

Desigualdades en el marco de la pandemia

Nuevas
configuraciones
socioterritoriales

Nora Goren y
Guillermo R. Ferrón
(compiladorxs)



EDUNPAZ
Editorial Universitaria

Desigualdades en el marco de la pandemia

Desigualdades en el marco de la pandemia

Nuevas configuraciones socioterritoriales

Nora Goren y
Guillermo R. Ferrón
(compiladorxs)

Instituto de Estudios Sociales
en Contextos de Desigualdades
(IESCODE)



Colección **Horizontes I+D+i**

Goren, Nora

Desigualdades en el marco de la pandemia : nuevas configuraciones socioterritoriales / Nora Goren ; Guillermo Ferrón ; compilación de Nora Goren ; Guillermo Ferrón ; prefacio de Darío Kusinsky. - 1a ed. - José C. Paz : Edunpaz, 2022.

Libro digital, PDF - (Horizontes I+D+i)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-4110-78-7

1. Desigualdad. 2. Pandemias. 3. Estudios Sociales. I.Ferrón, Guillermo. II. Kusinsky, Darío, pref. III. Título.

CDD 305.51

1ª edición, marzo de 2022

© 2022, Universidad Nacional de José C. Paz. Leandro N. Alem 4731

José C. Paz, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

© 2022, EDUNPAZ, Editorial Universitaria

ISBN: 978-987-4110-78-7

Universidad Nacional de José C. Paz

Rector: **Darío Exequiel Kusinsky**

Vicerrectora: **Silvia Storino**

Secretaría General: **María Soledad Cadierno**

Secretaría de Ciencia y Tecnología: **Pilar Cuesta Moler**

Directora del Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades: **Nora Goren**

Directora General de Gestión de la Información

y Sistema de Bibliotecas: **Bárbara Poey Sowerby**

Jefa de Departamento Editorial: **Blanca Soledad Fernández**

Corrección de estilo: **María Laura Romero, Nora Ricaud y Mariangeles Carbonetti**

Diseño de colección: **Jorge Otermin**

Arte y maquetación integral: **Francisco Farina**

Crédito de imagen superior en tapa: **Laura Godoy**

Publicación electrónica - distribución gratuita

Portal EDUNPAZ <https://edunpaz.unpaz.edu.ar/>



Licencia Creative Commons - Atribución - No Comercial (by-nc)

Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga con fines comerciales.

Tampoco se puede utilizar la obra original con fines comerciales. Esta licencia no es una licencia libre. Algunos derechos reservados: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>

Índice

Presentación

DARÍO KUSINSKY

11

Introducción

NORA GOREN

15

Geopolítica y diplomacia sanitaria. El rol de los organismos internacionales de salud y de los países en la producción y distribución de vacunas

MARCELA BELARDO Y MARÍA BELÉN HERRERO

23

Trabajar en pandemia. Un análisis en clave geográfica de las heterogeneidades laborales y el aislamiento en el Gran Buenos Aires

MARÍA EUGENIA GOICOECHEA

47

Trabajo, empleo y género en tiempos de pandemia. Déficits en los reconocimientos y profundización de las desigualdades

SANDRA GUIMENEZ, YANINA RIVOLTA,
ADRIANA GUANUCO Y VERÓNICA PEREZ

77

Producción y empleo en un marco de pandemia. Análisis y perspectivas en municipios del noroeste del Conurbano Bonaerense

RODRIGO CARMONA, ROBERTO LATTANZI Y OCTAVIO ORTIZ DE ZÁRATE

99

Mercado de trabajo y actividades de intermediación laboral en José C. Paz: la Oficina de Empleo municipal

NICOLÁS DZEMBROWSKI Y GUILLERMO FERRÓN

119

Heterogeneidad ocupacional y reorganización del trabajo emprendedor en el Conurbano Bonaerense en el marco de la pandemia

DIEGO ALVAREZ NEWMAN

139

Reconfiguraciones del trabajo docente y los modos de estudiar tras un año de pandemia: políticas institucionales, apropiaciones y necesidades de contacto

LUCÍA PETRELLI, PAULA ISACOVICH Y MARA MATTIONI

169

Tensiones y estrategias en contexto de pandemia. La voz de cuatro organizaciones sociales del norte y noroeste del conurbano bonaerense

MARINA WAGENER, BELÉN DEMOY Y SABRINA PARRAVICINI

205

<i>Reinventar lo inesperado: la pandemia desde el trabajo comunitario</i>	
NORA GOREN, NATALIA ISRAELOF, YAMILA FIGUEROA, KARINA RUSSO, MABEL NUÑEZ, SANDRA HOYOS, CATALINA LOBERIA Y ROSANA FORESTI	233
■	
<i>Desafíos de la virtualización educativa en contexto de pandemia. El caso de la Licenciatura en Enfermería en la UNPAZ</i>	
GRISEL ADISSI Y LÍA FERRERO	259
■	
<i>Pandemia y población migrante: el acceso a derechos como cuestión</i>	
NOELIA VILLARROEL Y CELESTE CASTIGLIONE	281
■	
<i>COVID-19 y población travesti y trans. Una mirada procesual y en horizonte a nuevas políticas e intervenciones</i>	
MARTÍN BOY, MARÍA FLORENCIA RODRÍGUEZ, ANAHÍ FARJI NEER Y CAMILA NEWTON	299
■	
<i>Estudiar, criar, trabajar y escolarizar en casa: la encrucijada que atraviesan madres y padres - estudiantes universitarios en la pandemia COVID-19</i>	
M. JULIETA D'AVIRRO, BÁRBARA RODRÍGUEZ, M. PILAR FUENTES, LUCIANA ARGENTINO, MICAELA AJZENSZTOK Y M. PILAR LOREFICE	323
■	
<i>Autorxs</i>	369
■	

*Geopolítica y
diplomacia sanitaria
El rol de los organismos
internacionales de salud
y de los países en la
producción y distribución
de vacunas*

MARCELA BELARDO Y MARÍA BELÉN HERRERO

INTRODUCCIÓN

El artículo presenta algunas reflexiones que hemos venido realizando con colegas provenientes del campo de la salud internacional y las políticas de salud sobre el rol de los organismos internacionales en el devenir de la pandemia de COVID-19, la geopolítica y la diplomacia sanitaria, y la producción y distribución mundial de las vacunas. Es muy difícil hacer un balance de una pandemia que está aún muy lejos de concluir por lo que las siguientes reflexiones son parciales y provisionarias.

La fuente de datos para estas reflexiones proviene principalmente de la lectura y sistematización de información de los diarios y las revistas más importantes a nivel mundial. Hace un año el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires constituyó un observatorio de medios de comunicación internacionales, INFOPAN, con el fin de monitorear los acontecimientos que se desarrollan en todos los países para enfrentar la pandemia con el fin de adoptar –y adaptar– medidas exitosas que se hayan tomado en otros países y des-

echar aquellas cuyos resultados no fueron los esperados. INFOPAN está conformado por un equipo interdisciplinario dedicado a relevar información internacional sobre la COVID-19, enfocándose en ejes temáticos y priorizados, y volcando los resultados más relevantes de la búsqueda para los tomadores de decisión. El informe dominical incluye un análisis sociopolítico con el tema más relevante acontecido durante esa semana. Esos informes, a cargo de la primera autora, constituyen una de las fuentes de información para la redacción de estas reflexiones. A su vez, venimos compartiendo espacios de análisis y debates en torno a estos temas con otros colegas de la región, y hemos publicado una serie de artículos en diferentes diarios y portales web informativos. Otros ámbitos ricos en el debate han sido los de la enseñanza-aprendizaje en posgrados relacionados con la salud internacional y las políticas de salud, y las conferencias nacionales e internacionales que estamos propiciando a partir de la organización de una campaña continental por la liberación de las patentes de las vacunas, medicamentos y tratamientos para el COVID-19, con la intención de articular diferentes ámbitos como el académico y de investigación con el de la gestión pública para proponer políticas de mediano y largo plazo. El presente artículo pretende articular e integrar esos trabajos y espacios colaborativos.

El artículo aborda dos temas principales: el rol de los organismos internacionales de salud y de los países, a través de la geopolítica y la diplomacia sanitaria, y la producción y distribución desigual de las vacunas en el mundo.

LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DE SALUD EN DISPUTA

A 18 meses del inicio de la pandemia de COVID-19 los casos notificados globales alcanzan los 170 millones de contagios y las muertes superan los 3,5 millones. La circulación del virus continúa sacudiendo al mundo con gravísimas consecuencias sanitarias, económicas, sociales y políticas. Desde su inicio ya se produjeron 100 millones de nuevos desocupados y 500 millones más de pobres. El año 2021 se inicia con mutaciones del virus aún más contagiosas y, por lo tanto, más peligrosas y la pandemia está aún lejos de haber terminado y la respuesta mundial se encuentra en una fase crítica.

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

Los 194 países que componen la OMS se rigen por un acuerdo internacional jurídicamente vinculante, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), vigente desde 2005. Los países deben notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una “emergencia de salud pública de importancia internacional” que pueda propagarse, con el fin de controlarla y darle una respuesta desde la salud pública. La OMS, sin embargo, tiene una autoridad limitada para garantizar el cumplimiento del RSI por parte de los estados; puede hacer recomendaciones a los países sobre qué hacer para mejorar la salud de sus ciudadanos y qué medidas tomar para prevenir el brote de enfermedades, pero no puede hacer cumplir el reglamento ni tiene la capacidad de obligar o sancionar a sus miembros.

Precisamente por las limitaciones de la OMS en el contexto de la actual pandemia y con la convicción de que el mundo que se avecina vivirá con la aparición de diferentes y sucesivos patógenos que amenazarán la salud mundial, la 74ª Asamblea Mundial de Salud de la OMS –que se está desarrollando al mismo tiempo que se escribe este artículo– planteó como punto principal que los países acuerden un nuevo tratado que fortalezca los poderes de la OMS. Ligado a lo anterior se está discutiendo cómo instaurar un sistema de financiación previsible y obligatorio que la haga menos dependiente de un puñado de grandes donantes que le hacen contribuciones voluntarias y que son los que definen la agenda de la salud internacional.

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 es 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.

Los Estados miembros tienen diferentes niveles de influencia en la OMS debido a sus capacidades financieras y políticas. El presupuesto de la OMS está compuesto por contribuciones obligatorias y contribuciones voluntarias. En cuanto a las contribuciones obligatorias, estas son las cuotas que pagan sus 194 Estados miembros, fijadas por la ONU de acuerdo con una fórmula que toma en cuenta la riqueza y la población del país. En la actualidad ese dinero se utiliza básicamente para pagar los salarios y los gastos adminis-

trativos del organismo. En cuanto a los recursos voluntarios, son contribuciones realizadas por donantes estatales y no estatales destinados a actividades y programas predefinidos por los mismos donantes, y aquí se encuentra uno de los grandes problemas de la OMS desde hace tres décadas.

Como todos los organismos internacionales, la OMS ha sido, desde su constitución, una arena de disputa de los países. Hasta la década de 1960, la OMS era el líder indiscutible a nivel internacional. Su legitimidad estaba vinculada a la autoridad científica y profesional que guiaba prácticas y estrategias con el objetivo de atender los problemas de salud en todo el mundo. En términos de proyectos políticos de salud, EE.UU. siempre estimuló el profesionalismo y el crecimiento burocrático, llevando campañas globales y técnicamente orientadas al control o eliminación de enfermedades específicas con la modalidad de programas de salud “verticales”, basados en proyectos que se implementan de “arriba” hacia “abajo”, sin participación de los directamente involucrados, con un enfoque reduccionista de la salud en el que las actividades se orientan, desde un paradigma técnico y biológico, al comportamiento y las características biológicas individuales como la causa principal de las enfermedades. Desde esta visión no se apunta a resolver las causas estructurales de los problemas de salud, sino problemas específicos y grupos poblacionales focalizados. Durante el período de la Guerra Fría además se desarrolló otra mirada de salud inclinada a los enfoques sociales y económicos que determinan la salud de la población, es decir, a sus causas estructurales. Ambas perspectivas se mantuvieron en el tiempo con diferentes énfasis, aumentando o disminuyendo, dependiendo de las relaciones de fuerza de los países.

Las décadas de 1960 y 1970 estuvieron marcadas por la descolonización de África, la expansión de los movimientos socialistas y nacionalistas y las nuevas teorías del desarrollo con énfasis en el crecimiento económico y social. En ese contexto, un hito en el campo de la salud internacional fue la “Declaración de Alma Ata” celebrada en 1978 que postuló a la salud como un derecho humano fundamental que debe lograrse mediante políticas sociales y de salud integradas (y no solamente tecnológicas) poniendo el énfasis en un tipo particular de atención de la población: la atención primaria de salud. La respuesta inmediata de EE.UU. a esta declaración fue la Conferencia de Bellagio (Italia), realizada al año siguiente, financiada por la Fundación Rockefeller y respaldada por el Banco Mundial y UNICEF. La reunión lanzó el concepto de “atención primaria de salud selectiva”, es decir, la implementación de intervenciones técnicas, de bajo costo y de pequeña escala.

La disputa por el liderazgo de la OMS culminó, luego de la caída de la Unión Soviética, con el predominio del Banco Mundial en el ámbito de la salud internacional desde fines de la década de 1980 en adelante. En el contexto de auge de las políticas neoliberales, nuevos actores extrasanitarios, como el ya mencionado Banco Mundial (BM), la Organización Mundial del Comercio (OMC), las empresas multinacionales de la industria farmacéutica y nuevos filántropos como la Fundación de Bill y Melinda Gates (FBMG) comienzan a actuar fuertemente en el ámbito global de la salud. Con la caída de los países socialistas, el mercado de la salud se encontró con nuevos territorios de conquista, y esta lógica fue dominando cada vez más el campo de la salud internacional. El conjunto de actores extrasanitarios reorientó la agenda de la salud y dio impulso a las reformas

de los sistemas de salud cuyas consecuencias se están viendo en la actual pandemia. Estas reformas no solo no ayudaron a superar las desigualdades ya existentes en salud, sino que las profundizaron.

En relación con el financiamiento de la OMS, en la década de 1980, el gobierno del presidente conservador Ronald Reagan congeló la contribución financiera de EE.UU. con el fin de tomar represalias contra el organismo por su programa de medicamentos esenciales, que estableció un recetario de medicamentos genéricos, considerado deliberadamente contrario a los intereses de las empresas estadounidenses. En 1993, se congelaron las contribuciones de los países miembros debido a una resolución también patrocinada por EE.UU., pero durante un período de tiempo aun estas superaban a las fuentes voluntarias de financiación. Sin embargo, ya en esa misma década, los préstamos del Banco Mundial para el sector de la salud superarían el presupuesto total de la OMS. Unos años más tarde, los recursos voluntarios se convertirían en la principal fuente de ingresos del organismo, que hoy representan casi el 80% total de su presupuesto. La cuestión del financiamiento de la OMS está vinculada a la capacidad que tiene este organismo de decidir sobre los destinos de los fondos. Cuando a partir de la década de 1990 las contribuciones de los países se congelaron, la OMS comenzó a debilitarse y a perder credibilidad y para fortalecer su imagen global utilizó el concepto de “fondos globales” y “asociaciones mundiales”, alentando a otros actores a que realicen donaciones.

EE.UU. es el mayor contribuyente de la OMS y esto ejerce gran influencia marcando la agenda de la salud internacional. El estrangulamiento económico es una forma de asfixiar y de disciplinar al organismo. Esta ha sido la estrategia histórica de EE.UU. cuando los

organismos no cumplen con sus intereses. El segundo mayor aportante de la OMS es la Fundación Bill y Melinda Gates y la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI), una asociación público-privada con una estructura de gobierno híbrida en la que participan gobiernos y actores no estatales, como las corporaciones farmacéuticas. Luego se ubican Reino Unido, Alemania, la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) y el Banco Mundial.

Esto conduce a una limitación del margen de acción y de una progresiva privatización del organismo si tenemos en cuenta que las contribuciones voluntarias se destinan a lo que los donantes definan. Así observamos en las últimas dos décadas cómo la agenda de la OMS se vio cada vez más reducida a objetivos específicos como la lucha contra la malaria o la tuberculosis (a través de la alianza Stop TB) o la mejora del acceso a vacunas nuevas y subutilizadas para los niños que viven en los países más pobres del mundo (GAVI). Estos programas son producto de asociaciones público-privadas (APP), donde un conjunto de actores privados (fundaciones filantrópicas y empresas farmacéuticas) termina incidiendo económica y políticamente en la definición de las líneas estratégicas de la salud a escala global. Casi un cuarto del presupuesto bienal de la OMS tiene que ver con el trabajo con estas asociaciones, por lo que es cada vez más dependiente del capital privado, lo que ha conllevado a la fragmentación de los esfuerzos y de las políticas de salud, perdiendo incluso capacidad del control sobre los resultados. Un claro ejemplo es el caso del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria creado en 2002 y que representa actualmente la mayor APP en salud. Estas APP eluden las trabas burocráticas impuestas por la ONU en

la financiación de servicios y terapias para combatir estas tres enfermedades. Reciben fondos de manera directa y los distribuyen de manera directa a los distintos programas de más de 140 países, lo que contribuye a debilitar aún más el rol de la OMS. Además, cuando un donante da dinero –por ejemplo, la industria farmacéutica– sus representantes solicitan estar presente en los comités de expertos de los diferentes programas. Esto da cuenta de conflictos de interés graves, como ha sucedido con la epidemia de H1N1 en 2009, cuando el organismo fue duramente cuestionado por declarar la alerta máxima internacional, siguiendo el consejo de su Comité Permanente de Vacunación, integrado por miembros y consejeros estrechamente vinculados con las farmacéuticas Glaxo y Roche, fabricantes de Tamiflu y Relenza. Luego de esta declaración, los gobiernos de todo el mundo gastaron millones de dólares para adquirir y almacenar grandes cantidades de esos fármacos. Poco tiempo después, un informe realizado por investigadores de Cochrane Collaboration y British Medical denunciaba que esos fármacos no eran más efectivos que el paracetamol o cualquier otra medicina para la gripe común.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), organismo de la región de las Américas, funciona de manera similar. EE.UU. utilizó la misma estrategia con la OPS que con la OMS dado que dejó de pagar la cuota correspondiente a 2019 a cambio de una investigación independiente del programa Mais Medicos.¹ El Secretario de

1. El programa Mais Medicos (2013-2018) desplegó más de dieciocho mil profesionales de la salud tanto brasileños como extranjeros, en más de cuatro mil municipios rurales y urbanos, en su mayoría de zonas socioeconómicamente vulneradas, y en 34 distritos sanitarios indígenas. Casi dos tercios de los profesionales de la salud que participaron eran de nacionalidad cubana, quienes se unieron al programa a través de un proyecto de cooperación técnica entre la OPS/OMS y los Ministerios de

Estado de EE.UU., Mike Pompeo, celebró que la OPS inicie una investigación mientras que el estado de Florida inició una acción penal contra la organización panamericana por haber apoyado el programa de cooperación bilateral, acusándola de crimen organizado y de tráfico de personas.

La OPS se financia también a partir de las contribuciones obligatorias que pagan los Estados miembros y a través de donaciones voluntarias, de fuentes públicas y privadas. Si se analizan las fuentes del financiamiento de la OPS de 2018-2019, el 74% corresponde a las contribuciones de los países y el 26% a las donaciones con fines específicos. Esta relación es inversa a las fuentes de financiamiento de la OMS. Pero si se observa, por un lado, solo el financiamiento que hacen los países miembros, EE.UU. Unidos es el principal aportante (43%) y, en segundo lugar, se ubican los aportes de la propia OMS (25%). El resto de los países realizan aportes muchísimo menos significativos que los aportes mencionados. Si se observa, por otro lado, las donaciones voluntarias con fines específicos nos encontramos, de nuevo, con que EE.UU. realiza el mayor aporte, y lo sigue el Reino Unido. En definitiva, la OPS está financiada fundamentalmente por EE.UU., tanto de forma directa como indirecta a través de la OMS

Salud de Brasil y de Cuba. La decisión del gobierno federal brasileño de celebrar este acuerdo bilateral se debió a la escasez o directamente a la ausencia de profesionales de la salud en amplias regiones de su país. Este acuerdo, a su vez, incluía una fuerte inversión en la construcción, renovación y expansión de las Unidades Básicas de Salud (UBS) y una ampliación de vacantes para el estudio de la carrera de Medicina con una fuerte orientación en medicina general. El programa fue financiado 100% por el Estado brasileño. La cooperación bilateral, como en muchos otros casos, fue canalizada por los organismos multilaterales específicos (en este caso, la OPS) como parte de sus funciones habituales de apoyo técnico, administrativo y financiero entre sus estados miembros. Mais Médicos asistió a más de veintiocho millones de personas que hasta entonces estaban marginadas de una atención básica de salud.

dado que también en la OMS es su principal aportante. Desde este ángulo, podemos ver también cómo la OPS está fuertemente condicionada por la política de Washington.

A modo de una síntesis preliminar, vemos cómo la salud global se encuentra fuertemente 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. También vemos cómo la agenda de la salud internacional refleja la consolidación de un modelo vertical de intervenir sobre la salud, con un enfoque reduccionista, biologicista y sobreutilizando la tecnología biomédica. 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.

LA DESIGUAL DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS Y EL ROL DE LAS PATENTES

Como nunca en la historia, los científicos obtuvieron vacunas, medicamentos y tratamientos contra el COVID-19 a una velocidad asombrosa. Sin embargo, y a pesar de contar con las primeras vacunas en tan solo unos pocos meses de iniciada la pandemia, la producción y la distribución de las dosis, lejos de responder a la lógica de equidad y acceso universal, continúan regidas por las leyes de la oferta y demanda. El resultado es la escasez y el acceso desigual a las vacunas, ubicando a los países periféricos en un “apartheid de vacunas”.

Una de las principales trabas actuales en el acceso a las vacunas son los derechos exclusivos que otorgan las patentes. 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 las patentes, la protección “no expirará antes de que haya transcurrido un período de 20 años” (OMC, 2001a). 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 que es casi idéntico a su antecesor.

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. El acuerdo sobre los ADPIC exige que todos los Estados miembros de la OMC incorporen en sus legislaciones 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.

Siempre ha existido una tensión entre la propiedad intelectual en el campo de la salud pública ya que genera que las compañías farmacéuticas mantengan el control exclusivo y absoluto sobre la producción, distribución y tengan la libertad de fijar los precios. Esta libertad de fijar los precios de los productos patentados ha llevado a que un gran número de medicamentos no se encuentre disponible para la mayoría de la población mundial que vive en los países periféricos.

Esto es grave porque cuando nos referimos a 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 vemos actualmente en las vacunas de la COVID-19 que va de 4 a 40 dólares. Si bien las patentes no son la única barrera al acceso a los productos farmacéuticos cada vez más, y sobre todo en la actual pandemia, están siendo un factor determinante.

En 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, 2001b). 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”. 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 sucedió que, con solo la amenaza por parte del país de una licencia compulsiva, los laboratorios ceden 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 por la 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.

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 de 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 dejaba morir a millones de personas en los países periféricos. No debemos olvidar esa tragedia y mucho menos hoy que se está produciendo un fenómeno bastante similar en nuestros países.

GEOPOLÍTICA Y LA DISCUSIÓN EN EL SENO DE LA OMC

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

Al momento de escribir este artículo se realizaron 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 están acaparando la mayoría de las existencias mundiales de vacunas. Los países desarrollados han comprado más dosis de las necesarias para su población. Se estima que las naciones ricas, que concentran solo el 14% de la población mundial, ya han preadquirido más de la mitad del primer suministro potencial de vacunas en el mundo. 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 provienen del financiamiento público.

Figura 1. “Liberen las patentes”.



Fuente: dibujo realizado por Matedibujos (2021).

Sorpresivamente la administración de Joe Biden modificó su postura y se pronunció a favor de suspender las protecciones de patentes para las vacunas contra el COVID-19 mientras dure la pandemia. Es posible que el cambio de postura de los EE.UU. sea más una táctica política para restaurar su reputación arruinada dada 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. prometió donar algunas dosis que tiene en exceso (y que no están aprobadas para su uso en ese

país) al extranjero, ya sea a través del mecanismo COVAX de la OMS o de acuerdos bilaterales. Justamente la donación ha sido la propuesta política que definieron las veinte economías más importantes del mundo reunidas en la Cumbre de Salud Global del G20 durante el mes de mayo de 2021. Es la política filantrópica del magnate estadounidense Bill Gates la que prevaleció en la cumbre. 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. 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.

Las vacunas contra el COVID-19 se han convertido en un arma más de la diplomacia, y América Latina y el Caribe sigue 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, aunque sus intereses son diferentes. La posición de los tres países contrasta con el unilateralismo de europeos y estadounidenses.

India es el mayor productor de vacunas en el mundo y está jugando fuerte en la OMC. Junto con Sudáfrica están proponiendo que la organización renuncie a ciertas protecciones sobre la propiedad intelectual, permitiendo a los países pobres fabricar versiones asequibles de las vacunas. India enfrenta, de esta manera, a la *bigpharma* para fortalecer sus empresas nacionales. Al mismo tiempo que juega fuerte en los países asiáticos para contrarrestar la influencia de China.

China, la más grande factoría del mundo, continúa siendo el mayor proveedor de insumos, equipos de protección, respiradores, y, ahora, de tres vacunas (Sinopharm, Cansino, y Sinovac), dos de producción estatal y una en asociación con los canadienses. Rusia, con la Sputnik V, ha ratificado su capacidad de producción científico-tecnológica –a pesar de una furiosa campaña de desprestigio– y ha mejorado su posición en el sistema internacional y estrechado lazos con América Latina, entre otras regiones. China, al igual que Rusia, está aprovechando la oportunidad para fortalecer su poder en los países periféricos. Particularmente el gigante asiático intenta ganar más influencia en América Latina aprovechando la política de Trump, que se inclinó más 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.

La pandemia encontró a América Latina en un momento de marcada debilidad en algunos de sus procesos de integración regional. Con la extinción de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) se ha perdido un importante espacio político y regional en salud en América del Sur, en un momento de extrema necesidad y urgencia.

DESAFÍOS PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Podemos afirmar que 2021 es el año de la guerra mundial por las vacunas, y ha llamado la atención, incluso en países desarrollados, el carácter estratégico de la producción farmacéutica. Como plantea la OMS, así como muchos especialistas a nivel mundial, el nuevo mundo que se inaugura con la pandemia de COVID-19 será un

mundo de recurrentes epidemias o pandemias debido a la emergencia de nuevos patógenos. Por eso, hoy más que nunca, la producción farmacéutica está íntimamente ligada a la soberanía sanitaria y a la efectiva realización del derecho a la salud.

La exigencia actual es la liberación de las patentes de las vacunas, medicamentos y tecnologías contra el COVID-19 ya que son un bien público de la humanidad. La liberación de las patentes protege al Estado para que un juez o una empresa no impidan la producción, pero hacen falta medidas nacionales.

El fortalecimiento de las capacidades nacionales –que requieren de escala para ser económicamente viables– debe constituirse en una tarea central. En ese sentido, el aumento del financiamiento público para crear, ampliar e integrar las capacidades productivas regionales es esencial y estratégico de cara al futuro. Pero, al mismo tiempo, es urgente articular un espacio regional para elaborar un registro completo de capacidades productivas existentes para vacunas y medicamentos, de forma tal de poder disponer planificadamente de una política de producción y distribución de vacunas equitativa en nuestra región. Algunos países cuentan con capacidades 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, de la mano 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 un mapeo productivo regional a través 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belardo, M. (25 de julio de 2020). Organización Panamericana de la Salud: ¿un peón en el tablero de control del “Patio Trasero”? *Nodal, noticias de América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.nodal.am/2020/07/organizacion-panamericana-de-la-salud-un-peon-en-el-tablero-de-control-del-patio-trasero-por-marcela-belardo/>
- (30 de diciembre de 2020). Vacunas: un mundo más desigual emerge. *Nodal, noticias de América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.nodal.am/2020/12/vacunas-un-mundo-mas-desigual-emerge-por-marcela-belardo/>
- (16 de abril de 2021). Diplomacia sanitaria: un arma más para influir en América Latina. *Nodal, noticias de América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.nodal.am/2021/04/diplomacia-sanitaria-un-arma-mas-para-influir-en-america-latina-por-marcela-belardo/>
- (30 de mayo de 2021). Las empresas farmacéuticas y su hábil estrategia de convertir cuestiones de derecho en beneficencia. *Revista Hamartia*. Recuperado de <https://www.hamartia.com.ar/2021/05/30/cumbre-g20-salud/>

- Belardo, M. y Herrero, M. B. (20 de abril de 2020). COVID-19: la OMS en el ojo de la tormenta. *Revista Hamartia*. Recuperado de <https://www.hamartia.com.ar/2020/04/21/oms-tormenta/>
- (11 de noviembre de 2020). Los organismos internacionales, arenas de disputas en tiempos de pandemia. *Revista Hamartia*. Recuperado de <https://www.hamartia.com.ar/2020/11/15/organismos-internacionales-disputa/>
- Herrero, M. B. y Lombardi, S. (24 de febrero de 2021). Patentar el sol: ¿Qué pasa en la OMC con las vacunas contra la COVID-19? *El país digital*. Recuperado de <https://www.elpaisdigital.com.ar/contenido/patentar-el-sol-qu-pasa-en-la-omc-con-las-vacunas-contra-la-covid-19/30137>
- OMC (2001a). *Los ADIPCS y la salud pública* (capítulo 3). Organización Mundial del Comercio. Recuperado de https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/ta_docssec3_s.htm
- OMC (2001b). *La Declaración de Doha explicada*. Recuperado de https://www.wto.org/spanish/tratop_s/dda_s/dohaexplained_s.htm