



Sistemas de salud en Argentina y la región

Boletín de la BCN

135

Boletín de la Biblioteca del Congreso de la Nación. -- Año 1, n.º 1 (1918)-
Año 11 (1929) ; 2.ª época, Año 1, n.º 1 (mayo 1932)-Año 2, n.º 6 (oct.1934) ;
[3.ª época], n.º 1 (sept./oct. 1934)- . -- Buenos Aires : Biblioteca del
Congreso de la Nación, 1918- .
v. ; 25 cm.

ISSN 0004-1009.

1. Biblioteca del Congreso - Argentina - Publicaciones Periódicas. I. Biblioteca
del Congreso.

La historia como tragedia y farsa: vacunas, oligopolios y desigualdades globales

Marcela Belardo

María Belén Herrero

El primer caso de coronavirus que el sistema de salud chino detecta se produjo el 16 de diciembre de 2020 en el Hospital Wuhan Union. Con el correr de los días comenzaron a acercarse otros pacientes con síntomas parecidos a los de una neumonía (*La Nación*, 30/3/2020). El 26 de diciembre se reporta esta situación al sistema de vigilancia epidemiológica y el 30 de diciembre las autoridades definen una búsqueda activa de pacientes con estos mismos síntomas. El 31 de diciembre la provincia de Wuhan alerta al sistema de salud nacional, al Center for Disease Control de China y la Organización Mundial de la Salud (OMS) es notificada de este infrecuente aumento de casos de neumonía, que a primera vista no parecía deberse al SARS. El 7 de enero de 2021, los científicos chinos detectan que se trata de un coronavirus y el 12 de enero, esto es, a menos de un mes de notificarse el primer caso, secuencian su genoma. Al otro día ya disponían de los primeros *kits* para pruebas (Pueyo, 2020). El 20 de enero se incorpora como enfermedad de notificación obligatoria para todo el sistema de salud, y el 23 de enero del mismo mes se cierra por completo la provincia de Wuhan; y al día siguiente sucede lo mismo con otras 15 ciudades. El 30 de enero, la OMS declara la emergencia de salud pública de importancia internacional y, ante la rápida propagación del virus al resto del mundo, el 11 de marzo declara el estado de pandemia. El virus se había extendido a 190 países, y entre marzo y abril el 90 % de la población mundial estaba sometida a cierres parciales o completos de fronteras y a restricciones para viajar (Sanahuja, 2020).

El 11 de agosto se registró la primera vacuna contra esta enfermedad, la Sputnik V, desarrollada por el Instituto Gamaleya, un centro de investigación estatal ruso. Rápidamente siguieron los registros de las otras vacunas que hoy se encuentran disponibles. Así, a 8 meses de confirmarse el primer caso en el mundo y a tan solo 7 meses de declararse la emergencia internacional, el mundo ya contaba con las primeras vacunas para una enfermedad que hasta entonces se desconocía y no tenía tratamiento.

Como nunca en la historia, los científicos obtuvieron vacunas, medicamentos y tratamientos contra el COVID-19 a una velocidad asombrosa. Sin embargo, la producción y distribución de las dosis, lejos de responder a la lógica de equidad y acceso universal, continuaron regidas por las leyes de la oferta y demanda. Lejos de los primeros anuncios que pregonaban por una vacuna como bien público de la humanidad, la vacuna quedó en los brazos de unos pocos.

Si la pandemia vino a visibilizar las profundas e injustas desigualdades globales persistentes, las vacunas no hicieron más que profundizarlas.

El capitalismo nos muestra una vez más —a más de 18 meses de iniciada la pandemia— que ni ante las peores crisis sanitarias globales, la salud es un bien público. Así, la pandemia de COVID-19 pone en evidencia la inexorable relación entre el comercio y la salud pública bajo el actual sistema de producción y las contradicciones entre los intereses económicos y el derecho a la salud, pero también confirma la importancia de seguir bregando por el acceso universal a los sistemas de salud como principal política sanitaria y la cooperación entre los países como herramienta epidemiológica.

En el 2021, el año de la guerra mundial por las vacunas, la salud ocupa un lugar destacado en las agendas de los organismos internacionales y de los foros globales, donde se disputan los intereses económicos y geopolíticos de los actores que los conforman: los países, sobre todo, pero también la gran industria farmacéutica y el sector filantrópico.

NACIONALISMOS DE LAS VACUNAS: “HAGA FILA, QUE LAS VACUNAS SON DEL NORTE”

Antes de la llegada de las primeras vacunas, las naciones ricas, que concentran solo el 14 % de la población mundial, ya habían preadquirido más de la mitad del primer suministro potencial de vacunas en el mundo. De los 700 millones de dosis aplicadas en todo el mundo en los primeros 6 meses de iniciada la vacunación global, más del 87 % fue destinado a países de ingresos altos o medianos-altos y solo el 0,2 % a los de ingresos bajos. En los países de ingresos altos significa que una de cada cuatro personas recibió una vacuna, mientras que apenas una persona entre 500 en los países de bajos ingresos. A ocho meses de la llegada de las vacunas, EE. UU. y muchos países de Europa vacunaron a más del 70 % de su población con al menos una dosis, mientras que la mayor parte de los países de África —que pudieron iniciar la vacunación— no llegaron al 2 % (Our World in Data, 2021). Más de 130 países aún no recibieron una sola dosis, y 9 de cada 10 países pobres no tendrían acceso a la vacuna contra la COVID-19 el próximo año. De las vacunas producidas, Latinoamérica tiene por contrato solo un 11 % y África un 4 %. Estas cifras contrastan con las de países como EE. UU. y los de la Unión Europea que llegan a cubrir un 199 % a su población, o Canadá un 532 % (Malamud y Nuñez, 2021).

El rol de Estados Unidos fue especialmente pernicioso para la producción mundial de vacunas. Invocando la Ley de Producción para la Defensa (Defense Production Act), dictada en 1950 durante la Guerra de Corea, el gobierno norteamericano no solo forzó a empresas nacionales a producir elementos médicos contra la pandemia, sino que restringió la exportación de insumos clave para la fabricación de vacunas en otros países, como filtros y elementos plásticos, e incluso viales (frascos para envasar las vacunas), provocando cortes en la cadena

mundial de suministros de esos componentes que retrasaron meses la elaboración de vacunas en diferentes partes del planeta (De la Vega, 2020).

En un mundo cada vez más interconectado y globalizado —y en especial frente a problemas de salud globales como la COVID-19— las respuestas no pueden ser únicamente individuales, sino que deben construirse de manera colectiva. En efecto, en respuesta a esta emergencia sanitaria, si hay algo que ha primado hasta ahora ha sido la tendencia por parte de la mayoría de los gobiernos del mundo a adoptar acciones individuales, lo que ha dejado a la deriva a los países más empobrecidos en una especie de “sálvese quien pueda” (Garber, 2021). La distribución de las vacunas contra la COVID-19 —la principal forma hoy de controlar la pandemia— va en esa misma dirección. Lejos de aquellos primeros anuncios con intención de declarar a la vacuna un bien público global, lo que prima es la lógica del mercado, según la cual los procesos de compra-venta responden más a criterios económicos y geopolíticos que a demandas de Salud Pública.

Las dificultades que se advierten en torno al acceso a las vacunas para el COVID-19 tienen como telón de fondo el bajo nivel de producción en manos de un oligopolio farmacéutico. Las pocas disponibles, además, se distribuyen mayoritariamente en un pequeño grupo de países (Garber, 2021).

En consecuencia, este reparto inequitativo de vacunas a nivel global es resultado, por un lado, de que solo un grupo selecto de países ha podido adquirir y/o producir las primeras dosis disponibles y, por otro, de que no todos los países con capacidad para fabricarlas lo están haciendo. El efecto es la escasez y el acceso desigual a las vacunas, ubicando a los países periféricos en un “*apartheid* de vacunas”.

Respecto a esto último, una de las principales restricciones está dada por la existencia de derechos exclusivos que otorgan las patentes y otros derechos de propiedad intelectual que generan monopolios a favor de las grandes farmacéuticas (Bigpharma). Una patente es un título que la autoridad nacional expide a una persona física o jurídica y, así otorga el monopolio temporal de explotación de una invención. En el caso de patentes, la protección “no expirará antes de que haya transcurrido un período de 20 años” (ADPIC). Es muy conocida la trampa de los laboratorios farmacéuticos que para renovar una patente por otros 20 años presentan un producto supuestamente nuevo u original, pero es casi idéntico a su antecesor.

Con la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC), las empresas convirtieron el monopolio en una ley global, estableciendo normas que obligaban a cualquier país miembro a respetarlas en pos de la protección y aplicación de estos monopolios (principalmente farmacéuticos y tecnológicos). Así, en 1995, la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC) estableció un tratado sobre derechos de propiedad intelectual: el acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Este acuerdo relaciona por primera vez cuestiones de propiedad intelectual y comercio, y proporciona un mecanismo para la solución de diferencias entre los Estados; exige que todos los Estados miembros de la OMC incorporen en sus legis-

laciones nacionales normas universales mínimas para los derechos de propiedad: los derechos de autor, las patentes y las marcas. Hasta entonces los países tenían la potestad de elaborar y aplicar sus propios sistemas de propiedad intelectual; América latina, de hecho, no protegía a sus productos farmacéuticos. Los acuerdos sobre los ADPIC limitaron considerablemente esa libertad nacional (Nodal, 2020).

Ahora bien, aun cuando la OMC establece esta norma de base, los países conservaban cierto margen de acción. De hecho, es lo que le permitió a la India devenir en el principal país productor de medicamentos genéricos en el mundo. Argentina, por ejemplo, se negó a firmar el llamado Tratado de Cooperación en Materia de Patentes, que habilitaba a tener una patente global que se respetara y que debía cumplirse en todos los países miembros del Tratado. En Argentina, la empresa farmacéutica que quería una patente tenía que solicitarla directamente en la Oficina de Patentes de Argentina para obtener la protección del monopolio de ese medicamento. Como muchos no la solicitaron, Argentina podía fabricar medicamentos genéricos que no solo estaban disponibles en el país, sino que se exportaban a otros países (Taylor, 2021).

Entonces, es preciso considerar que siempre ha existido tensión sobre la propiedad intelectual en el campo de la salud pública, ya que genera que las compañías farmacéuticas mantengan el control exclusivo y absoluto de la producción, distribución y tengan la libertad de fijar los precios. Esta libertad sobre los productos patentados ha llevado a que un gran número de medicamentos no se encuentre disponible para la mayoría de la población que vive en países periféricos. Esto es grave, porque cuando hablamos de un producto farmacéutico estamos hablando de un producto esencial para prevenir o curar una enfermedad, incluso para evitar la muerte. El monopolio, además, genera una enorme disparidad de precios, que comprobamos actualmente en las vacunas contra el COVID-19 que va de 4 a 40 dólares. Si bien las patentes no son la única barrera al acceso a los productos farmacéuticos, sobre todo en la actual pandemia, están siendo un factor determinante.

En el 2001, la llamada Declaración de Doha marcó un hito en las discusiones sobre derechos de propiedad intelectual y salud pública, ya que abrió la puerta a ciertas “flexibilidades” en la propiedad intelectual en situaciones de crisis sanitarias. “Cada Estado miembro tiene el derecho de conceder licencias obligatorias y la libertad de determinar las bases sobre las cuales se conceden tales licencias” (OMC, 2001). Al mismo tiempo sostiene que “cada estado miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia (...)” (OMC, 2001). En este sentido, desde la perspectiva nacional, tenemos varios antecedentes de liberación de patentes farmacéuticas. Un ejemplo de licencia obligatoria de patentes fue el de Brasil en 2007. Su Ministerio de Salud otorgó una “licencia obligatoria” al medicamento contra el sida Efavirenz, producido por el laboratorio Merck que estaba protegido por su patente. Previamente a la adopción de esta medida, se produjeron extensas negociaciones del gobierno brasileño con el fabricante multinacional alemán, pero no se llegó a un acuerdo. Muchas veces ha sucedido que, con solo la amenaza de un país a una

licencia compulsiva, los laboratorios cedan una parte de sus ganancias con tal de no perder la totalidad del mercado. Liberada la patente en territorio nacional, Brasil pudo entonces iniciar la producción local del medicamento y superar la crisis sanitaria que estaba atravesando. La medida adoptada por el gobierno brasileño no significó ni un acto ilegal ni una muestra de autoritarismo estatal ni un avasallamiento a la propiedad privada intelectual —como hoy pretenden hacernos creer las grandes corporaciones farmacéuticas y algunas naciones ricas—. Fue una medida amparada en los acuerdos internacionales (Taylor, 2021).

Brasil no ha sido el único país en utilizar este mecanismo, sino que otros países, urgidos por crisis sanitarias, tuvieron que dar el mismo paso, como Tailandia, Mozambique, Malasia e Indonesia, entre otros. Antes del 2001, cuando el mundo atravesaba la epidemia de VIH/Sida, los monopolios farmacéuticos provocaron que las personas de países de altos ingresos tuvieran acceso a medicamentos contra el VIH, mientras dejaban morir a millones de personas en los países periféricos. No debemos olvidar esa tragedia y mucho menos hoy, cuando se está produciendo un fenómeno bastante similar en nuestros países.

En el marco de la pandemia y frente a la escasez de vacunas, en octubre de 2020, India y Sudáfrica propusieron en el Consejo de los ADIPC de la OMC la suspensión temporaria de los derechos de propiedad intelectual sobre tecnologías, medicamentos y vacunas para el COVID-19, permitiendo así a los países periféricos, producir o eventualmente adquirir versiones más accesibles de estas al levantar los secretos comerciales y liberar el *know how* tecnológico para ampliar la producción mundial de dosis.

Se han realizado más de 10 reuniones, y si bien la propuesta es apoyada por más de 100 países, se necesitan dos tercios de los 164 países que componen la OMC para que sea aprobada. Frente a esta propuesta, las principales potencias occidentales —Estados Unidos, Reino Unido, la Unión Europea, Brasil, Japón y Australia— se han alineado en contra, y aliándose con los laboratorios farmacéuticos, están bloqueando la iniciativa. Al mismo tiempo, son estas mismas naciones ricas las que acaparan la mayoría de las existencias mundiales de vacunas. Los países desarrollados han comprado más dosis de las necesarias para su población. Mientras que el resto debe asegurarse sus propias dosis, pero en desigual poder de negociación —y capacidad de pago— con las grandes multinacionales farmacéuticas. Tampoco hay que olvidar que dos terceras partes del financiamiento para la investigación en vacunas proviene del financiamiento público (Herrero y Lombardi, 2021).

MULTILATERALISMO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL: OPORTUNIDADES PERDIDAS EN PANDEMIA

La debilidad del multilateralismo, la ausencia de mecanismos globales y la fragmentada cooperación internacional son las caras visibles de esta pandemia, donde lo individual ha prevalecido en detrimento de lo colectivo.

Los organismos internacionales de la salud están en primera plana, y particularmente se ha puesto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el ojo de la tormenta (Belardo y Herrero, 2020). Las disputas entre los países y al interior de ellos quedaron en evidencia, sobre todo en la actual guerra por la adquisición de vacunas.

En abril de 2020, la administración estadounidense a cargo de Donald Trump anunció la suspensión temporal de los fondos que le otorga a la OMS con el argumento de que el organismo no había hecho su trabajo de enviar expertos médicos a China para medir la situación de “forma objetiva en el terreno”. No es la primera vez que la OMS resulta un campo de disputa de los intereses políticos de los países, como tampoco es la primera vez que EE. UU. intenta poner en jaque a una organización multilateral retirando sus fondos. De hecho, esa es su política cuando estos organismos no responden a sus intereses inmediatos (Belardo y Herrero, 2020).

En cada epidemia, más aún cuando es de alcance mundial y afecta a los países desarrollados, la OMS se encuentra en el centro de la atención, algo esperable siendo el organismo referente de la salud a nivel mundial, y teniendo una responsabilidad en lo que al control de las enfermedades infecciosas y la coordinación de la respuesta internacional refiere (Guilbaud, 2020).

La OMS es una organización intergubernamental que dispone solamente de la autoridad que sus Estados le otorgan, debe respetar la soberanía de estos y no puede dar muestras de injerencia en sus asuntos internos. En términos de financiamiento, depende de los aportes de sus Estados miembros. Hace casi 3 décadas que el presupuesto de la OMS se encuentra muy fragmentado y dependiente de aportes voluntarios de Estados y sectores privados y filantrópicos, lo que sin dudas limita su margen de acción y condiciona su agenda. Asimismo, la OMS se ve limitada por las relaciones geopolíticas entre los Estados, en particular en la actual disputa entre EE. UU. y China, y entre China y Taiwan en materia de epidemias.

Con todo esto, la pandemia nos muestra una vez más que, aun en “el ojo de la tormenta”, los organismos internacionales deben cumplir el rol de coordinadores y de catalizadores de la solidaridad (Guilbaud, 2020). La coordinación corresponde primero a la OMS; sin embargo, cada vez más actores disputan el escenario de la salud global, muchas veces con intereses contradictorios, socavando su margen de acción y liderazgo.

También, se suma algo que ha prevalecido en esta pandemia, y que han sido las salidas individuales. Los Estados implementaron sus propias medidas, desoyendo las necesidades globales y sobre todo desaprovechando las oportunidades de aunar esfuerzos en pos de una respuesta más coordinada y conjunta.

Las organizaciones internacionales son también catalizadoras de solidaridad internacional (Guilbaud, 2020). Así, frente a este escenario de desigualdad global, se han lanzado algunas iniciativas mundiales en la búsqueda de ampliar el acceso a las vacunas para los países de bajos y medianos ingresos. Una de ellas es el Mecanismo COVAX, en el marco de colaboración denominado “Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19” (Acelerador ACT). COVAX está

codirigida por la Alianza Gavi para las Vacunas, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI) y la OMS, donde participan más de 180 países. Este mecanismo propone ser una colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19 y para ello ha anunciado un acuerdo para la compra y distribución de vacunas destinadas a países en desarrollo. Si bien apunta a convertirse en un mecanismo global, desde varios sectores se han señalado limitaciones para garantizar la equidad del acceso.

Los hechos hoy han demostrado que el único mecanismo global, COVAX, ha fracasado precisamente por el desincentivo a la cooperación y el “sálvese quien pueda” que ha primado desde que comenzó la pandemia, sobre todo debido a las negociaciones y acuerdos bilaterales de los países ricos con los fabricantes. De hecho, se calcula que podría cumplir apenas con el 20 % de las dosis estipuladas para mitad de año.

Asimismo, contra las consecuencias inequitativas del sistema de acceso a vacunas y de patentes, surgió otra iniciativa impulsada por el presidente de Costa Rica, Carlos Alvarado. La iniciativa de Acceso Mancomunado a Tecnología contra la COVID-19 (C-TAP) propuso hacer público el conocimiento, la propiedad intelectual y la información relacionada con las tecnologías sanitarias contra la COVID-19.

Si bien el Repositorio Libre de Recursos Técnicos fue apoyado por 37 países, incluida la Argentina, finalmente no recibió una sola iniciativa, por lo que COVAX, con todas sus limitaciones, se presenta como el único mecanismo global (Gómez *et al.*, 2020).

Por otra parte, los líderes políticos del G20, que representan las 20 economías principales del mundo, junto con representantes de la Comisión Europea, países africanos y asiáticos y con 12 organizaciones internacionales, científicos y fundaciones privadas se reunieron virtualmente en Roma, Italia, en la cumbre de salud con el objetivo de llegar a consensos para mitigar los efectos de la pandemia de COVID-19. La vacunación fue el principal tema de la cumbre, y en oposición a la liberación de patentes de las vacunas propusieron promover acuerdos de licencias voluntarias de propiedad intelectual, transferencia voluntaria de tecnología y conocimientos técnicos, y mancomunación de patentes en términos mutuamente acordados.

Así, la política del G20 para que todos los países del mundo accedan a las vacunas es la beneficencia. Los países ricos donarán dosis a los países necesitados a través del mecanismo mundial COVAX o donando lo que les sobra en acuerdos bilaterales (sobre todo a países de África). Esta política es similar a la de grandes filántropos como el magnate estadounidense Bill Gates, cuyo enfoque prevaleció en la cumbre de salud del G20. De hecho, Gates aseguró recientemente que la superación de la pandemia del coronavirus a nivel global dependerá de que los países más ricos compartan los excedentes de sus vacunas con las naciones que tienen menores recursos económicos para adquirirlas (INFOPAN 131).

En mayo de 2021 concluyó la 74.ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS (INFOPAN 134). Al día siguiente de la clausura de la Asamblea, se publicó una comu-

nicación conjunta entre los cuatro directivos de la OMS, el Banco Mundial, el FMI y la OMC en torno al acceso a la vacunación-mencionando que “persiste una peligrosa brecha entre las naciones más ricas y las más pobres”.

El plan contempla 50 mil millones de dólares, de los cuales \$22 mil millones provendrían de los gobiernos del G20 en fondos adicionales destinados al ACT-Accelerator para el 2021. Alrededor de US\$ 15 mil millones podría provenir de gobiernos nacionales respaldados por bancos multilaterales de desarrollo, incluida la facilidad financiera de US\$ 12 mil millones del Banco Mundial para la vacunación. Por su parte, el FMI está preparando una asignación de derechos especiales de giro (DEG) para impulsar las reservas y la liquidez de sus miembros.

Si bien esto da cuenta del rol de los organismos multilaterales y de crédito en el abordaje de la pandemia, también deja a los países de la región a merced de donaciones, créditos y del financiamiento externo, que engrosa las deudas y condicionalidades hacia estos países.

En plena pandemia, las estrategias geopolíticas no descansan. Por el contrario, en una crisis como la que estamos viviendo, que no solo es sanitaria sino también económica, social, política y humanitaria, los reposicionamientos y presiones resultan más evidentes, como veremos a continuación. Como hemos mencionado, la salud global se encuentra condicionada por los intereses privados, pero también por los países más poderosos, en una agenda global donde la mayoría de los países tienen poco margen para decidir.

GEOPOLÍTICA DE LA INMUNIZACIÓN Y LA DIPLOMACIA DE LAS VACUNAS

En este escenario de pandemia, las vacunas devinieron en una herramienta vinculada a la diplomacia, situación difícil de imaginar tan solo dos años atrás: quién hubiera creído que “la conquista del mundo” se haría a través de vacunas.

Tanto es así que, si observamos la distribución de los desarrolladores de vacunas con sede en países ricos, estos han seleccionado principalmente a socios fabricantes también con sede en países ricos (el 77 %). Mientras que los desarrolladores de vacunas de India (Bharat Biotech), China (Sinopharm, Sinovac y CanSino) y Rusia (Gamaleya) han escogido principalmente socios fabricantes con sede en países de renta media (el 88 %). Entre los fabricantes, la mayoría son empresas privadas, pero algunos son organismos gubernamentales, empresas estatales o asociaciones público-privadas.

Por ejemplo, el Fondo de Inversión Directa de Rusia avanzó con la fabricación internacional masiva de su vacuna Sputnik V a través de un modelo de “licencias abiertas”, en contraste con el resto de los desarrolladores occidentales de vacunas que, principalmente, fabrican y distribuyen vacunas en países de ingresos altos (Pharmabaires, 2021). Contrasta esta situación, la de AstraZeneca, que firmó alrededor de una docena de acuerdos exclusivos con fabricantes, incluida la República de Corea y el Serum Institute of India, lo que impidió que otros fabricantes del mismo país pujaran por producir la vacuna.

Los problemas en torno a dicha exclusividad se hicieron más evidentes la primavera pasada, cuando el Serum Institute of India detuvo sus exportaciones de la vacuna AstraZeneca “Covishield” a más de 100 países de bajos ingresos en África y en otros lugares que participaban en la instalación de vacunas COVAX copatrocinada por la OMS después de que los casos de COVID-19 en la India comenzaron a dispararse. Esto, a su vez, desencadenó un efecto dominó, paralizando las campañas de vacunación que apenas habían comenzado en los países de ingresos bajos y medianos de todo el mundo y dejándolos más dependientes que nunca de las donaciones de vacunas de los países ricos o, alternativamente, de las vacunas producidas por China o Rusia. Sin embargo, cabe destacar, que no ha compartido su receta de vacuna con el Grupo de Acceso a la Tecnología COVID-19 (C-TAP) respaldado por la OMS, ni se ha unido a la Alianza COVAX. En este sentido, no tiene tanto que ver con el carácter filantrópico sino más bien con la posibilidad de demostrar que puede ser un jugador mundial y convertirse en un proveedor global de vacunas más permanente (Pharmabaires, 2021).

Sorpresivamente, la administración de Joe Biden modificó luego su postura y se pronunció a favor de suspender las protecciones de patentes para las vacunas contra el COVID-19 mientras dure la pandemia. Esto representa un giro histórico para un gobierno de los EE. UU., donde el reclamo de protección de Propiedad Intelectual y Patentes siempre ha sido parte integral de la política exterior norteamericana por décadas. Es posible que el cambio de postura de los Estados Unidos sea más una táctica política para restaurar su reputación arruinada, por su indiferencia y acciones negativas en la distribución de vacunas al resto del mundo, en un contexto donde su liderazgo mundial se encuentra disputado por China y Rusia en lo que concierne a la diplomacia de las vacunas. Al mismo tiempo, el gobierno de EE. UU. está donando dosis que tiene en exceso (y que no están aprobadas para su uso en Estados Unidos) al extranjero, ya sea a través del mecanismo COVAX de la OMS o de acuerdos bilaterales. Precisamente, la donación ha sido la propuesta política que definieron las 20 economías más importantes del mundo reunidos en la Cumbre de Salud Global del G20 durante el mes de mayo de 2021, en la que predominó la propuesta filantrópica del magnate Bill Gates que hemos mencionado.

Por un lado, en esta disputa se hace visible una vez más el conflicto entre el lucro privado y salud pública, y que se refleja en la persistencia de las grandes farmacéuticas (que son las que tienen derechos exclusivos para fabricar las vacunas) en negarse a suspender las patentes. Situación que se consolida con el apoyo de los países occidentales más ricos en connivencia con los intereses de la industria farmacéutica. Por el otro, Rusia y China, ambos productores de vacunas, estarían a favor de liberar las patentes de sus vacunas en apego a las reglas de la OMC, que permite hacerlo en situaciones extraordinarias como la actual pandemia.

Así, las vacunas contra el COVID-19 se han convertido en un arma más de la diplomacia, y América Latina y el Caribe siguen siendo un escenario donde todos juegan. China, Rusia e India están en carrera para conquistar mercados e influencia

política a través de la diplomacia sanitaria con intereses diferentes. La posición de los tres países contrasta con el unilateralismo de europeos y estadounidenses (Belardo, 2021b).

India es el mayor productor de vacunas en el mundo y está jugando fuerte en la Organización Mundial del Comercio (OMC). Junto con Sudáfrica propone que la organización renuncie a ciertas protecciones sobre la propiedad intelectual, y así permitir a los países pobres fabricar versiones asequibles de las vacunas. India enfrenta de esta manera a las *Big Pharma* para fortalecer sus empresas nacionales. Al mismo tiempo que participa de forma intensa en los países asiáticos para contrarrestar la influencia de China.

China, la más grande factoría del mundo, continúa siendo el mayor proveedor de insumos, como equipos de protección y respiradores, y ahora de sus tres vacunas (Sinopharm, Cansino, y Sinovac), dos de producción estatal y una en asociación con los canadienses. Rusia, con la Sputnik V, ratificó su capacidad de producción científico-tecnológica —a pesar de una furiosa campaña de desprestigio—, mejoró su posición en el sistema internacional, y estrechó lazos con América Latina y otras regiones. Tanto China como Rusia están aprovechando la oportunidad para fortalecer su poder en los países periféricos. Particularmente, el gigante asiático intenta ganar más influencia en América Latina teniendo en cuenta la política de Trump que se inclinó hacia el interior de sus fronteras basado en el principio de “primero los americanos”. China aprovecha entonces la cooperación que había establecido antes de la pandemia para fortalecer sus intereses en la región (Belardo, 2021b).

DESARROLLO LOCAL Y SOBERANÍA SANITARIA: EL SUR TAMBIÉN EXISTE

En América Latina, la mitad de todos los contagios registrados se produjeron en Brasil, que es el tercer país del mundo con más casos en términos absolutos (solo por detrás de Estados Unidos e India). Brasil es, también, el segundo país con más fallecidos del mundo, por detrás de Estados Unidos y por delante de India y México que está en cuarto lugar. En cuanto al país con mayor tasa de mortalidad, también está en la región latinoamericana: Perú.

América Latina ha sido una de las áreas más afectadas por la pandemia y, sin embargo, también ha sido una de las regiones que menos dosis de vacunas recibió. Luego de más de 8 meses de haberse aplicado la primera vacuna en la región, los países latinoamericanos llevaban algo más de un 2 % del total de dosis aplicadas, mientras que Europa concentraba más del 25 %, Norteamérica, más del 30 %, y Asia, casi un 40 % del total de vacunas.

Al interior de la región también se observan grandes desigualdades. Mientras que en Chile y Uruguay más del 70 % de la población ya ha recibido al menos una dosis y en Argentina más del 50 %, en Nicaragua menos del 4 % y en Haití el 0,5 %.

Uno de los principales problemas para el acceso a más vacunas es la dependencia latinoamericana de la importación y de las reservas de otros países. Esto está vinculado por un lado, al tema de los desarrollos locales y por el otro, a la fabricación en territorio propio con la anuencia de las industrias farmacéuticas titulares de las licencias en cuestión.

En cuanto al segundo punto, como se mencionó, los grandes laboratorios han otorgado licencias de producción a un pequeño número de empresas y han soslayado a compañías públicas y privadas de países en desarrollo, como Cuba.

Pfizer y Moderna, por ejemplo, firmaron un total de 6 y 9 acuerdos, respectivamente, con fabricantes. Todos tienen sede en países de altos ingresos como Francia, Suiza o Alemania, a excepción de un acuerdo entre Moderna y Shanghai Fosun Pharmaceutical Group de China. Incluso Johnson & Johnson, que recientemente llegó a un acuerdo de fabricación ampliado con Aspen Pharmacare en Sudáfrica, produce principalmente vacunas en Estados Unidos y Europa. Y en el caso de AstraZeneca —que ha sido el más agresivo en la concesión de licencias de producción en países de ingresos bajos o medios, incluido el Serum Institute of India— esas licencias son, muchas veces, más una tercerización de un eslabón de la producción que una transferencia de tecnología.

A las demoras e incumplimientos de contratos se suman las diferencias de precios y condicionamientos que pusieron muchos fabricantes a países de la región en los acuerdos por la adquisición de dosis. El caso más emblemático ha sido el del laboratorio Pfizer. Ha solicitado a algunos países que pongan sus activos soberanos, como edificios de embajadas, bases militares y reservas del Banco Central, como garantía contra el costo de futuros casos legales, o la inclusión de cláusulas que redujeran la responsabilidad de la empresa ante posibles efectos adversos durante el proceso de negociación, como en el caso de Perú.

En relación con el segundo punto vinculado a las capacidades instaladas para el desarrollo local, Argentina, Brasil y México son los que tienen mayor capacidad de producción en la región y han logrado cerrar algunos acuerdos de transferencia de tecnología.

Argentina se ha convertido en punta de lanza en el continente con la fabricación en Buenos Aires de la vacuna rusa Sputnik V y el principio activo de la sueco-británica AstraZeneca. México anunció que su laboratorio estatal Birmex comenzará a envasar la vacuna rusa Sputnik V. Brasil, por su parte, inició en el mes de febrero la fabricación de la vacuna china CoronaVac de Sinovac, a cargo del Instituto Butantan local, así como también, en el mes de marzo, el preparado de AstraZeneca, en las plantas de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada al Ministerio de Salud del país.

Sin embargo, se trata solo de licencias de emergencia de vacunas de laboratorios extranjeros. En muchos de nuestros países las capacidades locales han sido desmanteladas, privilegiándose así, la dependencia.

En relación con los desarrollos vacunales, Cuba ha sido el primer país en Latinoamérica en contar con vacunas propias. Argentina y Brasil son otros dos países de América Latina y el Caribe que encabezan los esfuerzos por contar con sus propias

vacunas contra la COVID-19, más allá de las que puedan comprar o producir bajo licencia de fabricantes de otras naciones. También México y Chile se han sumado a la misma búsqueda. Sin embargo, uno de los problemas consiste en la dependencia tecnológica en materia de medicamentos biológicos y biotecnológicos que tiene la región latinoamericana. Por ejemplo, como en gran parte del mundo, la producción de vacunas de Butantan (Brasil) depende en buena medida de equipamiento e insumos extranjeros. La mayor parte de esos elementos, como biorreactores, sistemas de cromatografía, filtros y consumibles plásticos (elementos que se emplean y desechan en cada ciclo de producción) provienen de Estados Unidos o de la Unión Europea (UE). En el caso de Cuba, si bien cuenta con la ventaja de que ser un productor y exportador de vacunas y medicamentos reconocido, la escasez internacional de insumos para la producción de vacunas ha sido especialmente lacerante para un país que viene padeciendo un bloqueo político-económico (De la Vega, 2020).

El secreto particularidad cubana para lograr vacunas propias en medio de la pandemia —algo que consiguieron muy pocos países y la mayoría de ellos desarrollados— ha sido una eficaz reorientación de los recursos existentes, la disponibilidad de personal científico y técnico altamente capacitado y la voluntad política del Estado para alcanzar ese objetivo (De la Vega, 2020). En el corto plazo, urge avanzar con la producción de las vacunas a través de los distintos proyectos de transferencia de tecnología. Las enormes desigualdades en torno a la vacunación no solo profundizan las inequidades, sino que conllevan otro riesgo sanitario: la propagación de nuevas variantes altamente infecciosas del nuevo coronavirus en muchos países, que puede prolongar la pandemia durante muchos años. El escenario actual visibiliza la imperiosa necesidad de apuntalar las capacidades locales y, especialmente, la producción de insumos, equipos médicos (un punto que ha sido crítico en muchos países de la región en tiempos de pandemia) e incluso medicamentos y vacunas, considerando la capacidad que tienen algunos países de América Latina, como Brasil, México, Colombia, Argentina, y por supuesto Cuba.

En el mediano y largo plazo se necesita una política industrial que genere mayor capacidad de producción local. En este punto la pandemia puso en evidencia que la producción farmacéutica debe estar íntimamente ligada a la soberanía científica y sanitaria.

UNA PANDEMIA CON FINAL ABIERTO

El 2021 es el año de la “guerra mundial” por las vacunas contra la COVID-19. Como afirma Leigh Philips no hay otro tema que sea tan importante, porque el *apartheid* de vacuna, que los países del Sur Global están padeciendo, ha construido una gigantesca fábrica de mutaciones del virus que amenaza a todos. La pandemia está lejos de terminar, y en gran parte es así porque generar condiciones crónicas es mucho más rentable.

El año 2021, debe llamar nuestra atención por el carácter estratégico de la producción farmacéutica, sobre todo, porque el mundo que se inaugura con esta pandemia será el de recurrentes epidemias o pandemias, debido a la emergencia de nuevos patógenos. Por eso, afirmamos que la producción farmacéutica debe estar íntimamente ligada a la soberanía sanitaria y a la efectiva realización del derecho a la salud.

La pandemia encontró a América Latina en un momento de marcada debilidad en algunos de sus procesos de integración regional. Incluso más, la crisis sanitaria visibilizó la fragmentación regional. En estos contextos de crisis sanitaria, el nivel regional brinda una valiosa oportunidad a los países para potenciar sus capacidades, complementar acciones, no duplicar esfuerzos y sumar las lecciones aprendidas. La articulación y la concertación regional podrían haber contribuido a respuestas más efectivas para enfrentar la pandemia. La actuación conjunta, además, tiene la posibilidad de reducir las asimetrías, que han sido evidentes en esta crisis pandémica y que las limitaciones por el acceso equitativo a las vacunas reflejarán con mayor crudeza (Herrero y Nascimento, 2020). Se proclama: “Nadie se salvará solo”, y para ello la cooperación regional es fundamental. La coordinación podría haber puesto a la vacuna como bien público en la región, haber activado acciones en torno al fortalecimiento de los sistemas de salud, de las capacidades nacionales y regionales. Debió concentrarse en la elaboración de un mapeo de iniciativas y capacidades productivas así como en el diseño de políticas de producción y de mecanismos de distribución equitativa de vacunas en la región.

La exigencia actual es la liberación de las patentes de las vacunas, medicamentos y tecnologías contra el COVID-19 como bien público de la humanidad. Pero al mismo tiempo, no puede estar escindida del fortalecimiento de las capacidades nacionales —que requieren de escala para ser económicamente viables—. En ese sentido, el aumento del financiamiento público para crear, ampliar e integrar las posibilidades productivas regionales es esencial y estratégico de cara al futuro.

Insistimos en que es urgente articular un espacio regional para elaborar un registro completo de estas capacidades existentes para vacunas y medicamentos, de forma tal de poder disponer planificadamente de una política de producción y distribución de equitativa. Algunos países cuentan con posibilidades productivas como Brasil —que ya está produciendo vacunas y medicamentos contra la COVID-19 a partir de transferencias de tecnologías—, México y parcialmente Argentina (contamos con el antecedente regional, a partir de la UNASUR-Salud, que había comenzado la realización de un mapeo de capacidades productivas en América del Sur). El Grupo Técnico de Acceso Universal a Medicamentos (GAUMU-UNASUR) fue creado con el objetivo de coordinar las capacidades productivas de los países en pos de una política sudamericana de acceso universal a medicamentos. Si bien la situación política regional actual no es la misma que hace una década, ese antecedente debería servir de base para retomar el mapeo a través de universidades, institutos de investigación y diferentes redes ligadas a la temática para considerar una política regional farmacéutica que hoy, más que nunca, adquiere un carácter estratégico.

La pandemia de COVID19 ilumina dos cuestiones centrales: en primer lugar, que la salud global es un conglomerado de actores públicos y privados, que con frecuencia lucran con la salud de la población y actúan en desmedro de sus necesidades reales; y en segundo lugar, que la salud necesariamente debe ser pública, universal y el Estado su principal garante.

Hace 20 años, el mundo tuvo la oportunidad de evitar millones de muertes durante la epidemia del VIH/sida, cuando los monopolios de tratamientos vitales posibilitaron que las personas de países de altos ingresos tuvieran acceso a medicamentos, mientras se dejaba morir a millones de pacientes en países en desarrollo. Frente a la actual pandemia, había lecciones aprendidas que se podían haber aprovechado: los medicamentos genéricos asequibles contra el VIH —que comenzaron a fabricarse en los países donde las patentes no bloqueaban su producción— fueron decisivos para comenzar a salvar la vida de millones de personas. Sin embargo, se perdió una oportunidad histórica para cambiar las reglas del juego, al menos mientras durara la pandemia. La historia se repite dos veces, primero como tragedia y después como farsa, lo que sucede es que a veces, como plantea Slavoj Žižek, la farsa puede ser, incluso, más terrorífica que la tragedia original.

BIBLIOGRAFÍA

- BELARDO, M., (2021), “Las empresas farmacéuticas y su hábil estrategia de convertir cuestiones de derecho en beneficencia”, Revista *Hamartia*, 30 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.hamartia.com.ar/2021/05/30/cumbre-g20-salud/>
- BELARDO, M., (2021b), “Diplomacia sanitaria: un arma más para influir en América Latina”. *Nodal - Noticias de América Latina y el Caribe*, 16 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.nodal.am/2021/04/diplomacia-sanitaria-un-arma-mas-para-influir-en-america-latina-por-marcela-belardo/>
- BELARDO, M. y HERRERO, MB., (2020), “COVID-19: la OMS en el ojo de la tormenta”. Revista *Hamartia*, 20 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.hamartia.com.ar/2020/04/21/oms-tormenta/>
- DE LA VEGA Carlos, (2021), “Hacia la independencia inmunológica”. Disponible en: <http://www.unsam.edu.ar/tss/hacia-la-independencia-inmunologica/>
- GARBER, Marina, (2021), “Los dueños de las vacunas”, Revista *Acción*. Disponible en: <https://www.accion.coop/los-duenos-de-las-vacunas>
- GUILBAUD, Auriane, (2020), “¿Para qué sirve la Organización Mundial de la Salud?” Disponible en: <https://nuso.org/articulo/para-que-sirve-la-organizacion-mundial-de-la-salud/>
- GÓMEZ, *et al.*, (2020), “Los problemas y limitaciones de COVAX”. Disponible en: <https://razonpublica.com/los-problemas-limitaciones-covax/>.

- HERRERO, MB. y NASCIMENTO, B. (2020) ¿Qué pasa con la cooperación latinoamericana en salud? Nueva Sociedad. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/que-pasa-con-la-cooperacion-regional-en-salud/>
- HERRERO MB. y LOMBARDI S., (2021), “Pandemia, debate en la OMC y la imperiosa necesidad de liberar las patentes”. Blog Área de Relaciones Internacionales, FLACSO, Argentina. Disponible en: <http://rrii.flacso.org.ar/liberar-patentes-que-implica-donde-estamos-y-hacia-donde-podemos-ir/>
- Infopan 131, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, abril 2021. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infopan/2020/09/01/ver-informes-internacionales/>
- Infopan 134, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, mayo 2021. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infopan/2020/09/01/ver-informes-internacionales/>
- MALAMUD, C. y NÚÑEZ, R., (2021), “Vacunas sin integración y geopolítica en América Latina”, Real Instituto Elcano. Disponible en: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari21-2021-malamud-nunez-vacunas-sin-integracion-y-geopolitica-en-america-latina Consulta 13 de junio de 2021
- La Nación*, 30/3/2020, “Coronavirus: habrían identificado en China a la “paciente cero” de la pandemia”. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/coronavirus-habrian-identificado-china-paciente-cero-pandemia-nid2348971>
- Organización Mundial del Comercio, (2001), “Declaración sobre el acuerdo ADPIC y la salud pública”. https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm
- Our World in Data*, 2021. <https://ourworldindata.org/>
- Pharmabaires, (2021), “Vacunas covid-19: rusia comparte licencias de sputnik a diferencia de los países occidentales”. Disponible en: <http://www.pharmabaires.com/2084-vacunas-covid-19-rusia-comparte-licencias-de-sputnik-a-diferencia-de-los-paises-occidentales.html>
- PUEYO, Tomás, “Coronavirus: por qué tenemos que actuar ahora”, *Página/12*, 15/03/2020. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/253133-coronavirus-por-que-tenemos-que-actuar-ahora>
- SANAHUJA, J.A., (2020), “COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global”, en *Riesgos globales y multilateralismo: el impacto de la COVID-19, Anuario CEIPAZ 2019-20*, M. Mesa (Coord.).
- TAYLOR, A., (2021), “Cómo luchar contra el apartheid mundial de vacunas”, *Revista Jacobin*. Disponible en: https://jacobinlat.com/2021/05/27/como-luchar-contrael-apartheid-mundial-de-vacunas?mc_cid=a29d357523&mc_eid=d04fb4676e