



DETERMINACIÓN, DEPENDENCIA Y DESCOORDINACIÓN EN LAS VACUNAS PARA EL SARS-COV-2 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

GONZALO BASILE*

OSCAR FEO**

América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo periférico dependiente permite estudiar los impactos de la geopolítica del poder y conocimiento en la respuesta a la pandemia de SARS-CoV-2. Este artículo busca evidenciar la articulación entre las Big Pharma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros actores de la salud global liberal, en la respuesta desde COVAX, CEPI y GAVI a la emergencia de salud pública creada por el SARS-CoV-2, identificando los eslabones críticos y las claves de soberanía sanitaria regional para estudiar el acceso a vacunas en el Sur global como bienes públicos a partir de las categorías de las tres “D”: *determinación, dependencia y descoordinación*.

A pesar de los vaivenes de la economía global, el mercado farmacéutico sigue siendo un complejo productivo y generador de demanda inelástica de consumo masivo con tasas de ganancias extraordinarias, con una venta de US\$1.27 mil millones para el año 2020 (Estatista, 2021). Este complejo industrial es uno de los sectores más rentables para los negocios del gran capital y está altamente concentrado en los países centrales que lideran la investigación, innovación y desarrollo de fármacos y vacunas, y utilizan las patentes y un lobby muy agresivo como instrumentos del capitalismo cognitivo. Ese mundo farmacéutico está liderado por 20 empresas *Big Pharma* en su mayoría provenientes de la Unión Europea y Estados Unidos, que representan más de 60 % del total de ventas de la industria farmacéutica a nivel global, configurando una geopolítica claramente Norte-Sur o Centro a la Periferia.

El complejo médico industrial financiero (CMIF) enlaza corporaciones farmacéuticas, grupos financieros y la participación activa de los Estados del Norte global para consolidar intereses de expansión transnacionalizada del capital y reafirmar su presencia geopolítica. El CMIF expresa una constante articulación entre Estados-corporaciones para los fines de expansión del capital financiero-farmacéutico. Este complejo farmacéutico ha estado en el gobierno de la investigación, desarrollo, validación, producción, venta y distribución de las vacunas del SARS-CoV-2.

De ahí, que más que repetir premisas de la enfermología pública internacional positivista, se busca aportar una matriz de análisis crítico para revisar las respuestas a la epidemia de SARS-CoV-2 problematizando a las vacunas como una de las estrategias de afrontamiento. Sobre esta matriz de eslabones bajo las tres “D”, el presente artículo desarrolla una revisión de estos procesos para caracterizar, analizar e interpretar el acceso y uso de vacunas en respuesta al ciclo epidémico de SARS-CoV-2 desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud.

* gbasile@flacso.org.do / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2251-0541> Director e investigador del Programa de Salud Internacional FLACSO República Dominicana / Coordinador del Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria.

** oscarfeo@msn.com / ORCID: 0000 0003 2205 2592 Profesor de la Universidad de Carabobo y del Instituto de Altos Estudios en Salud Arnoldo Gabaldón (Venezuela). Investigador asociado del Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria.

La “D” de Determinaciones internacionales de la salud, vacunas y complejo farmacéutico global

Comprender la dimensión general de las crisis epidémicas y el acceso a bienes públicos como medicamentos y vacunas requiere asumir una escala de observación basada en la categoría de **determinación internacional de la salud** que asume la complejidad de condicionantes y adversidades de América Latina y el Caribe como espacio del capitalismo periférico y compradores al complejo médico industrial farmacéutico, que asumen acríticamente los patrones de respuesta “universal” a las emergencias sanitarias, tales como cuarentenas empíricas, neohigienismo y vigilantismo punitivo, geopolítica de seguridad sanitaria global y militarización ante amenazas epidémicas para el Norte global.

La determinación internacional de la salud se expresa en diferentes dimensiones y niveles, y permite demostrar el reduccionismo de la idea de que la producción de respuestas a los procesos de salud-enfermedad descansa sobre lo que ocurre sólo entre y al interior de cada Estado-Nación, sin vinculación fundamental o reconocimiento de las determinaciones geopolíticas sobre la salud y la vida en el Sur. Si la unidad de análisis para el estudio de eventos epidemiológicos globales y el acceso a vacunas son los Estados-Nación se subestima las relaciones de determinación y dependencia dentro del sistema mundo contemporáneo. Para comprender el acceso a las vacunas del SARS-CoV-2 es relevante utilizar un análisis basado en las determinaciones internacionales de la salud.

Es clave identificar que las desigualdades globales en acceso a vacunas entre Estados/sociedades nacionales y al interior de estas, son evidencias sueltas, aisladas y desconectadas. La distribución diferencial de recursos de dominación, explotación, dependencia y sometimiento se configura como la dimensión general de *determinación de la salud internacional* que nos permite comprender desde una dimensión general a los bienes públicos globales como las vacunas. Es decir, el sistema-mundo vigente, es resultado de un proceso de pliegues que en nuestra región tienen que ver con la propia constitución histórica colonial de América Latina y el Caribe del capitalismo colonial/moderno, líquido y eurocentrado como patrón de poder mundial.

Este flujo de determinación internacional de la salud, tiene una dinámica de reproducción en la propia arquitectura del Complejo Médico Industrial Financiero (CMIF) como un eslabón de la aceleración inédita de acumulación económica, mercantilización, medicalización y financierización de la salud y la vida. Incluyendo una dimensión de ecología política que emerge al analizar los procesos de significación, valorización y apropiación de la naturaleza. El CMIF es un entramado que articula un triple campo de poder: geopolítico, técnico y económico-financiero. Esta triqueta implica un engranaje que entrelaza corporaciones farmacéuticas, industrias de tecnología sanitaria, industria de insumos médicos, producción privada de servicios sanitarios, y la industria aseguradora de coberturas financieras de salud.

Desde hace muchos años se viene advirtiendo que las “vacunas” se convirtieron en un espacio de negocios de la industria farmacéutica y biotecnológica. En las transiciones del colonialismo de mercado al capitalismo industrial hacia el vigente sistema mundo financiero extractivo acelerado, se produjo un cambio en el valor de cambio y valor de uso en la producción de vacunas. El mercado de vacunas a nivel global, para el año 2020, registró ingresos por 59.2 mil millones de dólares. Esto es casi el doble del tamaño del mercado en 2014 (32.200 millones de dólares), según un informe de Zion Market Research. Las vacunas más rentables en el periodo 2017-2024 son Prevnar 13 (Pfizer Daewoong), Gardasil (Merck &co), Pentacel (Sanofi), Fluzone (Sanofi), Combinación vacuna respiratoria (Novavax), sin contabilizar las de Covid-19.

Ya no son las viejas vacunas, como las usadas contra la viruela, la polio, el sarampión, o el tétanos, por señalar algunas que fueron de gran valor para la humanidad. No se producían vacunas en ese entonces en función de una acelerada **lógica de acumulación de capital, a pesar de que los procesos de salud-enfermedad infecciosas eran nudos críticos que afectaban la expansión comercial, la pérdida de fuerza del trabajo y de condiciones de consumo en las sociedades centrales del Norte global.** La vacunación se transformó en un vehículo para inmunizar a las sociedades especialmente del Norte global, para proteger a esa humanidad superior del sistema mundo, pero especialmente cuidar consumidores y fuerza de trabajo. Las vacunas siempre se movieron en una concepción sobre el proceso de salud-enfermedad desde la hegemonía de la biomedicina y la salud pública funcionalista.

Hay un largo debate sobre esto, porque, al mismo tiempo que se descubren vacunas como respuesta biológica inmunitaria sin transformar las determinaciones de la salud y la vida, muchos procesos de salud-enfermedad continuaban siendo persistentes en una dinámica epidemiológica de geopolítica Norte-Sur, colonial y por clase social, etnia y género a pesar de la existencia de vacunas. Las vacunas son un bien público global necesario y componente específico pero insuficiente en una respuesta a una crisis epidemiológica, asumiendo que la prioridad es el cuidado integral de la salud colectiva que se mueve como un flujo en lo general en el metabolismo sociedad-naturaleza, en lo particular en los modos y estilos de vida y sistemas sanitarios que respondan a las determinaciones de la salud.

En el siglo XX mientras se producía la consolidación de la biomedicina clínica occidental, el capital privado monopólico y los Estados del Norte global promovieron la formación de lo que hoy conocemos como el CMIF. Es ilusorio caracterizar al complejo farmacéutico global sin comprender la hegemonía de la biomedicalización de la salud y la educación médica, y su articulación geopolítica, regulatoria y de financiamiento con los Estados del centro global. Este entramado además tiene un espacio colonizado del saber a través de las universidades y centros de investigación. Esto se complejiza con la aparición de la industria biotecnológica en el campo de las vacunas y el ingreso de las farmacéuticas en los circuitos de acumulación del capital financiero. Las vacunas tradicionales -de patógeno atenuados o inactivados- fueron reemplazadas por vacunas más sofisticadas, llamadas modernas o de segunda generación -subunidad proteica, recombinantes, conjugadas- e incluso de tercera generación -Virus likeparticles, vacunas a RNA o a DNA, vacunas vectoriales.

En el ámbito de la propiedad intelectual un nuevo régimen acompañó estos cambios: se pasó de un sistema regulatorio occidental de ciencia abierta que se auto percibe como “La Ciencia” única y totalizante, a una transición y mezcla con un sistema que basado en ese poder simbólico-científico avanzó a patentar desarrollos científicos/tecnológicos articulados a financiamientos de los Estados, lo que dio lugar a la apropiación de las corporaciones farmacéuticas del conocimiento biomédico.

Los Acuerdos sobre Aspectos de Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (APDIC o TRIPS en sus siglas por inglés) fueron el mecanismo por el cual la Organización Mundial del Comercio (OMC) impuso los intereses del complejo farmacéutico a los Estados y sistemas de salud, con graves impactos en los países dependientes de importaciones farmacéuticas con balanzas comerciales deficitarias como es el caso de América Latina. Estos derechos de patentes sobre las vacunas y fármacos, colocaron al comercio y al lucro de las farmacéuticas, sobre la salud colectiva.

El libro de Susan Sell de *Private Power, Public Law* (2003) describe con detalle la captura del los ADPIC por el Comité de Propiedad Internacional integrado por Bristol-Myers, CBS, DuPont, General Electric, General Motors, Hewlett Packard, IBM, Johnson & Johnson, Merck, Monsanto y Pfizer. Este comité ejerció una influencia extraordinaria en las negociaciones comerciales y logró plasmar sus objetivos corporativos privados en una ley global uniforme que se aplica y se hace cumplir en todos los estados miembros de la OMC.

La India y Sudáfrica propusieron ante el Consejo de los ADPIC, a mediados de octubre de 2020, una suspensión temporal de la implementación, aplicación y cumplimiento de determinadas obligaciones de propiedad intelectual de las APDIC, incluyendo temas de patentes, derechos de autor, diseños industriales y protección de la información en relación con el SARS-CoV-2. Esta propuesta fue debatida y rechazada durante la reunión general de la OMC en diciembre de 2020, a pesar de que entonces ya estaba apoyada por más de un centenar de países.

Mientras ocurre esto en OMC, el Chatham House, también conocido como el Instituto Real de Asuntos Internacionales conocido *thinkthank* británico, convocaba a puertas cerradas en el mes de marzo del 2021 a una Cumbre Mundial de Fabricación y Cadenas de suministro de vacunas C19 co-auspiciada por COVAX junto a la Organización de Innovación Biotecnológica (BIO), la Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes de Productos Farmacéuticos (IFPMA), la CEPI y el GAVI. Ahí estuvo la OMS. En esta Cumbre se abordaron las necesidades de las farmacéuticas globales en cadenas de suministros, movilidad comercial y barreras de distribución o impositivas, aceleración de la producción industrial para la distribución de geopolítica desde COVAX y comercialización de los excedentes productivos, otros. En una misma mesa las Big Pharma (IFPMA), CEPI, GAVI, BIO y la propia OMS.

El modelo de negocios de las vacunas ya no implica una inmunización para proteger sociedades en un capitalismo productivo, o a la humanidad

toda. Actualmente radica en lograr esquemas de maximización de costo-beneficio con vacunas que sean incorporadas a los programas nacionales de inmunización, incidiendo en los comités de expertos, logrando que el stock de ventas se amplíe bajo asociaciones público-privadas que minimizan riesgos y garantizan amplios beneficios. Es decir, el plan de negocios en vacunas es lograr vía asociaciones público-privadas que estas se transformen en obligatorias en planes de inmunización a través de una creciente dependencia.

En resumen, lo que viene ocurriendo implica poner en evidencia que la autoridad internacional conocida como Organización Mundial de Salud (OMS) se encuentra colonizada por los intereses del complejo farmacéutico global, gracias a un proceso acelerado de privatización que la despoja de cualquier rol en la salud pública. Casi el 90% del Programa de Medicamentos de la OMS es financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates que entrega fondos a los temas que le interesan. El 80 % del presupuesto de la OMS depende de donaciones (no del aporte de los Estados), que se conocen como contribuciones voluntarias «que se concentran en diversos países, en la Fundación Bill y Melinda Gates y en la industria farmacéutica»¹. Cuando un donante da dinero, por ejemplo, la industria farmacéutica, sus representantes solicitan estar presentes en los comités de expertos de los diferentes programas [de la OMS]. Ya había sucedido con la epidemia H1N1, donde los fabricantes de vacunas y medicamentos, como el Tamiflú de Gilead, tenían asientos en el comité de expertos que estaba decidiendo si se declaraba una epidemia.

“D” de Dependencia: la geopolítica del poder y conocimiento sanitario en las vacunas del SARS-CoV-2

Los conceptos de desarrollo y de subdesarrollo no son fijos, son dos caras de una misma moneda dice Dos Santos (2020). Tienen una historia tejida por los conflictos y las mutaciones de la División Internacional del Trabajo (DIT) que atraviesa cinco siglos de globalización colonial capitalista y producción de dependencias.

En primer lugar, las múltiples gramáticas en las tesis de la seguridad sanitaria global implican formas y lentes de abordajes que producen desde hace tres décadas una dependencia en la salud internacional. La seguridad sanitaria global obliga a los Estados del Sur a tomar medidas sanitarias que responden a las necesidades de los Estados del Norte global. Hay un nexo entre seguridad y salud que se convierte en la narrativa dominante en el campo de la salud internacional. Flor presenta la seguridad sanitaria global como producto de un proceso de *biomedicalización de las relaciones internacionales* que prioriza los intereses geopolíticos del norte y control. La propia autoridad médica internacional de la OMS articula y promueve las demandas del Norte en especial de EE.UU, UK y Europa de “más” seguridad sanitaria. Es decir, si una crisis epidémica es una amenaza de seguridad, las vacunas pasan a ser un insumo estratégico en la concepción de una matriz de la “guerra” epidemiológica.

Un caso testigo de esta geopolítica de dependencia que se mueve en la seguridad sanitaria como determinación internacional es el asunto internacional del acceso a las vacunas de SARS-CoV-2. Encontrando una dinámica de dependencia con el caso paradigmático de entramados que actualmente se reproducen y gobiernan el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 conocido como el “Mecanismo COVAX” de la OMS junto a la alianza GAVI y CEPI.

Este mecanismo representa una trama donde se garantizaron los derechos de patentes de las vacunas bajo la lógica de mercado y seguridad sanitaria donde sólo se comprometen a donar una proporción de los excedentes productivos que supone más un sentido de “*beneficencia y caridad global*” con el Sur que en acceso a un bien público global ante la necesidad de inmunización de 7000 millones de personas en el mundo.

Es decir, lo que evidencia el Mecanismo COVAX es que en el gobierno del acceso a las vacunas del SARS-CoV-2 están directamente tomando decisiones las farmacéuticas junto a los Estados del Norte global. CEPI y GAVI son centralmente los que gobernaron a la OMS en su estrategia y política global sobre vacunas de SARS-CoV-2. Una caracterización y cartografía de estos actores puede ayudar a una mayor comprensión de sistemas complejos que se mueven en la respuesta a las crisis epidemiológicas como el COVID-19 y otras pandemias y/o epidemias de alcance internacional (pasadas o futuras).

En enero de 2016, en la reunión del Foro Económico Mundial nació un proyecto muy particular con el objetivo de explorar nuevas vías de respuestas a los retos que planteaba la agenda de salud global liberal en relación a las enfermedades infecciosas emergentes. Este espacio fue gestado en el seno de la OMS, entre corporaciones y gobiernos del Norte global. Este proyecto fue concretado con el nombre de Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (CEPI). Sus impulsores fueron la OMS, el fondo filantrópico de Glaxo Smithe Kline el Welcome Trust², la Bill and Melinda Gates Foundation y el World Economic Forum³ y contaba con un presupuesto de al menos 1000 millones dólares en sus primeros años, con tres objetivos: 1) estimular, financiar y coordinar el desarrollo de nuevas vacunas frente a enfermedades infecciosas capaces de causar brotes y epidemias, 2) avanzar en el desarrollo de candidatos de vacunas para las enfermedades de mayor interés; y 3) desarrollar una plataforma técnica e institucional para coordinar la respuesta ante la emergencia de patógenos. En fin, una “*suerte de política de mercado de aseguramiento de global*”⁴ a decir de Rottingen, que despertó gran interés en gobiernos del Norte global y la federación de la industria farmacéutica global (IFPMA).

1 OMS. (2019). Contribuciones. Recuperado en: <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>

2 Welcome Trust. Ver: <https://wellcome.ac.uk/>

3 WorldEconomicForum. Recuperado en: <https://www.weforum.org/>

4 Rottingen JA, et al. (2017). New vaccines against epidemic infectious diseases. N Engl J Med. 2017, January 18.

Además de la caracterización de CEPI, es necesario describir a la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI), cuyo impacto geopolítico se basa en las fortalezas de sus socios principales: la OMS, UNICEF, el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates, y la participación de la propia industria farmacéutica global que tiene una participación del 60% del financiamiento de GAVI. Los representantes de la Federación Internacional de Asociaciones y Fabricantes de Productos Farmacéuticos (IFPMA) que representa a más de 55 corporaciones farmacéuticas globales, incluidas Johnson&Johnson, GlaxoSmithKline, Merck&Co., Novartis, Sanofi Pasteur, la división de vacunas de Sanofi-Aventis y Pfizer, tiene un puesto en la Junta directiva de GAVI.

En relación al Mecanismo COVAX es fácil evidenciar una relación de dependencia del Norte Global. La pregunta clave es si COVAX ha sido ineficiente en sus objetivos, o si en realidad está cumpliendo la función para la cual fue diseñado.

Producción de Vacunas de SARS-CoV-2: Big pharma, excedentes productivos del Norte y patentes

Según el rastreador de vacunas de Covid-19 de la OMS se están probando 126 candidatas vacunales en ensayos clínicos en humanos, 196 en estudios pre clínicos en animales, y se aprobaron 33 vacunas. La velocidad en la producción de la vacuna del SARS-CoV-2 en general no se debió a la brillantez de los monopolios farmacéuticos en investigación y desarrollo (I+D), sino a una combinación de shocks de fondos públicos donde se comparten los riesgos y beneficios del desarrollo de vacunas en el nuevo capitalismo cognitivo y estudios previos de centros de investigación sobre los coronavirus (MERS, SARS) incluyendo a las plataformas biotecnológicas ya existentes de ARNm que hicieron posible el avance sobre estas vacunas.

El CMIF siglo XXI implica alianzas que triangulan Estado, universidades, centros de investigación y complejo médico industrial privado, en los cuales la presencia del Estado se articula a aportar en el desarrollo de conocimientos y el financiamiento, para colocar la producción en el mundo de lo privado. Moderna, creada por multimillonarios profesores universitarios estadounidenses bajo la dinámica de una ciencia biomédica empresarial tiene como inversores a la Fundación Gates, a Merck y a la propia AstraZeneca. El objetivo de Moderna fue construir una plataforma de tecnología ARNm y recibió alrededor de 2.5 mil millones en investigación federal para la vacuna del SARS-CoV-2 y financiamiento para suministros del gobierno federal de Estados Unidos. El caso Moderna y la expansión de una academia biomédica multimillonaria a través de la monetización del saber resulta pertinente para comprender la fabricación del conocimiento en el siglo XXI, lo que se conoce como capitalismo cognitivo.

También la alianza de la Universidad de Oxford y AstraZeneca se basa en fondos públicos. En América Latina y el Caribe la mayor plataforma que intento apropiarse de la producción de vacunas de SARS-CoV-2 (con un importante fracaso en la cadena de suministros y capacidad de producción-distribución) fue el consorcio farmacéutico AstraZeneca con el grupo Carso⁵ de Carlos Slim (México) y el grupo Insud⁶ de Hugo Sigma (Argentina) con su laboratorio mAbxiencey su fundación filantrópica Mundo Sano que tuvieron un apoyo financiero y operacional de varios Estados latinoamericanos y caribeños.

Desde el punto de vista de la producción, de las 33 vacunas aprobadas solo 5 fueron producidas en centros de investigación que pueden caracterizarse como estatales, el resto fueron desarrolladas por corporaciones privadas y consorcios de asociaciones públicos-privados. Solamente Rusia, China y Cuba lo hacen con fuerte presencia del Estado y con negociaciones diplomáticas directas. De hecho, China (a través de Sinovac y Sinopharma) produjo el **más efectivo** acceso a vacunas en el primer semestre del año 2021 a través de convenios de ventas o asociaciones con América Latina y el Caribe que permitió avanzar en estrategias de vacunación en varios países de la región. Caso especial, Cuba, que padeciendo un bloqueo económico desde hace 60 años, ha desarrollado una industria biotecnológica que le permitió producir cuatro vacunas e inmunizar a su población con sus propios recursos, además de ofrecerlas a otros países del Sur.

Por el contrario, las *Big Pharma* como Pfizer, Moderna o Janssen recién a partir de junio del 2021, una vez avanzado el cumplimiento del aprovisionamiento de la vacunación **con sus** sociedades centrales del Norte global, comenzaron con retardo evidente, a colocar sus excedentes productivos en entregas directas **a países**, o bien a través de vacunas *marcadas vía COVAX*. Es también evidente, la guerra publicitaria y las campañas sistemáticas de descrédito contra las vacunas de Rusia, China o Cuba.

Además, existen grandes vacíos de conocimiento alrededor de la inmunogenicidad. No se conoce la duración de la respuesta inmunitaria al SARS-CoV-2 y menos en relación a las diversas variantes. Estudios en Israel y China con diferentes tipos de vacunas sugieren la necesidad de refuerzos. Estos vacíos de conocimiento, nos hacen presa fácil de los intereses del capital farmacéutico que transforma esta pandemia en una oportunidad de negocios.

En la perspectiva de la distribución y aplicación de vacunas para el Covid-19, el 47,9% de la población mundial para finales de octubre del 2021 había recibido al menos una dosis de la vacuna. Se han administrado seis mil millones de dosis en todo el mundo, pero **sólo el 5,2%** en África. Según la Organización Mundial de la Salud, el 95% de las vacunas contra el coronavirus se concentra en diez países: Estados Unidos, China, Reino Unido, Israel, Emiratos Árabes Unidos, Italia, Rusia, Alemania, España y Canadá. Los países del Norte global captaron todo el flujo de producción de vacunas de Pfizer, Moderna, AstraZeneca, J&J y Novavax en el primer semestre del año 2021, lo cual significó que recién a partir del mes de junio del año se comenzaron a distribuir los excedentes productivos y cumplir contratos.

5 Grupo Carso – Recuperado en: <https://www.carso.com.mx/>

6 Grupo Insud – Recuperado en: <https://www.grupoinsud.com/>

En América Latina y el Caribe, para el 9 de noviembre del 2021 los países que tienen **más del 75 %** de su población totalmente vacunada (con esquemas de dos dosis) son Chile (80%), Uruguay (75 %), Cuba (69%). Por el contrario, en la misma región otro grupo de países se encuentran aún por debajo del 50% como: Bolivia (39%), Paraguay (41%), Honduras (38%), Venezuela (48%), Nicaragua (20%), Haití (1%), entre otros.

No cabe duda que la vacunación es una de las estrategias de más efectividad, aunque es necesaria una revisión crítica a la respuesta a la pandemia y como los Estados latinoamericanos fueron reducidos a la preparación de un aparato burocrático externo a las sociedades en la dinámica de afrontamiento al SARS-CoV-2 que tomaron cuerpo e institucionalización a través de ensayos experimentales de cuarentenas empíricas, (neo)higienismo individual, punitivismo/vigilantismo médico en el siglo XXI, arreglos híbridos en sistemas de salud crónicamente fragilizados, precarios y financierizados, un gobierno biomedicalizado de especialistas clínicos tomando decisiones sobre epidemias poblacionales, la transferencia de protocolos de control y prevención de infecciones hospitalarias a la vida en sociedad, entre otros eslabones críticos.

El gobierno del SARS-CoV-2: entre los expertos clínicos y sus vinculaciones orgánicas con el CMIF

En la caracterización de la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 resulta importante identificar el gobierno de los “expertos” clínicos y la institucionalización de la *gubernologización* de la salud pública. En una revisión de comités de operativos de emergencias o comités de respuesta a COVID-19, comités de expertos a nivel país en la región se detectan: 1. Sobreabundancia de especialistas clínicos biomédicos, virólogos y/o infectólogos, 2. Muchos de estos especialistas tienen vinculaciones directas con el complejo médico industrial farmacéutico, con industrias aseguradoras de coberturas y proveedoras privadas de servicios de salud tomando decisiones *dentro* del Estado.

La “D” de Descoordinación: los vacíos en la integración regional en salud en la producción y acceso a las vacunas del SARS-CoV-2

La salud internacional panamericana y la salud global liberal responden a una geopolítica del poder y conocimiento del sistema mundo contemporáneo. Toda la matriz de operacionalización de mandatos globales sobre el acceso a vacunas no pudo expandirse sin la plataforma de la doctrina panamericana que operó sobre América Latina y el Caribe como territorio de su dominio tecnocrático-diplomático y de sus intereses político sanitarios. Desde un punto de vista *decolonial* es importante describir al panamericanismo como la corriente que hegemoniza la salud pública internacional en territorio latinoamericano desde fines del siglo XIX y durante todo el XX. Es decir, las estrategias, políticas, programas e intervenciones que se implementaron en la región de *las Américas* sobre COVID-19 no pueden comprenderse sin esta matriz panamericana sanitaria.

El campo de la salud internacional en Latinoamérica no se puede comprender sin la matriz panamericana en su constitución y genealogía. Es una hegemonía compartida con la salud global liberal. El cuerpo teórico-metodológico del panamericanismo sanitario tiene como unidad de análisis a los Estados-Nación, en el control de enfermedades, en una dinámica de enfermería internacional. Sus bases teóricas se encuentran en la salud internacional colonial, la medicina tropical y el desarrollismo sanitario. En este sentido, sobre las vacunas, medicamentos y las cadenas de suministros en América Latina y el Caribe las principales agencias de evaluación sanitaria operaron con asistencia técnica de OPS-OMS, pero de forma descoordinada en cuanto a los procesos de evaluación y aprobación especialmente de las múltiples vacunas de SARS-CoV-2 utilizadas en la región (caso ANMAT, ANVISA, CECMED, COFEPRIS, etc).

Entre estos marcos de dependencia al panamericanismo y a la salud global liberal es desde donde se acrecienta y se asienta una *descoordinación regional* en la salud internacional desde el Sur.

Esta descoordinación evidencia procesos de una frágil (*des*)*integración regional en salud* como espacio geopolítico periférico dependiente, que se visualizó en las políticas públicas sobre las vacunas del SARS-CoV-2 durante el periodo 2020-2021:

- La débil autonomía que cada Estado tuvo para afrontar las dependencias a las cadenas globales de valor de los mercados de salud, al complejo médico industrial farmacéutico en el acceso de insumos, equipamiento y vacunas.
- La ausencia de stocks estratégicos de insumos, tecnología sanitaria y equipamiento médico que implicó una gran dispersión y disparidad de esfuerzos compradores, disponibilidad de financiamiento y negociaciones internacionales para adquirir respiradores, monitores de cuidados intensivos, materiales de protección personal, jeringas, agujas, entre otras.
- A través de OPS/OMS todos los Estados-Nación de América Latina ingresaron al mecanismo COVAX desactivando el planteo de las vacunas como bienes públicos.
- América Latina tiene una alta dependencia a las importaciones de medicamentos, tecnología y principios activos de la industria farmacéutica global, y una balanza comercial deficitaria permanente con el complejo médico industrial farmacológico (CEPAL, 2021)⁷.
- Las cámaras empresariales de las industrias farmacéuticas nacionales en América Latina tienen políticas, prácticas y planes de negocios similares a las *big pharma*.

7 CEPAL. (2021). Presentación de los lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile, Septiembre 2021.



- La región se convirtió en un laboratorio a cielo abierto de ensayos clínicos de fases experimentales de la industria farmacéutica con los cuerpos y vidas latinoamericanas. Actualmente existen más de 600 ensayos clínicos en curso, muchos de ellos por COVID-19, y los Estados en la región buscan darle una especie de plataforma de promoción económica y regulación flexibilizada a este fenómeno, desconociendo las implicancias de la ciencia/negocio y riesgo/beneficio que rodea su implementación para la bioética y salud colectiva.
- Los Comités de expertos y de emergencias de COVID-19 en cada país tuvo presencia de expertos clínicos y salubristas abiertamente vinculados al complejo industrial farmacéutico local y global.
- El proceso de desarrollo de vacunas nacionales de COVID-19 fue fragmentado y en el mejor de los casos en negociaciones bilaterales dispersas.
- La descoordinación regional en cooperación transfronteriza en salud donde cada Estado-Nación tomó medidas y restricciones de fronteras con cierres, aperturas, barreras terrestres, aéreas, en formatos, momentos y profundidades dispares que también afectaron cadenas de suministros.

Frente a este proceso, se refuerza la necesidad de ampliar los marcos de referencia de una salud internacional Sur-Sur para poner en el centro las determinaciones internacionales del sistema mundo contemporáneo en la producción geopolítica de los modos de vivir, enfermar y morir (Basile, 2020b). La dependencia sanitaria funciona en base a una estabilización y naturalización de la descoordinación y desintegración regional de la salud desde el Sur

En definitiva, aproximarse a los apuntes sobre las “D” de determinación, descoordinación y dependencia sanitaria es un fenómeno que implica repensar desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud, partiendo que existen dependencias *consentidas* y *satélites* a la doctrina panamericana como a la salud global. Abiertas (consentida) o encubiertas (satélite). Partiendo de este problema epistémico-político relacional, la significancia de pensar y practicar una Salud desde el Sur global no es sólo un giro decolonial y epistémico. Es quizás el camino que América Latina aún se debe a sí misma, profundizar en el estudio, formación y construcción de un pensamiento-acción política sanitaria regional.

Contrarrestar las lógicas hegemónicas de la salud panamericana y la salud global liberal es una premisa que permitirá una genuina formulación de políticas, metas y estrategias emancipatorias basadas en los propios actores y voces del Sur. A esto se conceptualiza como una aproximación a la Soberanía Sanitaria.

Producir territorios y territorialización de soberanía sanitaria regional, no sólo implica mayores grados de autonomía en las unidades de Estado-Nación y sociedades nacionales. No alcanza con soberanías nacionales. Soberanía sanitaria no es una teorización pensada desde y con la unidad de análisis de Estados-Nación ni pensando en una actualización de las tesis del desarrollo nacional y simplemente sustitución de importaciones o la construcción de un complejo productivo industrial de salud.

Emprender una estrategia *autonomizante* con discursos y prácticas nacionales frente al sistema mundo, se termina en frecuentes aislamientos, bloqueos y disciplinamiento de lo global hacia lo local. Maturana (1994) explica que el mecanismo que nos hace autónomos es la autopoiesis. Para entender la autonomía de un ser vivo, debemos entender su estructura interna. Para entender la soberanía sanitaria de América Latina debemos comprender la estructura del sistema mundo contemporáneo en especial las bases de reproducción de dependencia, subordinación y colonialidad en salud.

La crisis epidemiológica internacional y las vacunas del SARS-CoV-2 coloca en el centro a la integración regional como el horizonte de una estrategia de soberanía sanitaria.

Hay cuatro flujos y movimientos claves de aprendizaje en este periodo pandémico-epidémico:

- Primero, problematizar, estudiar, comprender y deconstruir los condicionantes, adversidades, dependencias para la salud desde el Sur en clave teórico-conceptual decolonial y técnico-metodológica a nivel territorial, local, nacional y regional.
- Segundo, hacer visible las dependencias sanitarias consentidas y satélites, sus formas diplomáticas, sus formas gubernamentales, técnicas y académicas, sus mecanismos de reproducción y perennización.
- Tercero, profundizar las bases teórico y técnico-políticas para la construcción de espacios de autonomía regional (márgenes de maniobra) que se define como soberanía sanitaria regional.
- Mancomunar estrategias regionales de producción de vacunas con la necesaria integración de las agencias de evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias, y asumir negociaciones conjuntas sobre las cadenas globales de valor sin duda es un punto de partida.

Revisar y revertir la descoordinación y dependencia sanitaria, implica repensar una integración regional basada en la estrategia de soberanía sanitaria por círculos concéntricos y progresivos. Esto significa que dada la heterogeneidad intra-regional de procesos en América Latina pareciera inviable pensar en una inmediatez donde todos los territorios, países y bloques regionales asuman una adhesión inmediata a una única hoja de ruta de integración regional en salud. Es un proceso constructivista asumiendo horizontes transicionales compartidos de autonomía y soberanía sanitaria que pueden tener diversas institucionalidades y materialidades (Ej: CELAC, movimientos sociales, universidades, naciones indígenas-origenarias y autonomías territoriales, otros).

El concepto motor es la estrategia de soberanía sanitaria. Partiendo de una diversidad cultural, político-sanitaria de los territorios, territorialidades, Estados y sociedades en los procesos de regionalismo en salud. La autonomía y soberanía sanitaria no es una conquista estable y permanente. La soberanía sanitaria no es una teoría-acción basada en la unidad de análisis de Estado-Nación y fronteras, sino en la construcción permanente de espacios de autonomía político sanitaria regional. Este concepto parte de reconocer la interdependencia en el sistema mundo contemporáneo y sus determinaciones internacionales en salud para el Sur.

Avanzar hacia la integración regional desde la soberanía sanitaria es conjugar una territorialización concéntrica de flujos en nuevas agendas, prioridades y prácticas territoriales, comunitarias, de gestión y gobierno y académicas de una Salud desde y para el Sur. No es latinoamericanizar la salud panamericana ni descolonizar la salud global liberal. Es una ruptura epistémica que implica una ruptura geopolítica del poder y conocimiento sanitario instituido.

El acceso a las vacunas de SARS-CoV-2 sitúa la cuestión pendiente de afrontar la integración con un horizonte de soberanía sanitaria regional o continuar atrapados en la dependencia y descoordinación sanitaria periférica consentida y satélite que se reprodujo durante todo el proceso de respuesta a la crisis epidemiológica internacional en América Latina y el Caribe. Es necesario colocar en el centro de la agenda latinoamericana la construcción de una integración regional en salud basada en tejidos públicos de autonomía, soberanía sanitaria y principios de salud internacional Sur Sur. Esto no sólo concierne y depende de las relaciones intergubernamentales de “Estados y Gobiernos”, sino que la soberanía sanitaria regional es un proceso estratégico que se anida en los entramados de territorios, territorialidades y actores en la construcción de una Salud desde el Sur.

Desde el pensamiento crítico latinoamericano en Salud, es clave un llamado a fortalecer la acción política sanitaria para lograr acceso oportuno y universal a vacunas como bien público social al servicio de la salud colectiva de nuestros pueblos, y al mismo tiempo impulsar una campaña con la imperiosa necesidad de decolonizar nuestras teorías y prácticas y refundar los Sistemas de Salud para una efectiva soberanía sanitaria como horizonte emancipatorio para el vivir bien.

