

Artículos centrales

Diplomacia sanitaria y geopolítica: la guerra mundial por las vacunas

María Belén Herrero^a y Marcela Belardo^b

Fecha de recepción: 21 de junio de 2021
Fecha de aceptación: 28 de junio de 2021
Correspondencia a: María Belén Herrero
Correo electrónico: bherrero@flacso.org.ar

- a. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora de CONICET en el Área de Relaciones Internacionales de FLACSO Argentina.
- b. Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora de CONICET en el Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades (IESCODE-UNPAZ).

Resumen:

La pandemia de COVID-19 pone en evidencia, la estrecha relación entre el comercio y la salud pública; las contradicciones entre los intereses económicos y el derecho a la salud; la importancia del acceso universal a los sistemas de salud como principal política sanitaria y la cooperación entre los países como herramienta epidemiológica. En el año 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. El objetivo de este artículo es abordar, desde el campo de la salud internacional, el rol de los organismos internacionales de salud y de los países que los integran en la gestión de la pandemia, con un foco en las disputas geopolíticas, la diplomacia sanitaria, y la producción y distribución desigual de las vacunas contra la COVID-19 en el mundo. Se concluye que la producción farmacéutica debe estar íntimamente ligada a la soberanía sanitaria, y a la efectiva realización del derecho a la salud.

Palabras clave: Geopolítica - Diplomacia Sanitaria - Pandemia de COVID-19.

Summary

The COVID-19 pandemic highlights the close relationship between trade and public health; the contradictions between economic interests and the right to health; the importance of universal access to health systems as the main health policy and cooperation between countries as an epidemiological tool. In 2021, the year of the world war for vaccines, health occupies a prominent place on the agendas of international organizations and global forums, where the economic and geopolitical interests of the actors that comprise them are disputed: the countries, especially, but also the large pharmaceutical industry and the philanthropic sector. The objective of this article is to address, from the field of international health, the role of international health organizations and the countries that integrate them in the management of the pandemic, with a focus on geopolitical disputes, health diplomacy, and the uneven production and distribution of COVID-19 vaccines around the world. It is concluded that pharmaceutical production must be closely linked to health sovereignty, and to the effective realization of the right to health.

Key words: Geopolitics; Health Diplomacy; COVID-19 pandemic.

Introducción

A 18 meses del inicio de la pandemia de COVID-19 los casos notificados globales alcanzan los 175 millones de contagios, y las muertes superan los 3,8 millones (Our World in Data, 2021). La circulación del virus continúa sacudiendo al mundo con gravísimas consecuencias sanitarias, económicas, sociales y políticas. Desde su inicio ya se produjeron 114 millones de nuevos desocupados y 500 millones más de pobres (OIT, 2021). El 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.

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, a 18 meses de iniciada la pandemia, 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, hoy una de las principales formas de controlar la pandemia, va en la misma dirección. Lejos de los primeros anuncios de declarar la vacuna una vez descubierta 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. Este escenario da cuenta de las tensiones del sistema internacional, del que la salud es un aspecto no menor y de creciente relevancia en materia de política exterior y que ha adquirido gran visibilidad a causa de la pandemia, los actores que intervienen y las disputas y conflictos. El objetivo de este artículo es abordar, desde el campo de la salud internacional, el rol de los organismos internacionales de salud y de los países que los integran en la gestión de la pandemia, con un foco en las disputas geopolíticas, la diplomacia sanitaria, y la producción y distribución desigual de las vacunas contra la COVID-19 en el mundo.

El escrito se organiza en cinco partes, en la primera parte se aborda el devenir de la salud como campo de acción y de conocimiento, y la irrupción de la pandemia en este ámbito cada vez más complejo. En la segunda parte se presentan los organismos internacionales de salud en tanto arenas de disputas, en particular ante la actual pandemia de COVID-19. En la tercera se parte presenta una discusión en torno a la desigual distribución de vacunas y los derechos de propiedad intelectual que otorgan las patentes, y el rol que están desempeñando por un lado la Organización Mundial de Comercio, a partir del accionar de los estados miembros, y por el otro las grandes industrias farmacéuticas. En la cuarta parte se reflexiona en torno al lucro, la geopolítica y la

diplomacia en la guerra mundial por las vacunas que se ha desencadenado con la llegada de las primeras vacunas contra la COVID-19. Finalmente, se esbozan unas conclusiones provisionales en torno a los intereses en juego en el sistema internacional, las disputas geopolíticas y los desafíos que este escenario presenta para los países de América Latina.

La salud como asunto internacional en tiempos de pandemia

La Salud Internacional es un campo que estudia cómo las relaciones y las interacciones entre países afectan la salud colectiva de sus pueblos. Qué se entiende por Salud Internacional ha ido variando conforme las etapas históricas y los paradigmas o perspectivas teórico-políticas. Si bien no existe una definición única de la salud internacional, diversos autores han intentado definir sus contornos y márgenes conceptuales.

Algunos autores definen a la Salud Internacional como un campo interdisciplinario de conocimiento, investigación y acción que se ocupa de los problemas relacionados a la salud de las poblaciones más allá de sus fronteras nacionales. Mario Rovere (1990) en un intento por complejizar esa definición, entiende a la Salud Internacional como un recorte del campo de las relaciones internacionales que, a través del intercambio del conocimiento, información, financiamiento, insumos, tecnologías físicas y de gestión e influencia política, tiende a mejorar las condiciones de salud y de vida de las poblaciones dentro de los límites que los intereses de los países involucrados imponen (p 5).

Lo que sí es un punto de acuerdo es que las transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales y la intensificación de procesos económicos y sociales afectan sin dudas la salud colectiva de las poblaciones debido a las inequidades que subyacen a estos modos de producción y a la generación de desigualdades.

La salud como asunto internacional tiene una larga historia, no ha estado exenta de conflictos, intereses contrapuestos y tensiones y ha sufrido importantes cambios y constantes disputas. Históricamente el término “salud internacional” se ha identificado con el control de las epidemias a través de las fronteras y en los puertos de mar, particularmente en el combate a las enfermedades transmisibles (Godue, 1992). Sin embargo, esta concepción ha ido modificándose.

En su devenir la agenda de la salud internacional fue adquiriendo rasgos específicos y se fueron perfilando nuevos contornos; se ha ampliado, complejizado y adquirió una dinámica más acelerada, no sólo debido a los nuevos problemas que afectan a las poblaciones, sino también a nuevas consideraciones que se hacen desde la faceta social. En particular, y luego de la caída del Muro de Berlín comienza a reconfigurarse el campo de la salud internacional.

La salud entendida en su concepción social más amplia es en la actualidad un objetivo internacional incuestionable. Este contexto dio un fuerte impulso hacia una mayor internacionalización de la salud y en ese camino fue adquiriendo una relación mucho más estrecha con la política exterior (Kickbusch, 2004).

Así, la salud internacional, involucra una compleja red de sistemas privados y estatales, organismos internacionales, determinantes sociales, economía, producción, mercados, servicios, así como el proceso mismo de salud-enfermedad, es una parte integral del campo de las relaciones internacionales. Esto último hace que sea imposible tratar el tema salud-enfermedad como si tuviera lugar solamente dentro de las fronteras nacionales (Panisset, 1992). En consecuencia, la salud es un tema multidimensional que exige una acción internacional.

Cabe destacar que más allá de su origen europeo, América Latina se constituyó en pionera desde principios del siglo XX otorgándole al campo de la Salud Internacional un dinamismo inusitado. En este sentido, la agenda de salud en América Latina y El Caribe tiene una larga historia ligada a la salud como asunto internacional. A esto se suma que la mayoría de los países periféricos, incluyendo los de América Latina y El Caribe, tienen una doble carga de enfermedad, esto es, patologías no transmisibles que afectan a la mayor parte de la población y socavan su calidad de vida, y la persistencia de enfermedades infecciosas y transmisibles que afectan, principalmente, a los grupos más vulnerables.

En un mundo cada vez más interconectado e interrelacionado, es posible hallar repercusiones directas e indirectas sobre la salud de la gente que se originan en el modo de vivir de la sociedad actual. La pandemia de COVID-19 es una muestra indudable de esto, y como vemos, la relación dinámica entre salud y enfermedad genera consecuencias que van más allá de sus límites locales, nacionales, e incluso regionales.

Frente a una mayor interdependencia e interconectividad por una globalización contemporánea que parecía desafiar la distinción tradicional entre actividades del sector salud doméstica y esfuerzos internacionales en el área de salud, se produce un aumento de actores y del amplio conjunto de problemas de la agenda sanitaria. Temas tales como derechos de propiedad intelectual, producción y distribución de medicamentos e insumos, comercio internacional y derechos humanos pasaron a formar parte de la arena internacional de la salud y a marcar nuevos desafíos en materia de diplomacia en salud (Almeida, 2013). Esta agenda ampliada se extendió a nuevos ámbitos de debate, con actores cada vez más diversos y hacia nuevos foros de discusión. La salud pasó a integrar otras agendas, por ejemplo, del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, la Organización Mundial del Comercio y el G-20, que hoy están discutiendo las consecuencias de una producción y distribución desigual de vacunas, dejando a los países periféricos en una situación de "apartheid de vacunas". Frente a la actual pandemia, la salud ocupa un lugar destacado en las agendas de los organismos internacionales y 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 (Belardo y Herrero, 2020a).

Los organismos internacionales de salud en disputa

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

Los 196 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 (Belardo y Herrero, 2020c).

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 74^o Asamblea Mundial de Salud de la OMS realizada a fines de mayo de 2021 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 (Infopan, 2021; Buss, Alcazar, Galvao 2021).

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 (Belardo y Herrero, 2020b).

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. Actualmente ese dinero se utiliza básicamente para pagar los salarios y los gastos administrativos 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 (Almeida, 2013). En términos de proyectos políticos de salud, Estados Unidos 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”, basado en programas 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 (Birn, 2009). 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 otro enfoque de salud más inclinado a los enfoques sociales y económicos que determinan la salud de la población, es decir, a sus causas estructurales. Ambos enfoques se mantuvieron en el tiempo con diferentes énfasis, aumentando o disminuyendo, dependiendo de las relaciones de fuerza de los países (Brown, Cueto y Fee, 2006).

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 (Brown, Cueto y Fee, 2006, Almeida, 2013b).

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 internacio-

nal desde fines de la década de 1980 en adelante. En el contexto de auge de las políticas neoliberales, nuevos actores extra sanitarios, como el ya mencionado Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio, 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 extra sanitarios 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 (Almeida, 2013b).

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 Estados Unidos con el fin de tomar represalias contra el organismo por su programa de medicamentos esenciales, que estableció un recetario de medicamentos genéricos, considerados deliberadamente contrarios a los intereses de las empresas estadounidenses (Almeida, 2013b). En 1993, se congelaron las contribuciones de los países miembro 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 (Almeida, 2013b). 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 (Belardo y Herrero, 2020b).

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 (Almeida, 2013).

Estados Unidos 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 los EE. UU. cuando los organismos no cumplen con sus intereses (Belardo y Herrero, 2020b). El segundo mayor aportante de la OMS es la Fundación Bill y Melinda Gates y la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI, siglas en inglés), 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 (Belardo y Herrero, 2020b).

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 asistimos 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 (a través de GAVI). Estos programas son producto de asociaciones público-privadas (APP), en donde un conjunto de actores privados (fundaciones filantrópicas y empresas farmacéuticas) terminan incidiendo económica y políticamente en la definición de las líneas estratégicas de la salud a escala global (Almeida, 2017; Ruckert y Labonté, 2014). 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 (Almeida, 2013). 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 (Velasquez, 2015). 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. Estados Unidos 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* (Belardo, 2020).

Cabe mencionar que el programa *Mais Medicos* (2013-2018) desplegó a más de 18.000 profesionales de la salud tanto brasileños como extranjeros, en más de 4.000 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 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, a su vez, que 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 (Belardo, 2020). 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 miembro. *Mais Médicos* asistió a más de 28 millones de personas que hasta entonces estaban marginadas de una atención básica de salud.

El Secretario 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 (Belardo, 2020).

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, sólo el financiamiento que hacen los países miembros, Estados 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 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 (Vance, 2020).

De esta manera, 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 sobre utilizando la tecnología biomédica (Herrero, Loza, Belardo, 2019; Herrero y Belardo, 2020).

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 las patentes: el rol de la OMC

Como nunca en la historia, los científicos obtuvieron vacunas, medicamentos y tratamientos contra el CO-

VID-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 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.

Así, 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: a la fecha, no hay vacunas suficientes. Las pocas disponibles, además, se han distribuido mayoritariamente en un pequeño grupo de países (Garber, 2021).

Antes de la llegada de las primeras vacunas, las naciones ricas, que concentran sólo el 14% de la población mundial, ya habían pre-adquirido 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% se ha destinado a países de ingresos altos o medianos-altos y solo el 0,2% a los de ingresos bajos. Esto es, en los países de ingresos altos, una de cada cuatro personas ha recibido una vacuna, mientras que apenas una persona entre 500 en los países de bajos ingresos. Más de 130 países aun 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 (Herrero, Lombardi, 2021). De las vacunas producidas, Latinoamérica tiene, por contrato, sólo 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 en un 199 % a su población, o Canadá, en un 532% (Malamud y Nuñez, 2021).

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 resultado 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 supe-riamente 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. 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 (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 respetaba y tenía que 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 solicitaban, Argentina podía fabricar medicamentos genéricos que no solo estaban disponibles en el país, sino que se exportaban a otros países (Taylor, 2021).

Así, es preciso considerar que 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 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 vemos actualmente en las vacunas de 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, está 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 sucedió que, con sólo 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 farmacéutica 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 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.

El lucro, la geopolítica y la diplomacia: las vacunas

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 que se suspenda temporalmente 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 tecnologías médicas 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 (Herrero y Lombardi, 2021). 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. 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 tercios partes del financiamiento para la investigación en vacunas proviene del financiamiento público (Herrero y Lombardi, 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 Estados Unidos 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 Estados Unidos) 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 20 economías más importantes del mundo reunidos 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 (Belardo, 2021).

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 permitir la suspensión de las patentes. Y 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.

En este escenario, 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 (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 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 con sus 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, están 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 (Belardo, 2021b).

A su vez, no debemos olvidar que el nuevo virus llega a una América Latina, que continúa siendo la región más desigual del mundo, y ha sido blanco de reformas salvajes de sus sistemas sanitarios. Esta región presenta un mosaico epidemiológico en el que cada país, y al interior de estos, prevalecen diferentes tipos de enfermedades: por un lado, las crónicas como hipertensión, diabetes, distintos tipos de cáncer, y por otro lado, las infecciosas como fiebre amarilla, zika, tuberculosis, chikungunya y chagas. Estos tipos de eventos requieren acciones, infraestructura, profesionales e investigadores de salud específicos.

Ningún sistema de salud está totalmente preparado para atender este tipo de epidemia y este es el principal problema que enfrentan los países ante este nuevo virus. Las condiciones estructurales de los sistemas sanitarios juegan hoy un papel central y, en ese sentido, las secuelas que han dejado las políticas neoliberales de ajuste al gasto público que se vienen implementando desde la

década de 1980 se hacen mucho más visibles (Herrero y Belardo, 2020b).

La privatización de la salud a gran escala es un proceso de larga data, sobre todo en América Latina. Actores como el Banco Mundial han tenido un rol protagónico en estos procesos de reformas, como también muchas de las más influyentes instituciones filantrópicas que hoy manifiestan preocupación en torno al abordaje de la pandemia.

La pandemia encontró a América Latina en un momento de marcada debilidad en algunos de sus procesos de integración regional. Esto a pesar de que la institucionalización sanitaria tiene una amplia trayectoria a nivel regional. Desde la conformación de la Organización Panamericana de la Salud en 1902, hasta organismos como la Comunidad Andina de Salud, creada en 1971 y el Subgrupo de Trabajo N° 11 Salud del Mercosur, establecido en 1996. Sin embargo, fue la experiencia de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) la que ha dado un paso fundamental, en tanto bloque político, en considerar a la salud como un derecho humano y al acceso universal y los determinantes sociales como temas centrales. A ello se sumó la apuesta por desarrollar una diplomacia sanitaria regional con eje en la cooperación sur-sur y la proyección de los intereses regionales en ámbitos multilaterales.

La crisis sanitaria visibiliza la fragmentación regional. Lo que se ve es que las alianzas entre los distintos bloques han sido parciales a la hora de enfrentar la pandemia. En 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 podría haber contribuido a respuestas más efectivas para enfrentar la pandemia (Herrero y Nascimento, 2020). La actuación conjunta tiene, además, un telón de fondo: 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).

En el nivel nacional, la coordinación regional es necesaria con miras a 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 al-

gunos países de América Latina, como Brasil, México, Colombia, Argentina, y por supuesto Cuba. En el nivel regional, se precisa la acción conjunta para articular y fortalecer la cooperación transfronteriza; garantizar la coordinación de vuelos que transportan equipamientos y vacunas, sobre todo para aquellos países donde está logística es un impedimento en la adquisición de vacunas. A escala global, la articulación regional podría haber facilitado un mayor acceso a los organismos multilaterales con el fin de unir fuerzas para actuar juntos y negociar en bloque, entendiendo y defendiendo la salud como un derecho. Con la extinción de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) se ha perdido un importante espacio político regional y global en salud en América del Sur, en un momento de extrema necesidad y urgencia.

Conclusiones provisionarias

La pandemia de COVID-19 está poniendo sobre la mesa algunos temas de debate, que nunca pierden vigencia, pero que sí se re significan conforme el momento histórico en el que vivimos: la estrecha relación entre el comercio y la salud pública; las contradicciones entre los intereses económicos y el derecho a la salud; la importancia del acceso universal a los sistemas de salud como principal política sanitaria y la cooperación entre los países como herramienta epidemiológica.

El año 2021, el año de la guerra mundial por las vacunas, debe llamar nuestra atención por el carácter estratégico de la producción farmacéutica, sobre todo, porque el mundo que se inaugura con esta pandemia será un mundo 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 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. 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 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 equitativas 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.

La pandemia de COVID19 ilumina dos cuestiones centrales: en primer lugar, que la salud global es un conglomerado de actores público y privado, que las más de las veces lucran con la salud de las poblaciones del mundo y frecuentemente actúan contrariamente a sus necesidades reales; y en segundo lugar, que la salud necesariamente deber ser pública, universal y el Estado su principal garante.

Bibliografía

- Almeida, C. (2017) *Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais*. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 2:e00197316
- Almeida, C. (2013b) *El Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y las reformas contemporáneas en los sistemas de salud*. En: La demolición de derechos: un examen de las políticas del Banco Mundial para la educación y la salud (1980-2013). Editorial: EdUNLu.
- Almeida, C. (2013) *Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil*. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.
- 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/> Consulta 13 de junio de 2021.
- 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/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. y Herrero, MB. (2020 a) *Los organismos internacionales, arenas de disputas en tiempos de pandemia*. Revista Hamartia, 11 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.hamartia.com.ar/2020/11/15/organismos-internacionales-disputa/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. y Herrero, MB. (2020b) *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/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. y Herrero, MB. (2020c) *COVID-19 y la Agenda Global*. Revista Soberanía Sanitaria, Número 7, pag. 64 a 70, Junio 2020. Consulta 13 de junio de 2021.
- Belardo, M. (2020) *Organización Panamericana de la Salud: ¿un peón en el tablero de control del "Patio Trasero"?*. 25 de julio de 2020. Nodal, noticias de América Latina y el Caribe. 16 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.nodal.am/2020/07/organizacion-panamericana-de-la-salud-un-peon-en-el-tablero-de-con>
- trol-del-patio-trasero-por-marcela-belardo/ Consulta 13 de junio de 2021.
- Birn AE. (2009) *The stages of international (global) health: histories of success or successes of history?* Glob Public Health. 2009;4(1):50-68. doi: 10.1080/17441690802017797. PMID: 19153930.
- Brown, T., Cueto, M. y Fee, E. (2006). *The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization*. Rev. História, Ciências, Saúde Manguinhos, 13 (3). 623-47.
- Buss, PM.; Alcázar S.; Galvão Luiz A. (2021) *A pandemia, a OMS e um movimento de mudança*. Disponible en: <https://diplomatieque.org.br/a-pandemia-a-oms-e-um-movimento-de-mudanca/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Garber, Marina (2021). *Los dueños de las vacunas*. Revista Acción. Disponible en: <https://www.accion.coop/los-duenos-de-las-vacunas> Consulta 13 de septiembre de 2021.
- Godue, C. (1992). *International Health and Schools of Public Health in the United States*. En: International health : a North-South debate. Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, 259.
- Herrero, MB. y Belardo MB. (2020) *Salud internacional y salud global: historia, conceptos y perspectivas*. Documentos de trabajo. Área de Relaciones Internacionales, FLACSO Argentina, 2020.
- Herrero, MB. y Belardo, M. (2020b) *Covid-19 y la necesidad de rediscutir nuestros sistemas de salud*. El País Digital, publicado el 5 de abril de 2020. Disponible en: https://www.elpaisdigital.com.ar/contenido/covid-19-y-la-necesidad-de-rediscutir-los-sistemas-de-salud/26294?fbclid=IwAR2sIGS1CceznLd8zyIqAy32PB_DH-Ba1Ul69gEgP65yhH6F5si16ridgpSg Consulta 13 de junio de 2021.
- 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/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Herrero, MB.; Loza, J. y Belardo, MB. (2019) *Collective health and regional integration in Latin America: An opportunity for building a new international health agenda*. Global Public Health, 14:6-7, 835-846, DOI: 10.1080/17441692.2019.1572207
- 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/> Consulta 13 de junio de 2021.

- 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/>
- Kickbusch, I. (2004) *The End of Public Health As We Know It: Constructing global Health in the 21st Century*. En: Sustaining Public Health in a Changing World: Vision to Action World Federation of Public Health Association 10th International Congress on Public Health. [Internet]. 19 - 22 April 2004 The Brighton Centre, Brighton, UK, 1-19.
- Malamud, C. y Núñez, R. (2021) *Vacunas sin integración y geopolítica en América Latina*. Real Instituto Elcano. 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.
- Nodal, 2020. Te vamos a vacunar. <https://www.nodal.am/2020/11/argentina-entrevista-a-la-doctora-susana-etchegoyen-sobre-la-ley-que-autoriza-al-estado-a-firmar-convenios-con-laboratorios-extranjeros/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Organización Internacional del Trabajo (2021). La COVID19 y el mundo del trabajo. Séptima edición. Estimaciones actualizadas y análisis, 21 de enero. https://www.ilo.org/briefingnote/wcms_767045
- 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 Consulta 13 de junio de 2021.
- Our World in Data, 2021. <https://ourworldindata.org/> Consulta 13 de junio de 2021.
- Panisset, U. (1992) *Reflexiones acerca de la salud como asunto internacional*. En: OPS/OMS, editor. Salud Publica Internacional, un debate Norte-Sur. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 262.
- Rovere, M. (1990) *Aportes para la Discusión sobre el Campo de Salud Internacional*. OPS/OMS, mimeo, 5.
- Ruckert, A. y Labonté, R. (2014) *Public-private partnerships (ppps) in global health: the good, the bad and the ugly*. Third World Quarterly, 35:9, 1598-1614, DOI: 10.1080/01436597.2014.970870
- Taylor, A. (2021) *Cómo luchar contra el apartheid mundial de vacunas*. Revista Jacobin. Disponible en: https://jacobinlat.com/2021/05/27/como-luchar-contr-el-apartheid-mundial-de-vacunas/?mc_cid=a29d357523&mc_eid=d04fb4676e Consulta 13 de junio de 2021.
- Vance, C. (2020) *La UNASUR y la post pandemia: una mirada desde la salud*. Revista CISS <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2020/07/La-unasur-y-la-postpandemia-una-mirada-desde-la-salud.pdf> Consulta 13 de junio de 2021.
- Velasquez, G. (2015) *¿Sobrevivirá la OMS a la epidemia de ébola? una organización a la deriva*. Le Monde diplomatique en español, ISSN 1888-6434, N°. 235, 2015, pág. 15.

