y el segundo en el mundo. El acuerdo bilateral con Human Vaccine L.L.C, firma estatal rusa subsidiaria del Fondo Ruso de Inversión Directa (RDIF, por sus siglas en inglés), el cual representa al Centro Nacional Gamaleya de Investigación Epidemiológica y

Microbiológica, se anunció el 10 de diciembre de 2020, por un total de 30 millones de dosis a un valor de USD 9,95 por vacuna. Por otra parte, el 25 de febrero de 2021, el laboratorio argentino Richmond informaba que había suscripto un memorándum de entendimiento con el RDIF para producir la Sputnik-V localmente. Según lo establecido, Argentina importaría el antígeno para fabricar ambos componentes de la vacuna Sputnik-V y realizaría el filtrado y envasado. Bajo esta modalidad, entre agosto de 2021 y junio de 2022 se consiguieron 7.721.250 dosis para el país. A partir de febrero de 2022, la ANMAT autorizó la comercialización de la Sputnik-V argentina dentro del país y en el exterior. Si bien el convenio con RDIF ya finalizó, por lo que desde septiembre de 2022 no se producen más vacunas Sputnik-V, el proceso llevó a Richmond a construir una nueva planta en Pilar capaz de producir más de 500 millones de vacunas por año. Mientras se busca cerrar convenios para la producción de vacunas contra la gripe, hepatitis y HPV, se espera que la planta sea inaugurada a fines de 2023.

El primer ingreso de la vacuna desarrollada por la Universidad de Oxford y la empresa farmacéutica AstraZeneca se concretó el 18/02/2021. Fueron 580.000 vacunas bajo el nombre Covishield con un precio unitario de USD 4,00 correspondientes al contrato bilateral firmado nueve días antes con el productor SERUM LIFE SCIENCES LTD de India.

Entre los últimos días de marzo y los últimos días de mayo de 2021 ingresaron las vacunas de AstraZeneca compradas a través del mecanismo COVAX con un precio de USD 4,00 por dosis. Fueron 1.944.000 vacunas del contrato que se había firmado el 05/03/2020. A través del mecanismo COVAX también se recibieron vacunas de AstraZeneca donadas por Canadá y España, sumando un total de 2.352.400 dosis. Dentro de las donaciones, pero esta vez de forma bilateral, 399.800 vacunas de AstraZeneca ingresaron al país el 23/08/2021 por donación bilateral del gobierno español.

Otro intento que buscaba lograr la participación nacional en vacunas se anunció el 12 de agosto de 2020 e implicaba la producción de la vacuna sueco-inglesa de forma conjunta con México, la cual sería distribuida en toda Latinoamérica. Este acuerdo que sería celebrado por Alicia Bárcena, secretaria ejecutiva de la CEPAL, como un verdadero "COVAX regional" (CEPAL 2021) capaz de destinar 200 millones de vacunas a la región, implicaba la producción del principio activo de la vacuna en el laboratorio argentino mAbxience y el posterior envasado en el laboratorio mexicano Liomont. A estos actores

se sumó el aporte de la Fundación Carlos Slim, fundamental para llevar adelante este acuerdo de cooperación. De esta manera, la Argentina lograba insertarse en la cadena de valor de las vacunas. No obstante, como señala Comerci y Zubeldia Brenner (2022), la forma de la inserción presentó vulnerabilidades. Por una medida del gobierno de Estados Unidos que no permitía la salida del país de insumos y/o vacunas relevantes para hacer frente a la emergencia sanitaria, 843.600 vacunas de AstraZeneca que debían llegar a la Argentina en marzo de 2021, como parte de la primera entrega del contrato bilateral de 22,4 millones de vacunas suscripto el 6 de diciembre de 2020 a un valor de USD 4,00 por vacuna, quedaron retenidas allí, luego de haber sido enviadas por Liomont para su envasado que, en una primera instancia, no contaba con los insumos necesarios en su planta de México. Superado este obstáculo inicial, durante todo el 2021 arribaron 22.459.300 dosis cuyo principio activo se produjo en la Argentina.

La vacuna Sinopharm, de origen chino, fue la más aplicada en el país y por ella se firmaron tres contratos. El primero fue por 4 millones de dosis que llegaron entre febrero y mayo de 2021 a un valor por dosis de USD 20,00. El segundo se firmó el 10 de junio de 2021 por 2 millones más a un valor de USD 15,00. El último contrato involucró la entrega de 24 millones de dosis entre julio y noviembre de 2021. El valor unitario del primer millón de dosis fue nuevamente de USD 15,00, mientras que los 23 millones restantes ingresaron a un valor de USD 9,00 por vacuna. Es interesante destacar que la mitad de las vacunas del último contrato se pagaron en yuanes a mitad de su costo original debido al escalamiento de la producción en China que impulsó esa rebaja y el acuerdo firmado entre los bancos centrales de ambos países que permite el intercambio sin pasar por el dólar y reduce así las comisiones de la transacción (Kollmann 2021a). Por los tres acuerdos bilaterales, durante el año 2021 se registró el ingreso de 29.999.920 vacunas. Sobre el fin de ese año ingresaron 1.672.800 dosis más de Sinopharm a través del mecanismo COVAX.

Por la vacuna CanSino, también proveniente de China, el gobierno argentino firmo el 24 de julio de 2021 un acuerdo por la compra de 5,4 millones de dosis a un valor de USD 17,00 por unidad. Finalmente, solo ingresaron al país 1.704.000 vacunas distribuidas en ocho envíos entre agosto y diciembre de ese año.

La llegada de las vacunas provenientes de los Estados Unidos estuvo precedida por largas negociaciones en las que participaron tanto representantes del gobierno argentino

y estadounidense como también los laboratorios Moderna, Pfizer y Johnson & Johnson (Cafferata 2021; Jastreblansky 2021). Este proceso se desarrolló en un contexto signado por una fuerte presión política, social y mediática que denunciaba una preferencia del gobierno argentino por cerrar acuerdos con Rusia y China en detrimento de los acuerdos con empresas norteamericanas (Kollmann 2021b). Además, un sector de la población tenía especial interés en el ingreso de la vacuna pediátrica de Pfizer, más aún cuando la vacuna de Sinopharm con la que se empezó a vacunar a los niños y niñas fue puesta en duda por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) (Vallejos 2021). A esta situación se agregó la intención del gobierno norteamericano de donar bilateralmente 3.500.000 dosis de Moderna, la mayor donación de vacunas del país del Norte a un país de América Latina hasta ese momento. A pesar de que las empresas estadounidenses habían sido capaces de atender la demanda local e incluso presentar excedentes, recién para mayo de 2021 se registró el primer antecedente de donación de vacunas. Este fue de 4,2 millones de dosis para Canadá y México, seguido por los compromisos a nivel mundial del 3 y del 10 de junio que asignaron 20 millones de vacunas para los países latinoamericanos. La estrategia geopolítica de donación de vacunas desplegada por Washington buscó acoplarse a un movimiento de mayor presencia de agencias estatales políticas y militares de Estados Unidos en América Latina, además de reaccionar frente al avance de las vacunas rusas y chinas en su propia periferia, cuyo avance se había aprovechado del nacionalismo de vacunas que primó en Estados Unidos durante el primer semestre de 2021 (Malacalza y Fagaburu 2022).

Para superar las barreras legales que impedían la llegada de vacunas norteamericanas al país, incluyendo las involucradas en la donación, el gobierno argentino tuvo que superar dos condicionantes. En primer lugar, tuvo que adecuar la normativa vigente. Para ello, con la firma del DNU 431/2021 con fecha 02/07/2021 se modificó, por decreto, la ley de vacunas 27.573, sancionada en 2020: a) eliminando la causal de “negligencia” como atributo de responsabilidad del proveedor, estableciendo que se pactará en los contratos específicos que se firmen en el futuro el modo en que el Estado recibe conforme o no las vacunas que adquiere; b) reemplazando los términos “maniobras fraudulentas y conductas maliciosas” por “conductas dolosas”, concepto que tiene acogida en la terminología del artículo 1724 del Código Civil y Comercial de la Nación; c) disponiendo la

creación del Fondo de Reparación COVID-19, destinado a aquellas personas que eventualmente padezcan un daño en la salud física como consecuencia directa de la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 (Decreto 431/2021) y; d) eliminando la inmunidad soberana de regalías petroleras que cobra el Estado nacional por si no responde el Fondo de Reparación COVID-19. En segundo lugar, una vez establecido el marco legal, el acuerdo de donación con el gobierno de los Estados Unidos requería, previamente, el cierre de algún contrato con empresas estadounidenses (Kollmann 2021b) como el que se firmó con Moderna el 12/07/2021 por 20 millones de dosis a un valor unitario de USD 21,50. Finalmente, el ingreso de las vacunas provenientes de los Estados Unidos se inició el 16/07/2021 con la llegada de las dosis donadas por la administración norteamericana. El acuerdo con Pfizer para la adquisición de 20.080.710 vacunas a un valor de USD 12,00 por unidad se cerró el 16/08/2021.

Exceptuando la primera entrega del contrato con Moderna, que involucró 2.643.340 dosis que ingresaron el 29/12/2021, las nueve entregas restantes se hicieron durante los primeros siete meses de 2022. Se recibieron, en total, 17.149.060 vacunas producto del contrato de compra con esta empresa. Por su parte, Pfizer comenzó a mandar vacunas más rápidamente. De septiembre a diciembre de 2021 ingresaron 12.153.960 dosis y, durante todo el siguiente año, 11.673.390 vacunas más. Con un total de 23.827.350 dosis, la vacuna de Pfizer se convirtió, para el periodo 2020-2022, en la vacuna más aplicada detrás de Sinopharm.

#### 4.2 La vía multilateral

El gobierno argentino apostó fuerte por el multilateralismo para lograr una distribución mundial equitativa de las vacunas (Simonoff 2021). Esto quedó reflejado en su primer discurso ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, en septiembre de 2020, donde hizo un llamado a recrear un multilateralismo basado en la solidaridad y solicitó que la vacuna contra el COVID-19 sea considerada como un bien público global (ONU 2020b).

De la misma manera, en enero de 2021, durante un encuentro de alto nivel en la sede de la CEPAL, el presidente de la República Argentina advertía que el multilateralismo era el único camino para hacer frente a los problemas globales (Télam 2021). En referencia a uno de los debates más relevantes que se suscitaron durante la pandemia, Argentina

ratificó la iniciativa presentada por Sudáfrica e India en octubre de 2020 ante el Consejo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para levantar temporalmente los derechos de propiedad intelectual de las vacunas contra el COVID-19 con el fin de aumentar su producción y solucionar el acceso desigual entre países ricos y pobres (Simonoff 2021). El mandatario argentino pidió varias veces por la liberalización de las mismas, incluso en el G-20, y celebró el apoyo del presidente de los Estados Unidos, Joe Biden, en el marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Finalmente, un año después, el consejo anunció que no estaba en condiciones de acordar un resultado concreto y positivo en ese momento (OMC 2021). Las grandes farmacéuticas y muchos de sus países de origen argumentaban que las patentes no son el principal obstáculo para escalar la fabricación y que su liberalización minaría los incentivos para la innovación. Finalmente, en junio de 2022, la OMC publicó la Decisión Ministerial relativa al Acuerdo sobre los ADPIC que dejaba sin efecto al sistema de patentes por un plazo de cinco años y su eventual comercialización en otros países de bajos ingresos (OMC 2022). Las críticas por los dos años perdidos, así como por el alcance de este acuerdo que resultó mucho menos ambicioso que lo planteado por la propuesta original, no tardaron en aparecer. Mientras que este acuerdo se limitó a las patentes sobre vacunas, la propuesta original incluía datos de prueba, test de diagnóstico, dispositivos médicos, terapias o procedimientos para su tratamiento, equipos de protección personal, sus materiales o componentes y sus métodos y medios de fabricación.

La importancia otorgada al multilateralismo también se reflejó en la participación del Estado argentino en la iniciativa COVAX. Argentina solicitó 9 millones de vacunas a COVAX. Esto corresponde al 10% de su población, que era el mínimo que se podía solicitar para ingresar al mecanismo. Para agosto de 2021, como ya mencionamos en el apartado anterior, el país había cerrado un solo acuerdo por 1.944.000 vacunas, las cuales ingresaron entre marzo y mayo de ese año. En un cruce con Santiago Cornejo, responsable del Fondo COVAX para América Latina y director de Financiamiento y Sustentabilidad de las Inmunizaciones en GAVI, producto de la polémica que se generó en torno a un supuesto rechazo de compra de la vacuna de Pfizer por parte del gobierno argentino, el ex ministro de Salud, Ginés González García, señalaba en junio de 2021 que las

negociaciones con COVAX habían sido un fracaso y que el incumplimiento de COVAX para con la Argentina había sido absoluto, teniendo en cuenta que se esperaba el total de las vacunas pedidas para febrero de ese año (Infobae 2021b). En la segunda mitad del año 2021, además de las donaciones de Canadá y España, ingresaron 1.672.800 vacunas de Sinopharm compradas al Beijing Institute of Biological Product Co Ltd & China National Biotec Group Company Limited a través del mecanismo COVAX y pagadas en yuanes a un valor de 35,75 cada dosis. La última entrega de COVAX fue en febrero de 2022 con el envío de 1.096.800 vacunas de AstraZeneca. En diciembre del año anterior, el gobierno argentino había ofrecido donar este lote de vacunas a COVAX teniendo en cuenta que el 83% de la población ya había recibido al menos una dosis y el 70% contaba con esquema completo, contemplando además que ya tenía el stock suficiente para mantener su plan de vacunación (MSAL 2021). Finalmente, el monto total de vacunas que ingresaron al país mediante el mecanismo COVAX fue de 7.066.000. Casi el 75% del total lo hicieron entre septiembre de 2021 y febrero de 2022.

#### 4.3 La vacuna argentina ARVAC Cecilia Grierson

La primera identificación positiva de SARS-CoV-2 en el país se confirmó el 3 de marzo de 2020. Nueve días más tarde, el presidente Alberto Fernández firmaba el Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020, el cual facultaba al Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación, a adoptar las medidas de salud pública necesarias, y a adquirir bienes y servicios para garantizar la salud de la población. Asimismo, a mediados de marzo se anunció la conformación de la Unidad Coronavirus COVID-19, integrada por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCyT), por la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Productivo y la Innovación (Agencia I+D+i) y por el CONICET.

Para fines de abril de ese mismo año, la Agencia I+D+i presentaba el resultado de la Convocatoria Extraordinaria a Ideas Proyecto IP-COVID-19, seleccionando para su financiamiento un proyecto de la Dra. Juliana Cassataro, especialista en Inmunología, enfermedades infecciosas y desarrollo de vacunas en el Instituto de Investigaciones Biotecnológicas (IIB-UNSAM) dependiente de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM) y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Este primer paso, que generó un subsidio por 100 mil dólares, sería fundamental para el

posterior desarrollo de la vacuna argentina contra el COVID-19 ARVAC Cecilia Grierson. Como señala Cassataro (2020), “el proyecto se hizo porque hubo ese llamado y ahí lo desarrollamos. En realidad, veníamos trabajando en áreas que son complementarias para esa iniciativa, pero sin financiamiento no podemos hacer nada”.

El desarrollo de la vacuna se inició en junio de 2020 y, para el fin de ese año, ya se había obtenido el prototipo vacunal, fruto del trabajo de investigadoras/es de la UNSAM y el CONICET en conjunto con la Fundación Pablo Cassará. Durante los últimos meses del año 2021, con financiación de la Agencia I+D+i, en el marco de un proyecto del Fondo Argentino Sectorial (FONARSEC), se llevaron adelante los ensayos preclínicos. Al año siguiente, en lo que representó la primera vez para una vacuna preventiva de enfermedades infecciosas diseñada y desarrollada integralmente en Argentina, se completaron los ensayos clínicos de fase I en 80 voluntarios, los cuales fueron financiados por el Laboratorio Pablo Cassará. Solo tres países de la región habían llegado tan lejos hasta ese momento: Cuba, Brasil y México.

A partir de los resultados exitosos de la fase I, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) autorizó, en enero de 2023, a continuar con los ensayos clínicos de las fases II y III. Con un apoyo económico de 1.100 millones de pesos por parte de la Agencia I+D+i, se probaron, en dos etapas, una fórmula bivalente y dos monovalentes en más de 2000 voluntarios. La primera etapa involucró 232 voluntarios en dos centros médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Para la segunda etapa los ensayos se realizaron en 1782 voluntarios en once centros distribuidos en tres provincias argentinas y CABA.

Mediante las disposiciones 8078/23, del 25 de septiembre 2023, y 8604/23, del 17 de octubre del mismo año, la ANMAT aprobó la inscripción de la vacuna argentina ARVAC Cecilia Grierson en su presentación monovariante y bivariante, respectivamente, en el Registro de Especialidades Medicinales. De esta manera, la vacuna podrá ser producida y comercializada en territorio argentino como vacuna de refuerzo en mayores de 18 años.

Este proceso que duró casi cuatro años e involucró una extensa red público-privada de recursos, liderada por la UNSAM, el CONICET y el Laboratorio Cassará, permite que el país tenga su primera vacuna segura e inmunogénica desarrollada íntegramente en la

Argentina. El proyecto necesitó 16 millones de dólares de inversión directa, de los cuales 8,5 millones fueron aportados por el Estado nacional y 7,5 millones por el Laboratorio Cassará (Zamponi 2023). Habiendo completado todas las etapas de desarrollo, los resultados arrojaron que la vacuna induce el aumento de anticuerpos contra el COVID-19, en una cantidad de entre 10 y 16 veces mayor que antes de aplicar la vacuna, sin presentar efectos adversos significativos. La vacuna presenta dos ventajas importantes. La primera es que está basada en proteínas recombinantes, una tecnología muy segura y conocida que se utiliza desde hace tres décadas para producir la vacuna contra la Hepatitis B o contra el HPV y que, además, puede almacenarse a temperatura de heladera (2°C a 8°C), lo que facilita la logística en su distribución. Algunas vacunas como la Sputnik-V, Moderna o Pfizer, sobre todo en sus primeras formulaciones, requerían de menores temperaturas para su correcta conservación, lo que dificultaba mantener la cadena de frío, sobre todo en las regiones menos preparadas para este tipo de circunstancias. La segunda, que representa una gran fortaleza en pos de la soberanía sanitaria, es su fácil adaptación a nuevas variantes del virus que pudiesen circular en el país y en la región. Todas las vacunas importadas son formuladas con las cepas que prevalecen en el hemisferio norte. Tanto para las vacunas contra el coronavirus como, por ejemplo, las producidas contra el virus influenza (gripe estacional). En consecuencia, la vacuna nacional no solo permite sustituir importaciones, sino que también abre la posibilidad de exportarla a los demás países de la región.

La decisión del Estado argentino de invertir y participar activamente en el desarrollo y producción de una vacuna nacional contra el coronavirus contribuyó al desarrollo de capacidades y a aumentar su soberanía sanitaria con la creación de una plataforma que va a posibilitar transferir tecnología para el desarrollo de otras vacunas. Si bien los acuerdos bilaterales de compra de vacunas fueron fundamentales para lograr inmunizar a la población del país, la entrega de las vacunas no estuvo exenta de dificultades y obstáculos que, en una situación de emergencia, evidencian los riesgos de la dependencia con el Norte Global. Como señala Fernando Peirano, presidente de la Agencia I+D+i, “con menos del 2% de los recursos previstos para 2024 para la compra de vacunas, creamos una capacidad que sólo 8 países tienen, que nos permite resolver problemas conocidos y también estar mejor preparados para enfrentar los desafíos que se presenten a futuro.

Una capacidad propia que nos brinda tranquilidad, soberanía y divisas gracias a futuras exportaciones hacia América Latina”. Por último, es importante destacar que la vacuna ARVAC Cecilia Grierson es un ejemplo de lo que la articulación público-privada con liderazgo del Estado puede ofrecer para el desarrollo de un país periférico como Argentina. Como destaca Zamponi (2023), solo trece países del mundo consiguieron diseñar, ensayar tres fases clínicas, aprobar y producir una vacuna contra el COVID-19. En América Latina, solo Argentina.

## **5. Conclusión**

La pandemia por COVID-19 nos recordó que el sistema internacional ha alcanzado un alto grado de interconexión e interdependencia, al mismo tiempo que puso a prueba la construcción conceptual, política y narrativa de la gobernanza de la salud global. Apoyado en la idea de que los problemas globales trascienden las capacidades de respuesta de los Estados, este constructo se presentaba como el marco más adecuado para abordar los desafíos de una emergencia sanitaria de alcances inéditos. Sin embargo, el resultado no fue el esperado.

Durante la gestión de la crisis, esta arquitectura que se creía fortalecida por la incorporación de actores - como CEPI y GAVI - y mecanismos - como COVAX - con gran capacidad técnica y recursos, no logró armonizar los intereses de los Estados e imponerse a su gestión de la emergencia sanitaria como problema de seguridad nacional. Por su parte, la OMS, que a pesar de las críticas y los constantes pedidos de reforma sigue desempeñándose como principal autoridad en materia de salud, tampoco logró ocupar un papel rector, limitándose, en la mayoría de los casos, a reclamar una mayor cooperación por parte de los distintos países. Por el contrario, han sido los Estados los que, en última instancia, facilitaron u obstruyeron el proceso de gestión de la crisis sanitaria y su gobernanza en cuanto al desarrollo, producción y distribución de las vacunas, sobre todo cuando nos referimos a las grandes potencias. Por tanto, es preciso matizar críticamente la narrativa post-internacional del modelo de la gobernanza de la salud global. La visión globalista de la salud, en términos de Davies (2010), o post-westfaliana, citando a Fidler (2004), da cuenta de la incorporación e importancia de nuevos actores en los procesos de política sanitaria a nivel global, sobre todo del sector privado, no obstante, se inclina a sobrevalorar su papel al mismo tiempo que subestima

la capacidad estatal dentro de la nueva arquitectura. En ese sentido, la pandemia demostró, tal como sostiene Ricci (2009), que cualquier afirmación sobre la emergencia de un marco significativamente más global y horizontal de la salud es prematura.

Contrariamente a la concepción liberal del Estado sobre la que difunde la noción de la gobernanza de la salud global, es posible afirmar que el Estado argentino emergió como un actor proactivo, pragmático y flexible, jugando un papel crucial en la búsqueda de vacunas para proteger la salud de su población. Mientras que la OMS y la iniciativa COVAX se enfrentaron a desafíos significativos y limitaciones en su capacidad para abordar eficazmente la pandemia a nivel global, el Estado argentino mostró un buen margen de maniobra para hacer uso de diversos mecanismos que le permitiesen sortear la escasez de vacunas, agravada muchas veces por el acaparamiento de los países más ricos y los cuellos de botella en la producción y distribución de las mismas.

El gobierno hizo uso de los espacios multilaterales como la Asamblea General de Naciones Unidas, el G-20, la OMC y la CEPAL para destacar la importancia de alcanzar un multilateralismo solidario basado en la cooperación que permitiese una salida colectiva de la crisis, a la vez que abogó por la necesidad de declarar a las vacunas como bienes públicos globales y ratificó su apoyo a la iniciativa presentada por Sudáfrica e India para liberar las patentes de las vacunas. Sin embargo, la pandemia evidenció la fragilidad del sistema multilateral para declarar a las vacunas como bienes públicos globales. Su deficiente gestión política, profundamente atravesada por el enfrentamiento geopolítico entre Estados Unidos y China, que ha quedado de manifiesto con las acusaciones cruzadas en torno al papel de la OMS, no logró superar la lógica de mercado y alcanzar acuerdos convergentes en tiempo y forma con respecto al pedido de suspensión de las patentes de las vacunas.

Por otra parte, el mecanismo COVAX que se había presentado como la esperanza para el acceso equitativo mundial a las vacunas resultó insuficiente. A las trabas que planteó el monopolio intelectual de las Big Pharma para aumentar los centros de producción de dosis se le sumó una gran debilidad estructural que fue su dependencia de los países ricos. El nacionalismo de vacunas que prevaleció durante la fase de desarrollo y, luego, durante una buena parte de la fase de producción de vacunas, truncó el ideario cooperativo que se esperaba de los países de altos ingresos, cuya falta de compromiso y acaparamiento

de vacunas (en cantidades que muchas veces excedía a la población del país) dificultó seriamente cualquier posibilidad de alcanzar una salida colectiva y eficaz. Para la República Argentina, la experiencia con COVAX no fue la esperada. Si bien, finalmente, ingresó una cantidad de vacunas considerable, tres cuartas partes lo hicieron fuera de término.

En cambio, los acuerdos bilaterales de cooperación y compra son los que mejores resultados le dieron al Estado argentino, por lo que una buena parte de su éxito se debió, entonces, a las acciones tradicionales de cooperación y diplomacia con otros Estados y empresas extranjeras. Como hemos mencionado, la estrategia fue adquirir todas las vacunas posibles y, en ese sentido, la diversificación de proveedores resultó en una verdadera fortaleza para el gobierno. Las seis vacunas a las que intentó acceder activamente terminaron ingresando al país, inclusive las vacunas norteamericanas, por las cuales se tuvo que flexibilizar previamente la ley de vacunas 27.573. Contar con un amplio abanico de vacunas le permitió al Estado argentino ir sorteando los obstáculos y condicionantes vinculados a la producción y distribución que se fueron presentando, ya sea, desde las lentas negociaciones con los laboratorios norteamericanos y las demoras en la entrega producto de la escasez de dosis o cuellos de botella hasta, por ejemplo, las demoras producidas por cuestiones políticas, como lo fue la retención de vacunas de AstraZeneca por parte del gobierno de Estados Unidos. Apoyado inicialmente en la vacuna rusa y en la china, que fueron claves al inicio de la pandemia en un momento caracterizado por la falta de vacunas y la competencia por el acceso a las mismas, el ingreso de las vacunas Moderna y Pfizer, siendo esta última la segunda vacuna más aplicada para el periodo 2020-2022, demuestra que el gobierno argentino fue pragmático y geopolíticamente diverso. Con respecto a los acuerdos de cooperación para la producción local de las vacunas Sputnik-V y AstraZeneca, esto representó, para el Estado argentino, la oportunidad de insertarse en las cadenas de valor, generando un nivel tecnológico-productivo que permitiese tener una plataforma disponible para futuras pandemias.

Por otra parte, esta estrategia heterodoxa que nunca perdió de vista el desarrollo de capacidades, no solo logró la inserción en las cadenas de valor sino, también, alcanzar una plataforma propia de desarrollo y producción de vacunas. El interés del gobierno por

fortalecer la soberanía y autosuficiencia en materia de salud quedó demostrado con la creación de la Unidad Coronavirus COVID-19 y el financiamiento que hizo posible el posterior desarrollo de la vacuna ARVAC Cecilia Grierson. Además, el Estado, a través de su Agencia de I+D+i, fue el responsable de oficiar de nexo entre el sector público y el sector privado para el escalado de la producción. A diferencia de los otros mecanismos, la posibilidad de controlar el proceso completo de producción le permite al país acelerar la respuesta frente a una emergencia, reducir costos, dejar de utilizar dólares para financiar la compra de vacunas y adaptar la producción contra las variantes circulantes de su territorio y/o la región. Al mismo tiempo se evitan las consecuencias del nacionalismo de vacunas por una inserción dependiente en la cadena de valor.

Los resultados de este trabajo, apoyados en datos empíricos, evidencian el rol protagónico del Estado argentino, cuyo liderazgo activo y presente fue crucial a la hora de conseguir las vacunas necesarias para inmunizar a su población contra el COVID-19. En un país periférico y dependiente como Argentina, es con la intervención del Estado que se promueven acciones destinadas a reforzar la soberanía y autosuficiencia sanitaria para disponer, ante futuras pandemias, de una plataforma científico-tecnológica propia. De esta manera, el ejemplo analizado otorga argumentos válidos para subrayar la importancia de no subestimar la capacidad de los Estados a la hora de defender a sus poblaciones en emergencias sanitarias, así como de entender el papel que juegan en el avance de los procesos de gobernanza de la salud global.

Por cierto, este trabajo deja interrogantes para futuras investigaciones, principalmente relacionados con la necesidad de revisar, en perspectiva comparada, los mecanismos de respuesta para conseguir vacunas de otros gobiernos de América Latina. Profundizar la relación entre la formulación y aplicación de políticas públicas de salud, el papel del Estado y la gobernanza de la salud global en pos de articular mecanismos de prevención y respuesta a emergencias sanitarias o de índole similar, puede contribuir a enriquecer la agenda de investigación de las Relaciones Internacionales. Así pues, es preciso destacar la importancia de aportar voz y palabra desde el campo de las RI a la negociación y praxis de la política pública.

## **Bibliografía**

Abbondanzieri, Camila. 2020. "Actores privados y salud global en el sistema de cooperación internacional: un vínculo reforzado en el marco de la pandemia de COVID-19." *Perspectivas Revista De Ciencias Sociales* 5 (10): 494–519. <https://doi.org/10.35305/prcs.v0i10.376>

Alhammadi, Abdullah. 2022. "The Neorealism and Neoliberalism behind International Relations during COVID-19." *World Affairs* 185 (1): 147–175. <https://doi.org/10.1177/00438200211065128>

Alonso, José Antonio. 2012. "La teoría del desarrollo y los cambios en el sistema internacional." *Revista CIDOB d'Afers internacionals* 100: 43-65. [https://www.cidob.org/es/articulos/revista\\_cidob\\_d\\_afers\\_internacionals/100/la\\_teor%C3%ADa\\_del\\_desarrollo\\_y\\_los\\_cambios\\_en\\_el\\_sistema\\_internacional](https://www.cidob.org/es/articulos/revista_cidob_d_afers_internacionals/100/la_teor%C3%ADa_del_desarrollo_y_los_cambios_en_el_sistema_internacional)

Ayllón, Bruno. 2007. "La Cooperación Internacional para el Desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la Teoría de las Relaciones Internacionales." *Carta Internacional* 2 (2): 32-47. <https://cartainternacional.abri.org.br/Carta/article/view/416>

Banco Mundial. 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington D.C: Banco Mundial.

Barbé, Esther. 1989. "Cooperación y conflicto en las relaciones internacionales. (La teoría del régimen internacional)." *Revista CIDOB d'Afers internacionals* 17: 55-67. <https://raco.cat/index.php/RevistaCIDOB/article/view/27818/51946>

Basile, Gonzalo. 2018. *La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico*. Buenos Aires: CLACSO. [https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II\\_DOSSIERS\\_DE\\_SALUD\\_INT\\_SUR\\_SUR\\_GT2019.pdf](https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190320033726/II_DOSSIERS_DE_SALUD_INT_SUR_SUR_GT2019.pdf)

Basile, Gonzalo y Oscar Feo. 2021. *Determinación, dependencia y descoordinación en las vacunas para el SARS-CoV-2 en América Latina y El Caribe*. Buenos Aires: CLACSO. [https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/12/Cuaderno-PLC-N91-diciembre\\_2021.pdf](https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/12/Cuaderno-PLC-N91-diciembre_2021.pdf)

Basrur, Rajesh, and Frederick Kliem. 2021. "Covid-19 and international cooperation: IR paradigms at odds." *SN Social Sciences* 1 (1): 7. [doi:10.1007/s43545-020-00006-4](https://doi.org/10.1007/s43545-020-00006-4)

Belardo, Marcela B., y María Belén Herrero. 2020. "COVID-19 y el foco en la agenda global." *Soberanía Sanitaria*, edición especial: 64-70. [https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/06/Edicion\\_Especial\\_Pandemia.pdf](https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2020/06/Edicion_Especial_Pandemia.pdf)

Cafferata, María. 2021. "El decreto que permite que el plan vacunación llegue hasta los menores." *Página12*, 3 de julio, 2021. <https://www.pagina12.com.ar/352161-el-decreto-que-permite-que-el-plan-vacunacion-llegue-hasta-l>

Cassataro, Juliana. 2020. "La ciencia tiene que ser una política de Estado." Entrevista por Ezequiel Bergonzi. *Página12*, 18 de junio, 2020. <https://www.pagina12.com.ar/272834-la-ciencia-tiene-que-ser-una-politica-de-estado>

CEPAL. 2019. "El sector privado tiene la oportunidad de contribuir a la movilización de recursos para la implementación de la Agenda 2030 en la región." *CEPAL*, 22 de abril, 2019. <https://www.cepal.org/es/noticias/sector-privado-tiene-la-oportunidad-contribuir-la-movilizacion-recursos-la-implementacion>

CEPAL. 2021. "Presidente de Argentina aboga por la unidad de América Latina y el Caribe y el fortalecimiento del multilateralismo para construir sociedades más justas e igualitarias." *CEPAL*, 27 de enero, 2021. <https://www.cepal.org/es/comunicados/presidente-argentina-aboga-la-unidad-america-latina-caribe-fortalecimiento>

Clinton, Chelsea y Devi L. Sridhar. 2017. *Governing Global Health. Who runs the world and why?* Nueva York: Oxford University Press.

Comerci, Diego J., y Lautaro Zubeldia Brenner. 2022. "El sentido profundo de la soberanía sanitaria." *Télam*, 3 de mayo, 2022. <https://www.telam.com.ar/notas/202205/591363-el-sentido-profundo-de-la-soberania-sanitaria.html>

Davies, Sara E. 2010. "What contribution can International Relations make to the evolving global health agenda?" *International Affairs* 86 (5): 1167-1190. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2346.2010.00934.x>

De Ortuzar, María Graciela. 2015. "'Gobernanza' Y 'Gobernanza En salud': ¿Una Nueva Forma De Privatizar El Poder político?" *Oxímora. Revista Internacional De Ética Y Política* (5): 63-86. <https://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/10874>.

Fidler, David P. 1996. "Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases." *Emerging Infectious Diseases* 2 (2): 77-84. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639823/>

Fidler, David P. 2003. "SARS: Political pathology of the first post-Westphalian pathogen." *Journal of Law, Medicine & Ethics* 31 (4): 485-505. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2003.tb00117>.

Fidler, David P. 2004. *SARS, Governance, and the Globalization of Disease*. Londres: Palgrave Macmillan.

Franco-Giraldo, Álvaro. 2016. "Salud global: una visión latinoamericana." *Revista Panamericana de Salud Pública* 39 (2): 128–136. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28225>

Giovanella, Ligia, Oscar Feo, Mariana Faria, y Sebastián Tobar, orgs. 2012. *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: ISAGS.

Göttems, Leila Bernarda Donato, and María de Lourdes Rollemberg Mollo. 2020. "Neoliberalism in Latin America: Effects on Health System Reforms." *Revista De Saúde Pública* 54 (August): 74. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001806>.

Hein, Wolfgang. 2013. "The New Dynamics of Global Health Governance". En *Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*, editado por Ilona Kickbusch, Graham Lister, Michaela Told y Nick Drager, 55-72. Nueva York: Springer.

Herrero, María Belén, y Marcela B. Belardo. 2022. "Salud Internacional Y Salud Global: Reconfiguraciones De Un Campo En Disputa". *Relaciones Internacionales* 95 (2): 63-91. <https://doi.org/10.15359/ri.95-2.3>.

Hozbor, Daniela. 2020. "Vacunas, un insumo esencial que la pandemia puso nuevamente en valor." *Portal Investiga de la Universidad Nacional de La Plata*, 25 de septiembre, 2020. <https://investiga.unlp.edu.ar/opinion/vacunas-un-insumo-esencial-que-la-pandemia-ha-puesto-nuevamente-en-valor-18298>

Infobae. 2021a. "Vacuna china anticovid tiene cuatro tasas de eficacia distintas." *Infobae*, 12 de enero, 2021. <https://www.infobae.com/americas/agencias/2021/01/12/vacuna-china-anticovid-tiene-cuatro-tasas-de-eficacia-distintas/>

Infobae. 2021b. "Ginés González García descalificó al director de COVAX que reveló que el Gobierno le pidió que no enviaran vacunas de Pfizer: "Es un caradura"." *Infobae*, 1 de junio, 2021. <https://www.infobae.com/politica/2021/06/02/gines-gonzalez-garcia-descalifico-al-director-de-covax-que-revelo-que-el-gobierno-le-pidio-que-no-enviaran-vacunas-de-pfizer-es-un-caradura/>

Jastreblansky, Maia. 2021. "La trastienda y los detalles del decreto para destrabar la compra de vacunas Pfizer, Janssen y Moderna" *La Nación*, 3 de julio, 2021. <https://www.lanacion.com.ar/politica/el-gobierno-anuncia-el-decreto-para-destrabar-la-compra-de-vacunas-pfizer-janssen-y-moderna-nid02072021/>

Kickbusch, Ilona, and Austin Liu. 2022. "Global health diplomacy-reconstructing power and governance." *Lancet* 399 (10341): 2156-2166. doi:10.1016/S0140-6736(22)00583-9

Kollmann, Raúl. 2021a. "La vacuna Sinopharm con ventajas: se pagará en yuanes y a mitad de su costo original." *Página12*, 23 de julio, 2021. <https://www.pagina12.com.ar/356497-la-vacuna-sinopharm-con-ventajas-se-pagara-en-yuanes-y-a-mit>

Kollmann, Raúl. 2021b. "https://www.pagina12.com.ar/363585-el-gobierno-confirmando-el-acuerdo-con-pfizer-por-20-millones-d." *Página12*, 25 de agosto, 2021. <https://www.pagina12.com.ar/363585-el-gobierno-confirmando-el-acuerdo-con-pfizer-por-20-millones-d>

Legler, Thomas. 2013. "Gobernanza Global". En *Introducción a las Relaciones Internacionales: América Latina y la Política Global*, editado por Thomas Legler, Arturo Santa Cruz y Laura Zamudio González, 253-266. México: Universidad Iberoamericana.

Malacalza, Bernabé y Debora Fagaburu. 2022. "¿Empatía o Cálculo? Un análisis crítico de la geopolítica de las vacunas en América Latina". *Foro Internacional* LXII (1): 5-45. doi:10.24201/fi.v62i1.2866

McInnes, Colin y Kelley Lee. 2012. *Global Health and International Relations*. Cambridge: Polity.

MSAL. 2021. "El gobierno ofreció donar 1.096.800 dosis de vacunas al mecanismo COVAX." *Ministerio de Salud de la Nación*, 29 de diciembre, 2021. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-ofrecio-donar-1096800-dosis-de-vacunas-al-mecanismo-covax>

OECD. 2011. "Alianza de Busan para la cooperación eficaz al desarrollo". Fecha de consulta, 15 de marzo de 2023. <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/49650200.pdf>

OECD. 2016. *Private Sector Engagement for Sustainable Development: Lessons from the DAC*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266889-en>.

OMC. 2021. "Los Miembros buscan la convergencia para proporcionar una respuesta a la COVID-19 desde la perspectiva de la PI." *Organización Mundial del Comercio*, 14 de octubre, 2021. [https://www.wto.org/spanish/news\\_s/news21\\_s/trip\\_14oct21\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/news_s/news21_s/trip_14oct21_s.htm)

OMC. 2022. "Declaración Ministerial sobre la respuesta de la OMC a la pandemia de COVID-19 y la preparación para futuras pandemias." *Organización Mundial del Comercio*, 22 de junio, 2022. <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=s:/WT/MIN22/31.pdf&Open=True>

OMS. 2019. *Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2018-2019: examen de mitad de periodo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/328788>

ONU. 2020a. "El mundo reprobó el examen de cooperación frente a la pandemia, urge repensar el multilateralismo: Guterres." *Noticias ONU*, 24 de septiembre de 2020. <https://news.un.org/es/story/2020/09/1481212>

ONU. 2020b. "Argentina: De la pandemia, al igual que de la pobreza, nadie se salva solo." *Noticias ONU*, 22 de septiembre, 2020. <https://news.un.org/es/story/2020/09/1480992>

OXFAM. 2020. "Small group of rich nations have bought up more than half the future supply of leading COVID-19 vaccine contenders." September 17, 2020. <https://www.oxfam.org/en/press-releases/small-group-rich-nations-have-bought-more-half-future-supply-leading-covid-19>

Peirano, Fernando. 2023. "La Argentina que funciona y su primera vacuna." *Infobae*, 21 de octubre, 2023. <https://www.infobae.com/opinion/2023/10/21/la-argentina-que-funciona-y-su-primera-vacuna/>

Poggi, Nicolas. 2021. "Argentina tiene contratos con cinco laboratorios y acerca posiciones con CanSino." *Télam*, 29 de mayo, 2021. <https://www.telam.com.ar/notas/202105/555912-contratos-laboratorios-vacunas-coronavirus.html>

Pushkaran, Anjali, Vijay Kumar Chattu y Prakash Narayanan. 2023. "A critical analysis of COVAX alliance and corresponding global health governance and policy issues: a scoping review." *BMJ Global Health* 8 (10): 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012168>

Ricci, James. 2009. "Global Health Governance and the State: Premature Claims of A Post-International Framework." *Global Health Governance* 3 (1): 1-18. [https://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Ricci\\_Global-Health-Governance-and-the-State\\_Fall-2009.pdf](https://blogs.shu.edu/ghg/files/2011/11/Ricci_Global-Health-Governance-and-the-State_Fall-2009.pdf)

Rodríguez, Virginia, Gonzalo Fanjul y Rafael Vilasanjuan. 2022. "La salud global en la agenda internacional: Lecciones de la pandemia para un nuevo papel de España en el mundo." *Análisis del Real Instituto Elcano (ARI) 2022 (14)*: 1-9. <https://media.realinstitutoelcano.org/wp-content/uploads/2022/02/ari14-2022-rodriguez-fanjul-vilasanjuan-la-salud-global-en-la-agenda-internacional.pdf>

Ruggie, John G. 2004. "Reconstituting the Global Public Domain - Issues, Actors, and Practices." *European Journal of International Relations* 10 (4): 499-531. <https://doi.org/10.1177/1354066104047847>

Sanahuja, José Antonio. 2020. "COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global". En *Riesgos globales y multilateralismo: el impacto de la COVID-19. Anuario CEIPAZ 2019-2020*, coordinado por Manuela Mesa, 27-54. Madrid: CEIPAZ (Fundación Cultura de Paz). <https://ceipaz.org/wp-content/uploads/2020/05/4.2020-AnuarioJose-Antonio.pdf>

Simonoff, Alejandro. 2021. "Análisis preliminar de la política exterior sanitaria de Alberto Fernández ante la pandemia (19 de marzo de 2019 a 21 de septiembre de 2021)." *Revista de Investigación en Política Exterior Argentina* 1 (2): 27-40. [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.14566/pr.14566.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.14566/pr.14566.pdf)

Storeng, Katerini Tagmatarchi, Antoine de Bengy Puyvallée y Felix Stein. 2021. "COVAX and the rise of the 'super public private partnership' for global health." *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1987502>

Télam. 2020. "Seis vacunas en Fase 3 lideran la carrera global para combatir al coronavirus." *Télam*, 12 de agosto, 2020. <https://www.telam.com.ar/notas/202008/501666-seis-vacunas-fase-3-coronavirus.html>

Télam. 2021. "Fernández reclamó "unidad regional" y afirmó que el "multilateralismo es el único camino"." *Télam*, 27 de enero, 2021. <https://www.telam.com.ar/notas/202101/542763-fernandez-papa-capitalismo.html>

Tétrault-Farber, Gabrielle, y Vladimir Soldatkin. 2020. "Putin anuncia que Rusia ha aprobado la primera vacuna para el COVID-19." *Reuters*, 11 de agosto, 2020. <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-rusia-vacuna-putin-idLTAKCN25716A-OUSLT>

Tokatlian, Juan Gabriel, y Rodrigo Pardo. 1990. "La teoría de la interdependencia: ¿Un paradigma alternativo al realismo?" *Estudios Internacionales* 23 (91): 339-382. <https://doi.org/10.5354/rei.v23i91.15518>

UNDP. 2017. *Plan Estratégico del PNUD para 2018-2021*. Nueva York: Naciones Unidas. <https://undocs.org/es/DP/2017/38>

Usher, Ann Danaiya. 2021. "A beautiful idea: how COVAX has fallen short." *The Lancet* 397 (10292): 2322–2325. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01367-2)

Vallejos, Soledad. 2021. ""Actitud expectante": la Sociedad Argentina de Pediatría pide al Gobierno que muestre la evidencia científica que respaldó el uso de Sinopharm en chicos desde los 3 años." *La Nación*, 3 de octubre, 2021. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/actitud-expectante-la-sociedad-argentina-de-pediatria-pide-al-gobierno-que-muestre-la-evidencia-nid02102021/>

Wenham Clare, Joshua W. Busby, Jeremy Youde y Asha Herten-Crabb. 2023. "From Imperialism to the Golden Age to the Great Lockdown: The Politics of Global Health Governance." *Annual Review of Political Science* 26 (1): 431-450. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-052521-094633>

Williams, Owain David, y Simon Rushton. 2011. "Private Actors in Global Health Governance". En *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*, editado por Owain David Williams y Simon Rushton, 1-25. London: Palgrave Macmillan.

Youde, Jeremy. 2017. "Global Health Governance in International Society." *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations* 23 (4): 583-600. doi: <https://doi.org/10.1163/19426720-02304005>

Youde, Jeremy. 2018. *Global Health Governance in International Society*. Oxford: Oxford University Press.

Zamponi, Alejandro. 2023. "Los 13 países que desarrollaron integralmente vacunas contra el COVID-19." *Noticias UNSAM*, 1 de noviembre, 2023. <https://noticias.unsam.edu.ar/2023/11/01/los-13-paises-que-desarrollaron-vacunas-contracovid-19/>

Zelicovich, Julieta. 2022. "La teoría de Gobernanza Global como enfoque analítico y los puentes conceptuales con el debate latinoamericano." *Colombia Internacional* 109: 171-195. <https://doi.org/10.7440/colombiaint109.2022.07>

Zurbriggen, Cristina. 2011. "Gobernanza: una mirada desde América Latina." *Perfiles Latinoamericanos* 19 (38): 39-64. <https://doi.org/10.18504/pl1938-039-2011>

Zurbriggen, Cristina. 2014. "De la gobernanza neoliberal a la gobernanza del bien público. Los servicios del agua en América Latina." *Revista Estado y Políticas Públicas* 2 (2): 47-64. [https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1401637976\\_dossier-2.pdf](https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1401637976_dossier-2.pdf)