

Chapter Title: LOS PROCESOS DE VACUNACIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) DESDE UNA PERSPECTIVA CRÍTICA HISTÓRICO-TERRITORIAL
Chapter Author(s): Juan Carlos Eslava-Castañeda, Elis Borde, Liliana Henao-Kaffure, Sandra Bernal-Olaya and Mario Hernández-Álvarez

Book Title: Pandemias, desigualdades y prácticas sociales en salud
Book Subtitle: miradas para la transformación de América Latina
Book Editor(s): Carolina Tetelboin Henrion, Daisy Iturrieta Henríquez, José Noronha
Published by: CLACSO. (2022)
Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv2v88fnd.5>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://about.jstor.org/terms>



This book is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 United States License (CC BY-NC-SA 3.0 US). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>.



CLACSO is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Pandemias, desigualdades y prácticas sociales en salud*

LOS PROCESOS DE VACUNACIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) DESDE UNA PERSPECTIVA CRÍTICA HISTÓRICO-TERRITORIAL

Juan Carlos Eslava-Castañeda, Elis Borde,
Liliana Henao-Kaffure, Sandra Bernal-Olaya,
Mario Hernández-Álvarez

INTRODUCCIÓN

Después de año y medio, continuamos inmersos en una situación asombrosa e inquietante. La pandemia de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) trastocó toda la dinámica mundial e hizo evidente la vulnerabilidad de la forma de vida que habíamos creado. El miedo surgió y se extendió por el mundo, y empezó a orientar muchas de las acciones desarrolladas por los Estados nacionales, al tiempo que espoleó la labor científico-técnica. Si bien la reacción inicial fue de desconcierto y perplejidad, paulatinamente fue creciendo la confianza y la ilusión de una solución tecno-científica concretada en el recurso de las vacunas.

En medio de un profundo desgarramiento social y de intensos debates, que han enfrentado diversas miradas y saberes, se fue acrecentando, en varios sectores de la sociedad, el optimismo ante las posibilidades de enfrentar la pandemia. Los científicos y biotecnólogos redoblaron sus esfuerzos y, equipados con un impresionante saber acumulado, acometieron la tarea de poner a prueba asombrosas posibilidades tecnológicas.

Y, claro, esa labor ha estado impulsada por los intereses de una industria biotecnológica poderosa, que surgió de las entrañas de un sistema capitalista mundial en proceso de mutación. Desde hace años hemos visto cómo las dinámicas del sector empresarial han cambiado

y cómo han ido posicionándose, en los puestos de prestigio, poder y acumulación de capital, las industrias relacionadas con la alta tecnología.

La situación actual frente al uso de las vacunas debe entrar, por supuesto, en el análisis del fenómeno pandémico y, como sabemos, en dicho análisis no caben visiones simplistas ni unidimensionales. Como lo mencionamos en un texto previo, el fenómeno pandémico es complejo y requiere un abordaje acorde con dicha condición (Hernández-Álvarez et al., 2021). Aunque los análisis epidemiológicos y económicos han tenido, hasta el momento, un papel protagónico y son muy importantes, actualmente otros abordajes, como el histórico, el sociológico, el ecológico y el político, buscan establecer su propio protagonismo. Precisamente en este escenario, nuestro grupo de investigación se inserta con un enfoque propio, así como en la participación en el grupo de trabajo Estudios Sociales para la Salud de CLACSO.

Nuestro enfoque surge de un trabajo acumulado que ha buscado, fundamentalmente, entender los entrelazamientos que se dan entre el campo de la salud y las dinámicas del capitalismo mundial, y nos ha permitido analizar, tanto las pandemias previas de 1918 y 2009 (Eslava-Castañeda et al., 2017; Henao-Kaffure y Hernández-Álvarez, 2017, 2020) como la pandemia actual (Eslava-Castañeda, 2020b; Henao-Kaffure et al., 2020) y las reformas sanitarias en América Latina (Hernández A., 2012; Hernández-Álvarez et al., 2020).

En este escrito le damos continuidad al análisis iniciado en el texto titulado “La pandemia de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial” (Hernández-Álvarez et al., 2021). Dado que en dicho texto estudiamos, de manera comparativa y usando nuestro enfoque crítico e histórico-territorial, lo ocurrido en el primer momento de la pandemia en Brasil, México y Colombia, la idea es analizar el desarrollo posterior en estos mismos países, resaltando el problema de la desigualdad social en salud existente e incluyendo el inicio de los procesos de vacunación.

El capítulo busca mantener la visión comparativa y también la orientación general, lo cual exige una mirada amplia frente al contexto político de la región latinoamericana y las dinámicas propias de un capitalismo globalizado. Por ello, iniciaremos con algunas consideraciones sobre el desarrollo del capitalismo y la industria biotecnológica, para luego detenernos en los pormenores de las dinámicas locales en su articulación histórica y territorial transescalar.

Asumimos que los fenómenos y procesos que observamos en la escala local se configuran a través de dinámicas territoriales marcadas por territorialidades diversas y procesos históricos de corta, media y larga duración, que ocurren simultáneamente. De esta forma, el

ejercicio que proponemos no implica un simple estudio de contraste de diferentes lugares en determinados períodos, sino que apunta a un análisis tanto de las relaciones que se establecen entre territorios, como de las diferentes territorialidades transescalares y los procesos históricos que allí convergen. Por esta búsqueda de articulación en el análisis de las dimensiones espaciales y temporales, en que se entretienen múltiples relaciones económicas, políticas, sociales y culturales, y se cuestiona la forma hegemónica de actuar, es que hablamos de una perspectiva crítica, histórico-territorial.

INDUSTRIA BIOTECNOLÓGICA Y CAPITALISMO COGNITIVO

En términos muy generales se considera que la industria biotecnológica, en el sentido que hoy le damos al término, nació en los años setenta en Estados Unidos, pero su desarrollo se enraíza en los avances de la genética y la biología molecular de los años cincuenta y sesenta. Claro está que quienes hablan del surgimiento de la biología molecular en los años sesenta hacen referencia al momento de institucionalización oficial de la disciplina, pero algunos otros autores se remontan a los años treinta, cuando se crea el “grupo fago” y el afamado físico alemán Max Delbrück elabora sus primeras reflexiones en torno a los vínculos entre física y genética (Thuillier, 1985).

También cabe tener presente que el término “biotecnología” fue acuñado hacia 1919 por el ingeniero agrícola húngaro Karoly Ereky. Sin embargo, es ampliamente reconocido que su uso se extendió en la segunda mitad del siglo XX y que fue en ese momento cuando se desplegó el intenso proceso que articuló los intereses empresariales con los centros de investigación.

Un íntimo acercamiento entre los avances científicos, en varios ámbitos de la biología y la biomedicina de punta, y los intereses de acumulación del capital tuvo lugar en los años setenta y propició toda una revolución biotecnológica, en el contexto de instauración de las políticas neoliberales. La biotecnología y el neoliberalismo resultaron ser altamente compatibles: ambos tienen la ambición de superar los límites ecológicos y económicos del crecimiento, que están asociados al fin de los recursos no renovables y la producción industrial, mediante una reinención especulativa del futuro apoyada en las máquinas biológicas autopoyéticas y renovables en que fueron convertidas las bacterias (Cooper, 2008).

Tal como lo sostiene la profesora de sociología de la Universidad de Sidney, Melinda Cooper, la revolución biotecnológica es el resultado de una serie de medidas legislativas y regulatorias que fueron diseñadas para reubicar la producción económica a nivel genético, microbiano y celular, de modo que la vida fuera incorporada en los procesos

capitalistas de acumulación. El proceso conllevó al desarrollo específico de derechos de propiedad, estrategias regulatorias y modelos de inversión (Cooper, 2008), y es, en ese sentido, que puede establecerse un vínculo entre la revolución biotecnológica y las dinámicas del llamado “capitalismo cognitivo”, tal como lo señalaremos más adelante.

En medio de la euforia que, por la alta tecnología, se vivió durante la década de los noventa, la industria biotecnológica prometió superar los grandes problemas de la humanidad –el hambre, la contaminación y la pérdida de biodiversidad–, mientras que un capitalismo voraz arrasaba zonas completas del planeta, destruía todo tipo de ecosistemas y acrecentaba la brecha entre ricos y pobres, haciendo de la inequidad social y la destrucción ambiental problemas insuperados de gran importancia y visibilidad (Friel y Krieger, 2019; Kempf y Bucci, 2007).

En las últimas décadas hemos sido testigos del agravamiento de la situación ecológica y observado cómo las directrices capitalistas, que guían las sociedades actuales, se resisten ciegamente a llevar a cabo los cambios necesarios para frenar la destrucción; y pese a que el tema de la desigualdad o inequidad social es cada vez más reconocido y estudiado, las brechas entre poblaciones, territorios, países y regiones siguen incrementándose.

Nos encontramos atravesando toda una “crisis civilizatoria”: una confluencia de múltiples crisis –económica, energética, ambiental, climática, alimentaria y sanitaria, entre otras– que conmocionan todos los aspectos de la vida social, ponen en entredicho los esquemas de intervención tradicionales y afectan la capacidad propia de regeneración de todos los ecosistemas (Eslava-Castañeda, 2020c). Para algunos autores, esta situación favorece la presencia simultánea de epidemias y la sinergia entre ellas, y estaríamos viviendo, en ese sentido, más que una pandemia, una sindemia (Eslava-Castañeda, 2020a; Horton, 2020).

Volviendo al tema de la industria biotecnológica, cabe señalar que los años setenta fueron críticos. En Estados Unidos se experimentó una crisis económica profunda que impactó a todo el campo de la producción química, desde los plásticos y productos agrícolas, hasta los fármacos. La industria petroquímica había florecido como un productor masivo de productos básicos tangibles durante las décadas de los cincuenta y sesenta, pero en la década siguiente, con la crisis del precio del petróleo, se vio enfrentada a una fuerte caída de las ganancias; y la creciente presión del movimiento verde, combinada con una más firme regulación gubernamental, le significó internalizar los costos de su propia producción de desechos (Cooper, 2008).

Sobrevino, entonces, como respuesta a los límites comerciales impuestos por las exigencias regulatorias, un proceso de reorganización profunda en los sectores petroquímico y farmacéutico que permitió que la biotecnología molecular surgiera como una empresa comercial. En los años ochenta, las industrias petroquímica y farmacéutica de Estados Unidos se embarcaron en un dramático y autoimpuesto cambio de imagen, reinventándose como proveedores de las nuevas tecnologías limpias, relacionadas con las ciencias de la vida. Así que, durante esa década, todas las principales empresas habían invertido en las nuevas tecnologías genéticas, ya fuera mediante acuerdos de licencia con empresas emergentes de biotecnología o desarrollando sus propias unidades de investigación internas (Cooper, 2008).

Tomando el liderazgo de los recientes éxitos en el ADN recombinante y aprovechando las nuevas leyes de patentes, empresas como Monsanto comenzaron a experimentar con todo tipo de formas novedosas para reincorporar sus inversiones anteriores en el ámbito de la ciencia biomolecular. A todo esto se articuló el proceso de financiación de las economías mediante el cual el capital financiero adquirió el enorme poder que hoy ostenta y la evaluación de las ganancias futuras se convirtió en el factor decisivo para determinar el precio (Aglietta y Breton, 2001).

En medio de esta situación, los sectores farmacéutico y bioinformático reforzaron su posición mediante el recurso de las patentes y la radicalización de los derechos de propiedad. El concepto de “propiedad intelectual” se convirtió, entonces, en la estrategia central del capitalismo cognitivo. Tal como lo señala el sociólogo argentino Mariano Zukerfeld (2008), lo que actualmente llamamos “propiedad intelectual” surgió de la unificación y expansión de dos tipos de derechos: por un lado, los derechos a la “propiedad industrial” de los inventores y, por el otro, los derechos de autor, el denominado *copyright*. La fusión se inició, justamente, a partir de los años setenta en Estados Unidos, aunque el proceso solo se consolidó en los años noventa con la firma del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio –ADPIC en español, TRIPS en inglés– en el marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC).

En nuestro grupo de investigación hemos discutido ampliamente sobre los cambios ocurridos en el sistema capitalista a partir de los años setenta y, al igual que muchos otros, reconocemos en esa década el momento inicial de transformaciones profundas. Así lo constata una amplia literatura a pesar de que use términos diferentes para caracterizar tales transformaciones. Autores como Michel Aglietta y los teóricos de la regulación hablan de un cambio en el “régimen de regulación”; Giovanni Arrighi y sus seguidores identifican un cambio

en el “ciclo sistémico de acumulación”; economistas como Costas Lapavitzas mencionan el despliegue de un “capitalismo financiarizado”; y economistas como Carlo Vercellone, Andrea Fumagalli, Yann Molier Boutang y Enzo Rullani hacen referencia a un “capitalismo cognitivo”. Todos, sin embargo, insisten en el hecho de que las sociedades capitalistas sufrieron un cambio fundamental hacia finales de los años sesenta y en la década siguiente, aunque sus consecuencias se evidenciaron más claramente a partir de los años ochenta. Los cambios, por supuesto, no se han manifestado de modo homogéneo y su concreción ha dependido de contextos específicos.

Como lo refiere Zukerfeld (2008), durante mucho tiempo el capitalismo industrial construyó mercancías sobre la base de la exclusión al acceso de materia y energía que permitían las instituciones de la propiedad privada física. Pero los cambios ligados a la automatización de los procesos, la digitalización de la información y el avance de la informatización llevaron al auge de los bienes informacionales y, con ellos, al despliegue de nuevas formas de protección de los derechos de propiedad.

Estos nuevos derechos evidencian el cambio de fondo en las dinámicas productivas y en las relaciones de producción que, como se mencionó, han intentado relacionarse con el advenimiento del capitalismo cognitivo. A este respecto vale la pena señalar, por lo pronto, dos aspectos remarcados por Andrea Fumagalli (2010), un economista italiano y acérrimo defensor de la idea de capitalismo cognitivo: en primer lugar, el pivote central alrededor del cual gira esta metamorfosis del capitalismo es el conocimiento, y ello conduce al asunto de la producción inmaterial; y, en segundo lugar, el acto de acumulación presupone la existencia de dispositivos de poder sobre las actividades existenciales que las transforman en relaciones económicas productivas, y ello implica hablar de bioeconomía.

Así pues, el capitalismo cognitivo representa un nuevo momento en el desarrollo del capitalismo en el cual la producción inmaterial adquiere primacía, se transan bienes informacionales, la bioeconomía se torna en aspecto complementario y simétrico del biopoder, se difuminan las fronteras entre trabajo concreto y trabajo abstracto, y es la vida misma la que se valoriza (Fumagalli, 2010). La dinámica exige la apropiación privada del conocimiento general mediante nuevos encerramientos, cercamientos o enclosures (Burdeau, 2015), y esto conlleva desarrollo de mecanismos de protección de la propiedad intelectual, como las patentes (Zukerfeld, 2008).

Si bien la producción inmaterial es un aspecto fundamental del capitalismo cognitivo, es necesario tener presente que esta nueva fase del capitalismo tiene importantes implicaciones materiales y

territoriales que se manifiestan de forma dramática en la aceleración de los extractivismos. De forma general, como afirma el geógrafo brasileño Rogério Haesbaert (2011),

lo que “desterritorializa”, de hecho, la mayoría de las veces, es precisamente este distanciamiento o debilitamiento del Estado y la consecuente omnipotencia de una economía “flexible”, “ficticia”, especulativa y/o “relocalizada”. Ahí no son los grandes emprendedores y los grandes ejecutivos los que están “desterritorializados”, al contrario, son los que tienen la libertad de elegir la (multi) territorialidad que más les convenga, la más flexible y cambiante, es cierto, pero precisamente por esta razón aún más prodigiosa (p. 367).

Cabe tener presente que, si bien desde el siglo XIX existe la posibilidad de patentar los usos industriales de los microorganismos y, de hecho, el afamado investigador francés Louis Pasteur así lo hizo, solo desde los años ochenta del siglo XX se estableció la patente de microorganismos modificados genéticamente en Estados Unidos. Del mismo modo, desde los años setenta, con la Ley de Protección de Variedades Vegetales, las plantas reproducidas sexualmente están bajo la jurisdicción de la propiedad privada (García, 2006).

En este proceso de patentizar la vida, Estados Unidos llevó la delantera, y lentamente otros países continuaron por su senda. Como lo menciona el sociólogo portugués José Luis García (2006):

a principios de la década de 1980, se ampliaron las condiciones de elegibilidad para la concesión de patentes, adquiriendo proporciones radicalmente nuevas. Los derechos de propiedad comenzaron a otorgarse en el ámbito de las investigaciones fundamentales y en dominios hasta entonces considerados de conocimiento público. El primer ámbito cubierto por la nueva normativa fue precisamente el de las biotecnologías: con el patentamiento del famoso caso “Diamante vs. Chakrabarty”, que creó una apertura para el patentamiento de otras formas de vida complejas. El primer animal patentado fue la ostra de Allen, cuya alteración cromosómica le dio una dimensión más grande y un sabor más intenso. En el contexto de los seres vivos, en 1988, la Oficina de Patentes y Marcas de Estados Unidos (USPTO) admitió la primera solicitud de patente para un mamífero, un ratón transgénico, el llamado ratón de Harvard, con un gen humano capaz de desarrollar cáncer (p. 985).

Este desarrollo tecnológico se ha extendido a muchos ámbitos y, dentro de ellos, el agroalimentario ha adquirido un papel estratégico. En él se han hecho muy manifiestos los procesos de apropiación de la vida y su transformación en mercancía, con severas implicaciones para la agrobiodiversidad y la sustentabilidad y soberanía alimentarias. Los efectos previstos de la modificación genética de organismos y

productos alimentarios son diversos y van desde la resistencia a pesticidas hasta el retraso de la maduración. Pese a la incertidumbre acerca de los efectos a largo plazo del consumo de estos productos, su uso ha ido en aumento de un modo significativo (García, 2006).

Vale la pena resaltar que junto al descomunal desarrollo tecnológico que ha implicado el despliegue biotecnológico, se ha desplegado también una gran disputa comercial que ha conducido a una gran movilidad –fusiones y adquisiciones– en el campo de las industrias biotecnológicas y farmacéuticas.

El sector de la industria farmacéutica ha experimentado importantes reorganizaciones en las últimas décadas. Cabe señalar, por ejemplo, la adquisición que la empresa farmacéutica Merck hizo de buena parte de las acciones de Banyu Pharmaceutical, gran productor de medicamentos en el Japón (1983); así como las fusiones entre GlaxoSmithKline y Wellcome (1995); entre Sandoz y CibaGeigy, para formar Novartis (1996); entre Astra y Zeneca, para formar AstraZeneca (1998); entre Hoechst y Rhone-Poulenc, para formar Aventis (1999), y entre Aventis y Sanofi-Synthelabo (2004) (Carvajal Villanueva, 2005).

Ya en el siglo XXI ha sido reconocido el protagonismo, dentro del sector farmacéutico, de corporaciones como Pfizer, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Merck & Co., AstraZeneca, Novartis, Bristol-Myers Squibb, Lilly, Aventis, Sanofi, Roche y Abbott, entre otras, varias de las cuales han participado en la carrera por el desarrollo de vacunas contra la enfermedad del Covid-19. La llamada *big pharma*, lejos de constituir una parte de las teorías de la conspiración, se desarrolló entre los años setenta y ochenta del siglo XX, cuando se organizó en grupos empresariales a través de fusiones y adquisiciones para promover economías de escala, de la misma manera que lo hizo la industria agroquímica. Hoy su poder económico es enorme y se ha tornado en una industria de importancia estratégica en países como Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y Francia.

En este escenario empresarial y económico, en permanente movimiento, es en el cual se desarrolla la disputa comercial por las vacunas, y se hace visible que un puñado de empresas transnacionales se han apropiado de organismos biológicos, formas de vida y conocimientos colectivos referidos al uso de plantas y animales para su usufructo económico. Los fenómenos biológicos se han convertido en materias primas que la intervención tecnológica ha transformado en bienes económicos, y los derechos de propiedad intelectual han allanado el camino a la privatización y apropiación, incluso de la vida.

LA CARRERA POR LAS VACUNAS

El contexto presentado permite entender algunos de los sucesos ocurridos en el último año y medio, así como el papel adquirido por las empresas farmacéuticas en el contexto de la pandemia. Según Amal Elasri y Enric Serradell, profesores españoles de administración de empresas, la alta concentración de la industria farmacéutica se evidencia en que el 51% de la cuota de mercado está controlado por solo quince multinacionales: Pfizer encabeza el ranking, y es seguida por Hoffman-La Roche y Sanofi (Elasri y Serradell, 2020).

Para 2019, el volumen de fusiones en el sector biofarmacéutico alcanzó los 420.000 millones de euros, lo que supuso un incremento del 10% respecto al año anterior. Y si bien se señalaba una cierta tendencia a la baja en biotecnología, es de resaltar que para ese año se llevó a cabo la operación más grande de la historia del sector: por cerca de 77.000 millones de euros Bristol-Myers Squibb adquirió a Celgene y se transformó en uno de los ocho laboratorios más grandes del mundo. Todos estos movimientos, enmarcados en operaciones de fusiones y adquisiciones, consolidan la *big pharma* y fortalecen su derecho de explotación y venta durante los años que dura la patente (Elasri y Serradell, 2020).

En medio de las previsiones de los expertos frente al comportamiento de los mercados globales, la epidemia de Covid-19 se expandió hasta adquirir su estatus de pandemia. Y si bien la complejidad de las proyecciones mercantiles rebasa nuestra comprensión, cabe señalar que, muy rápidamente, las empresas farmacéuticas se movilizaron para buscar una solución tecnológica al problema, apoyadas por el financiamiento público y las promesas de compra. Diversos ensayos clínicos de vacunas, con resultados satisfactorios, incluso en las bolsas de valores, se iniciaron en todo el mundo.

Se propiciaron alianzas entre corporaciones pero, sobre todo, vínculos entre los sectores público y privado, aun cuando este último es el que suele sacar, de los beneficios, las mejores tajadas. Algunos ejemplos notorios de estas alianzas fueron las establecidas entre la corporación AstraZeneca y la Universidad de Oxford, para el desarrollo global y la distribución de una vacuna desarrollada por el Jenner Institute y el Oxford Vaccine Group; entre las corporaciones Innovio y Richter-Helm BioLogics GmbH & Co., para la fabricación de ADN para la vacuna INO-4800 (Cision PR Newswire, 2020); y entre la corporación Sarepta Therapeutics y el Instituto Estadounidense de Investigación Médica de las Fuerzas Armadas, USAMRIID por su sigla en inglés, en un acuerdo de investigación en enfermedades infecciosas (Elasri y Serradell, 2020).

Por supuesto, es importante tener en mente el protagonismo tecnológico de China, que no solo fue el epicentro de la pandemia sino que se convirtió en un directo competidor de las industrias farmacéuticas multinacionales de origen estadounidense y europeo, de Rusia e India. Después de un momento de gran zozobra generado al comienzo de la pandemia, cuando todo era incertidumbre, los investigadores lograron identificar la partícula viral involucrada como su causa inmediata y, a partir de ella, perfilaron varias opciones para enfrentar la situación. En este sentido, la perspectiva de una vacuna se convirtió en una gran ilusión, y no era para menos, dado el gran desarrollo técnico en el campo de las vacunas y las diversas experiencias en el trabajo de elaboración de vacunas frente a la acción de algunos virus. Aunque están claras las promesas de venta, no deja de causar asombro el contraste entre la velocidad de reacción y el interés de las empresas farmacéuticas ante el Covid-19, y la lentitud y el desinterés de estas frente a otras enfermedades que causan, en principio, más muertes en el mundo. En todo caso, el trabajo a favor de la vacuna fue intenso y condujo a una carrera muy veloz entre las empresas por posicionar su propia vacuna.

Según los planteamientos de la economista y politóloga venezolana Pasqualina Curcio (2021), hay tres factores que ayudan a explicar el interés por desarrollar la vacuna como recurso preventivo contra el Covid-19, en lugar de buscar formas de hacerla crónica y de desarrollar tratamientos paliativos, tal como lo han hecho las empresas farmacéuticas en otros casos ateniéndose a su interés por garantizar un mercado seguro y prolongado: una relativamente alta tasa de contagio, una suficientemente importante tasa de letalidad y una imposibilidad para hacer crónica la enfermedad. De esta manera el interés económico se alineó con el interés salubrista por evitar la enfermedad y la muerte precoz.

En este escenario, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) empezó a darse cuenta de las dificultades que podrían presentarse en la provisión de las vacunas y continuó abogando por acuerdos internacionales para su desarrollo y, sobre todo, acceso. Así, y a la postre, se generó el llamado Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19 (COVAX por su acrónimo en inglés), de una alianza público-privada entre la OMS, la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI) y la Alianza para la Vacunación (GAVI), con el objetivo de acelerar el desarrollo de la vacuna contra el Covid-19 y garantizar su acceso justo y equitativo para todos los países (Curcio, 2021).

Ya para inicios de noviembre de 2020, la posibilidad de la vacuna era inminente y en el camino se contabilizaban 45 candidatas, 33 de

las cuales eran impulsadas por empresas privadas. Para entonces, las vacunas más avanzadas eran la de las corporaciones, compañías y consorcios Oxford-AstraZeneca y Pfizer-BioNTech, las cuales habían conseguido autorización comercial en Europa, y solo 10 –aquellas de las corporaciones Janssen de Johnson y Johnson, Novavax, Sinopharm y Moderna y el Instituto Gamaleya, entre otras– estaban culminando la última fase de ensayos clínicos (Ruíz, 2020).

Los países europeos, de manera muy rápida, establecieron acuerdos de suministro de sus productos experimentales con varias corporaciones, compañías y consorcios: Oxford-AstraZeneca, Sanofi-GlaxoSmithKline, Janssen de Johnson y Johnson, CureVac, Pfizer-BioNTech y Moderna. Otro tanto, aunque en medio de la incertidumbre causada por la brega electoral y el cambio de gobierno, pasaba en Estados Unidos.

Para diciembre de 2020, el consorcio Pfizer-BioNTech publicó, por primera vez, datos completos sobre los ensayos de fase final frente a su vacuna contra el Covid-19. Más adelante, también Moderna y Oxford-AstraZeneca lo hicieron. Aunque para ese momento varios países habían hecho acuerdos con corporaciones para la compra y venta de vacunas, y Rusia y China habían vacunado a una parte de sus poblaciones en medio del desarrollo de sus propios estudios nacionales, el camino para la aprobación amplia de la vacunación en el mundo había quedado abierto.

Sin embargo, el desarrollo de acuerdos bilaterales entre gobiernos y corporaciones farmacéuticas y el hecho de que la mayoría de los fabricantes de las vacunas priorizara la aprobación regulatoria y venta a los países ricos donde obtendría las ganancias más altas, hicieron evidente que el proceso de vacunación en el mundo sería desigual. Tan notorio llegó a ser el asunto que el director de la OMS declaró, en enero de 2021, que “el mundo est[aba] al borde de un fracaso moral catastrófico, y [que] el precio de este fracaso se pagar[ía] con las vidas y el sustento de los países más pobres” (Noticias ONU, 2021b). Diplomática crítica al egoísmo de los países ricos y a la mezquindad de las empresas farmacéuticas, en tiempos de corporaciones transnacionales y debilitamiento de los Estados nacionales.

En este escenario de desigualdad, a América Latina le ha ido mal en su esfuerzo por garantizar el acceso a la vacunación. Por supuesto, las dinámicas nacionales han sido distintas y responden a su propia tradición institucional y a las directrices emanadas de sus gobiernos, pero, en general, en todos los países de la región ha habido problemas para acceder a las vacunas. Este hecho es un reflejo de la estructura geopolítica mundial, de la forma subordinada en que estos países se insertan en el capitalismo –ahora cognitivo– y de las dinámicas

nacionales propias; esto se traduce en la fragilización de las alianzas estratégicas, diplomáticas y políticas para la negociación y compra a gran escala, como en el Mercado Común del Sur (Mercosur) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) (Herrero y Tussie, 2015) que, en su época de auge fue descrita como una “revolución silenciosa en la diplomacia de la salud en Suramérica”.

Más recientemente, este hecho quedó manifiesto en el voto en contra que emitieron algunos países frente a la propuesta de liberar las patentes de las vacunas contra el Covid-19 en la Organización Mundial del Comercio (OMC) (Navas, 2021). Para marzo de 2021 se estimaba que a América Latina le había correspondido solo el 5% de las vacunas contra el Covid-19 aplicadas en el mundo, a pesar de haber aportado la quinta parte de las muertes (LatamChequea, 2021)2021. Analizaremos estos asuntos más adelante.

LA RESPUESTA A LA PANDEMIA EN AMÉRICA LATINA

Como lo señalamos en un texto previo, la pandemia ha hecho visible la matriz de desigualdad que hemos construido en nuestros países (Hernández-Álvarez et al., 2021). Una matriz que, en diferentes coyunturas críticas, ha reproducido la colonialidad histórica y profundizado, de manera simultánea, las relaciones de poder y exclusión de etnia, clase social, género y territorio. Hay mucho que comprender sobre las expresiones coyunturales de esta matriz en tiempos de pandemia, y no es nuestro propósito discutir lo que ocurre en cada uno de los países de América Latina. Nos ocuparemos, por lo pronto, del análisis a partir de lo ocurrido en Brasil, México y Colombia.

América Latina es una de las regiones más golpeadas por la pandemia. Para inicios de abril de 2021, se contabilizaban un poco más de 800 mil personas fallecidas, y un poco más de 25 millones de contagios. Nuestros países de estudio se encuentran dentro de los cinco países más afectados en la región, junto con Argentina y Perú. En conjunto, estos países sumaban cerca del 90% de las muertes asociadas al Covid-19 en América Latina (Statista, 2021).

Brasil, con 345 mil fallecidos por la enfermedad, resalta en el panorama; y las variantes del coronavirus descritas en su territorio y consideradas más contagiosas y capaces de producir reinfecciones, han tornado al país en un caso especial (Roberts, 2021). De hecho, en enero de 2021, el centro de estudios australiano Lowy Institute clasificó a Brasil como el país con el peor manejo de la pandemia del mundo. México, por su parte, no se queda atrás con 206 mil fallecidos. Y Colombia, aunque pareciese estar muy atrás con 65 mil fallecidos, no lo está tanto cuando se dejan de lado los datos en bruto, se relativizan por población, y se comparan las tasas de mortalidad.

En resumen, los tres países han experimentado un comportamiento dramático de la enfermedad, con tasas de mortalidad importantes. Para inicios de abril, Brasil registraba 1.680 muertes, México 1.638, y Colombia 1.308 por millón de habitantes (Datosmacro.com, 2021). La capacidad de respuesta, por su parte, ha estado determinada por la arquitectura institucional y la dinámica sociopolítica nacional (Hernández-Álvarez et al., 2021).

Brasil resalta hoy como una zona de alto riesgo debido a la equivocada orientación que ha tenido en el manejo de la pandemia y, como explicaremos más adelante, a la también equivocada estrategia institucional de propagación del Covid-19 promovida por una directriz negacionista incisiva que dio vía libre a las aglomeraciones y al uso de cocteles medicamentosos –sin efectividad comprobada científicamente– a manera de prevención. En una más larga duración, la situación brasileña se relaciona con su particular forma de inserción al capitalismo mundial en la región y sus tensiones políticas internas.

La larga trayectoria de industrialización, que se consolidó con el “milagro brasileño” de comienzos de los años setenta, propició la conformación de los fuertes mercados internos y dinámicas comerciales con los países vecinos que, a la postre, posibilitarían la conformación del Mercosur. Esta condición le dio a Brasil la posibilidad de contar con una masa amplia de trabajadores asalariados, tanto en el sector privado como en el público, y de allí su temprano desarrollo de la seguridad social, la cual contó con un gran crecimiento de la oferta privada de servicios de salud de mediana y alta complejidad desde los años sesenta (Paim et al., 2011).

En el período del ajuste fiscal de los años ochenta, la crisis económica y política que venía dándose en Brasil desde la década anterior, propició el auge del “movimiento sanitarista”; un movimiento social y político que proponía la democratización de la sociedad y la garantía plena de derechos. Este movimiento logró incluir en la Constitución de 1988 el reconocimiento de la salud como un derecho de los ciudadanos y un deber del Estado, en contravía de la agenda neoliberal del momento, lo que finalmente se consolidó con el surgimiento del Sistema Único de Salud (SUS) (Menicucci, 2014). El Sistema ha resistido desde entonces, pese a los constantes ataques evidenciados en un desfinanciamiento estructural y a las importantes concesiones que se expresan hoy en estructuras paralelas como aquellas del sistema suplementario de seguros y prestadores privados. El desfinanciamiento, vale decirlo, se agravó desde el inicio del gobierno de Jair Bolsonaro.

Sin embargo, la crisis de la deuda, la irrefrenable inflación y los vaivenes en la correlación de fuerzas en un régimen político multipartidista, individualista y poco articulado, condujeron a un período

de crisis y recomposición que favoreció la tendencia neoliberal y, con ella, la mayor articulación entre el sector salud y el complejo médico industrial (CMI). La estrategia económica de orientación neoliberal fortaleció el liderazgo de Brasil en el Mercosur para, gracias a la industrialización acumulada, convertir la apertura hacia el espacio regional en una ventaja comparativa. Al retirarse el aporte de los empresarios, mientras se consolidaba el sistema “suplementario” de seguros privados, sobrevino el desfinanciamiento del SUS.

Casi veinte años atrás, cuando el Partido de los Trabajadores (PT), después de varios intentos, logró poner en la presidencia a Luiz Inácio “Lula” da Silva, en 2003, se abrió la oportunidad de fortalecer el SUS. La ruta escogida fue la del programa de Salud de la Familia, que logró responder a las necesidades de salud de las poblaciones tanto rurales como urbanas. La integración de programas de transferencias monetarias condicionadas con otros servicios como alimentación, salud y educación, logró afectar la desigualdad histórica del país; pero el incremento en la capacidad de compra de los pobres no se tradujo en un afianzamiento del proyecto de derechos sociales de la Constitución. El desfinanciamiento del SUS no se resolvió y el sistema suplementario continuó su crecimiento paralelo, con alta participación del sector privado de seguros y prestadores de media y alta complejidad, profundizando así la lógica individualista. Los intereses privados quedaron fuertemente insertos en las dinámicas del SUS (Fleury, 2007).

La estrategia de recuperación del lugar de la economía del país en el escenario económico mundial resultó exitosa, al punto de hacer de Brasil uno de los cinco países emergentes BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) que lograron disputar la hegemonía mundial con Grupos como el de los siete (G7). La consolidación de la asociación económico-comercial de estas cinco economías nacionales emergentes tuvo lugar a costa de la consolidación de un modelo fuertemente extractivista con proyección regional. Este éxito internacional, gracias a los precios del petróleo y otras commodities, demandó alianzas con las élites políticas y empresariales, con las que no contaba el PT, para sostener su legitimidad política, lo cual implicó distanciamientos respecto de sus sectores más programáticos y de izquierda. El PT, como lo había hecho desde el principio del gobierno de Lula da Silva, creyó que podría beneficiar a los pobres sin afectar a los ricos (Anderson, 2016).

Las alianzas pragmáticas condujeron a políticas erráticas en el momento de “las vacas flacas”, al tiempo que consolidaron una estructura de corrupción en la que estaban implicados viejos beneficiarios del desarrollismo y extractivismo brasileños, y también nuevos sectores de ultraderecha que venían de las iglesias protestantes evangélicas,

exmilitares y miembros del aparato judicial. Sectores de clase media se manifestaron en contra de la corrupción destapada por la Operação Lava Jato, al tiempo que las clases dominantes ocultaban una lista de 316 políticos que estaban relacionados con el Caso Odebrecht. Entre tanto, otra alianza, una liderada por Fernando Henrique Cardoso, logró que se diera un golpe parlamentario a Dilma Rousseff y que Lula da Silva fuera encarcelado entre 2016 y 2017. El ajuste y la agenda neoliberal, que marcó el gobierno de Michel Temer, fueron retomados (Anderson, 2016).

El paso quedó abierto a los sectores más radicales de la derecha, liderados por el militar retirado Jair Bolsonaro, cuya campaña política afianzó la polarización clasista, racista y sexista de la matriz de desigualdad de Brasil, y reforzó, mediante la diseminación masiva de noticias falsas, el resentimiento y el odio contra el PT y contra cualquier expresión política y cultural vinculada a la izquierda. La destrucción de la institucionalidad que había sido creada en los períodos de gobierno del PT, y mantenida en el gobierno interino de Michel Temer en 2016, fue muy marcada y el desfinanciamiento del SUS ha sido notorio.

Ya frente al manejo contra la pandemia del Covid-19, la postura de Bolsonaro se caracterizó por una actitud negacionista radical que llevó a la renuncia de dos ministros de Salud (Picheta y Siad, 2020), y a una creciente militarización del Ministerio de Salud. Esta militarización se acompañó de la expulsión del cuerpo técnico del Ministerio, lo cual “ha promovido activamente la desvalorización o el desmantelamiento de los programas que podrían ser puntos fuertes de la respuesta a la pandemia, como la atención primaria y la vigilancia” (Ventura y Bueno, 2021, p. 453).

Este negacionismo se expresó en diferentes formas de negligencia frente a la detección y prevención del contagio, y la atención de los enfermos. Otros dos ministros de Salud renunciaron y un militar sin experiencia terminó asumiendo la cartera durante un período de diez meses. Entre tanto, y a partir de fuertes alianzas políticas y económicas, los grandes negocios de una economía fortalecida desde el período anterior se han ido consolidando.

Entonces, Brasil ha sufrido un repliegue de su expansión estatal y sus procesos de integración de la población excluida, debido al ascenso de una nueva derecha que encontró un terreno abonado por la crisis económica, la corrupción, la violencia y la incapacidad del gobierno para canalizar el descontento popular. Las presiones al SUS han sido constantes y, si bien la arquitectura institucional del sistema ha servido como soporte para enfrentar la crisis pandémica y evitado que la tragedia tenga aún mayores proporciones, la profundización de

las dinámicas mercantiles está horadando lo más esencial del sistema de salud.

Los datos frente a la pandemia muestran un alarmante panorama. En un año, después del 26 de febrero de 2020, cuando se reportó el primer caso de Covid-19, y del 12 de marzo, cuando se reportó la primera muerte por la enfermedad, la pandemia cobró un poco más de 250 mil muertes y los casos confirmados rebasaron los 10 millones. Y un mes más tarde los muertos sobrepasaban los 300 mil. Esta estremecedora experiencia pandémica evidenció la falta de coordinación de las diversas instancias gubernamentales pero, sobre todo, la orientación que le imprimió el Estado a la respuesta, la cual privilegió la economía por sobre la vida. Al final, como dijo el presidente Bolsonaro en un tono cínico, “todos nos vamos a morir alguna vez” (Milz, 2021). No obstante, no podemos dejar de notar disputas políticas entre gobernadores y alcaldes, especialmente de la Región Nordeste, y el gobierno federal. En este contexto se consolidó, por ejemplo, el Consorcio Nordeste, una alianza de gobernadores de la región que se posicionó contra las medidas y declaraciones de Bolsonaro desde marzo del 2020 y generó diferentes tipos de colaboración transestatal o “paradiplomática” en la compra de medicamentos, vacunas y otros insumos para contener la pandemia y responder a las demandas (Alvarenga et al., 2021; Ventura y Bueno, 2021).

México también ha sido cuestionado por su manejo de la pandemia, toda vez que casi nueve meses después del primer caso reportado en el país el 27 de febrero de 2020 y de la primera muerte ocurrida el 18 de marzo, ya sobrepasaba las 100 mil muertes. Al inicio de la pandemia se percibió una cierta subestimación de los riesgos, que ha tenido consecuencias importantes. El comportamiento de la enfermedad ha sido, con todo, desigual por territorios, grupos poblacionales y tipos de servicios de salud, y, en general, las tasas de mortalidad han sido mayores en la población indígena y en pacientes atendidos en el sector público. Por su parte, la fragmentación del sistema de salud ha reproducido las desigualdades (IGHS, 2021). Estas desigualdades y fragmentaciones se relacionan, en una más larga duración, con la trayectoria histórica del sistema de salud mexicano.

La trayectoria de larga duración del pacto corporativista que sostuvo al Partido Revolucionario Institucional (PRI) por cerca de 70 años en el gobierno, dejó huellas indelebles. La aplicación del modelo cepalino de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) en la posguerra, contribuyó al crecimiento económico y a una importante redistribución de la riqueza en México, aunque en una dimensión menor que en Brasil. Este modelo ayudó a consolidar el pacto corporativista del PRI, con una fuerte institucionalidad pública,

pero la apertura económica iniciada con la crisis de la deuda, en 1982, llevó a cambios importantes y favoreció la creciente dependencia ante la economía estadounidense, más intensa a partir de la vigencia del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), en 1994.

Si bien durante los años ochenta el sector salud avanzó en la llamada por Homedes y Ugalde (2008) “descentralización centralizada” de los servicios de provisión directa del Estado desde los referentes de la conocida posteriormente como Nueva Salud Pública (NSP), liderada por Guillermo Soberón y Julio Frenk, varios funcionarios y académicos salubristas, vinculados a cargos importantes a través del PRI, se opusieron y frenaron la propuesta de reforma que contenía un fuerte componente de transformación de la gestión. Ello favoreció que los sindicatos de las instituciones clave de la seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), conservaran su autonomía.

En los años noventa, la negociación del TLCAN abrió una nueva ventana de oportunidad para la reforma estructural del sistema de salud. En 1993, la Fundación Mexicana de la Salud creó el Centro de Economía de la Salud (CES) para propiciar la entrada de los empresarios de la salud al sistema. El CES fue el primer centro en elaborar un paquete de servicios costo-efectivo que estuviera en sintonía con las propuestas provenientes del Banco Mundial (BM). Esta orientación fue impulsada en el gobierno de Zedillo (1994-2000) bajo el Programa de Reforma para el Sector Salud.

En el año 2000, el Partido Acción Nacional (PAN), originado en la Democracia Cristiana de los años treinta, y desde la crisis de los años ochenta abiertamente empresarial y neoliberal, logró llegar a la presidencia con Vicente Fox y mantenerse en el gobierno hasta 2012. En esta coyuntura crítica se avanzó en la privatización progresiva de la prestación de servicios en las instituciones de la seguridad social y, en 2002, se puso en marcha el modelo del “Seguro Popular”, un subsidio que vendría a complementar los programas de transferencias monetarias condicionadas que se habían iniciado en 1999, con el programa Progresá. No obstante, este proceso tuvo una fuerte resistencia desde la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la cual estaba apoyada por el gobierno distrital que encabezaba Andrés Manuel López Obrador.

Cuando este mismo político socialdemócrata asumió la presidencia de la República, en 2018, como parte del Movimiento Regeneración Nacional (Morena), una de sus primeras decisiones en materia de salud fue la suspensión del Seguro Popular y su reemplazo por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que está basado en la oferta pública de servicios. Sin embargo, las tensiones de un sistema

profundamente fragmentado no se hicieron esperar; y el inicio de la pandemia coincidió con un momento de reestructuración en el que las acciones se desplegaron en medio de la limitación de recursos que había traído la aplicación de un rígido programa de austeridad del gobierno federal (IGHS, 2021).

México ha enfrentado una fuerte tensión entre las propuestas neoliberales en salud y aquellas que buscan mantener un control estatal de la asistencia médica y ampliar la garantía del derecho a la salud. Si bien las propuestas de López Obrador van en la segunda dirección, la tendencia hacia la instauración de una división de servicios promercado se mantiene, aun bajo los lineamientos de un gobierno socialdemócrata; y claro muchas de las propuestas gubernamentales aún están por concretarse.

Siguiendo las directrices que se han impulsado en otros países y regiones, la pandemia empezó a manejarse de una forma tradicional: vigilancia epidemiológica, aislamiento errático e higiene, por un lado, y preparación de servicios de alta complejidad para atender enfermos graves, por otro. Aunque la principal medida para contener la pandemia, por parte de la Secretaría de Salud, ha sido la “Jornada Nacional de Sana Distancia”, se ha impulsado una estrategia para aumentar el número de camas generales y de cuidados intensivos en los hospitales, así como del personal debidamente capacitado. La respuesta, por tanto, ha avanzado separando los servicios de atención individual de aquellos de salud pública (Tetelboin et al., 2021).

No obstante, rápidamente empezaron las dificultades de coordinación entre el gobierno federal y los gobiernos locales. Una semana antes de que el gobierno federal lo hiciera, la gran mayoría de los estados de la República auspiciaron medidas de aislamiento físico de la población, en reacción a la información sobre el avance de la epidemia en países de Asia y Europa. Esto ocurrió, en especial, en relación con el cierre de escuelas. A la postre, el gobierno Federal estableció medidas de confinamiento social más amplias que empezaron a desarrollarse, aunque con lentitud y en medio de polémicas. La vigilancia epidemiológica se vio afectada por la decisión de hacer pocas pruebas diagnósticas y el manejo de la emergencia se ha dado con escasez de equipos médicos, insumos y medicamentos (IGHS, 2021).

Al decir de la reputada representante de la medicina social, y quien estuvo en el gobierno de López Obrador en un comienzo, Asa Cristina Laurell (2020):

la emergencia de Covid-19, en efecto, evidenció la falta de infraestructura, el déficit de equipamiento y las plantillas de personal inadecuadas e insuficientes, pero las soluciones ofrecidas han sido casuísticas y sin visión de largo plazo. Asimismo, se forzó el sistema de compras consolidadas

conjuntas, pero la falta de oferta obligó a cada una de las instituciones a buscar equipo y medicamentos donde había. Se vieron, de esta manera, frente a un mercado oligopólico nacional e internacional que, en un contexto de muy alta demanda, puede fácilmente fijar precios elevados. Este mercado está en manos del llamado “complejo médico-industrial” (p. 973).

Esta situación ha generado mucha tensión y, por supuesto, ha puesto al país en una condición de vulnerabilidad. Pese a las ilusiones de cambio con que se asumió la llegada de López Obrador a la presidencia, la Subsecretaría de Promoción y Prevención, responsable institucional de los programas de promoción y prevención, ha seguido orientaciones muy tradicionales para el manejo tanto de la pandemia y de otras epidemias, como de las enfermedades crónico-degenerativas. En últimas, se sigue apostando por programas verticales, muy institucionalizados y, por tanto, con poca participación popular. Eso no ha permitido fortalecer un manejo más horizontal del sistema público de salud.

Por su parte, Colombia registró su primer caso de Covid-19 el 6 de marzo de 2020, y la primera muerte por la enfermedad el 21 del mismo mes. Un año después, los contagios confirmados superaban un poco los 2 millones y el número de muertes rondaba en 60 mil; y en el momento de escribir este texto, el número de muertes llegaban a 80 mil (Datosmacro.com, 2021). El análisis de las muertes empieza a evidenciar un problema de desigualdad social, toda vez que estas se han concentrado en los adultos mayores de 60 años, en los hombres, en la población indígena y en la población del régimen subsidiado (Cifuentes et al., 2021).

De manera relativamente rápida, el país impuso formas de aislamiento y confinamiento, y desarrolló estrategias para el fortalecimiento de la capacidad hospitalaria instalada y las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pero las relaciones entre el sector público y el sector privado han generado algunas tensiones que, en una más larga duración, hunden sus raíces en el arreglo institucional nacional en salud: un sistema organizado por un mercado de aseguramiento individual con competencia regulada.

Colombia nunca alcanzó los niveles de industrialización que tuvieron México y Brasil. En medio de una economía fundamentada en la agroexportación de un bien primario –el café– y una fuerte dependencia económica y política de Estados Unidos, el modelo de industrialización por sustitución de importaciones se concentró en algunos sectores que eran liderados por élites regionales y, desde los años setenta, se fue consolidando una ruta de reprimarización de la economía, apuntalada por el sector financiero, a través del sector minero-energético, la agroindustria, la ganadería y el narcotráfico (Bonilla González,

2011). Tal vez por los dineros del narcotráfico, la crisis de la deuda no fue tan profunda como en México y Brasil, pero la crisis económica también se articuló a la peor de las crisis de legitimidad del régimen político colombiano (Medina, 1997).

Después de más de 25 años de implementación, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se mantiene operando, con una cobertura formal de aseguramiento del 97% de la población, y es permanentemente mostrado como un ejemplo para la Cobertura Universal en Salud –o Cobertura Sanitaria Universal (CSU)– que impulsan la OMS y el Banco Mundial (BM) (Hernández-Álvarez, 2019; Hernández-Álvarez et al., 2020). En este sistema, un “régimen contributivo” obliga a cotizar a todo aquel que cuente con ingresos mayores a un salario mínimo, sean o no trabajadores formales; y un “régimen subsidiado”, financiado por impuestos y el 1% de las cotizaciones, incorpora a los pobres al mercado regulado de aseguramiento, una vez que han sido identificados mediante una encuesta de hogares (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN).

Actualmente, solo quedan algunos rezagos de los regímenes especiales que venían del sistema anterior y, en todo caso, existe la opción de que todo aquel que pueda pagar un seguro privado, o plan complementario, lo haga (Guerrero et al., 2011). En la medida en que es la capacidad de pago la que sustenta el modelo de aseguramiento, por demás individual, la calidad y oportunidad del acceso a los servicios es desigual entre sectores pobres, medios y ricos de la población. A pesar de los esfuerzos desplegados para disminuir estas desigualdades –subsidios que permiten a muchas personas acceder a los servicios–, la organización del sistema en regímenes de aseguramiento reproduce la matriz de desigualdad de clase social, etnia, género y territorio (Hernández-Álvarez, 2019).

Dado que todos los prestadores de servicios se han adaptado a la competencia empresarial y a su lógica de venta de servicios a las empresas aseguradoras, se ha producido una privatización de facto de la oferta pública, con deudas exorbitantes por parte de tales empresas y una precarización laboral pasmosa que se ha exacerbado en la pandemia (Torres, 2021). La salud pública se ha concentrado en un paquete de servicios denominado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), al que se le asigna alrededor del 5% del gasto total en salud. En estas condiciones, la capacidad institucional pública colombiana se ha debilitado mucho más que en México y Brasil, tanto en la prestación de los servicios asistenciales como en las acciones en salud pública (Roth-Deubel y Molina-Marín, 2013).

El gobierno de Iván Duque, que se posesionó en agosto de 2018 y representa al sector de la derecha opuesto al proceso de paz adelantando en el gobierno anterior, ha reducido el Acuerdo Final de Paz a un asunto de reintegración de exguerrilleros, y esto ha tenido importantes consecuencias en la estabilidad política del país. Antes de la pandemia, el gobierno se encontraba en uno de sus peores momentos políticos. La falta de implementación del Acuerdo, el asesinato sistemático de líderes y lideresas por parte de fuerzas paramilitares, la retoma de las armas por parte de un sector de la guerrilla de las FARC-EP con la que se firmó el Acuerdo, la persistencia de la guerrilla del Ejército de Liberación Nacional (ELN), y la decisión de dar una vuelta de tuerca a la implantación del modelo neoliberal habían producido, a finales de 2019, una de las movilizaciones sociales más grandes de las últimas décadas, poniéndose sobre la palestra la exigencia de garantía de derechos y de revisión a fondo a todas las políticas (Semana, 2019a, 2019b).

La llegada de la pandemia, en marzo de 2020, se convirtió en un salvavidas político del gobierno. La respuesta inicial fue una combinación entre confinamiento indiscriminado –sin diferenciación territorial– y apertura de actividades económicas, mientras se preparaban los servicios de salud –fundamentalmente con equipamientos de UCI–, y con una franca postergación de la atención de los enfermos aquejados de otras patologías. Con la Resolución N° 385, del 12 de marzo, el Ministerio de Salud y Protección Social declaró una emergencia sanitaria (MinSalud, 2020); con el Decreto N° 457, del 22 de marzo, el Ministerio del Interior impartió las instrucciones de la emergencia sanitaria y el mantenimiento del orden público (MinInterior, 2020); y con el Decreto N° 637, del 6 de mayo, la Presidencia de la República declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional (Presidencia, 2020). Bajo el amparo de esta Resolución y estos Decretos, fueron emitidos otros decretos que tenían por objeto canalizar recursos públicos para enfrentar la pandemia, pero con una forma de asignación propia de un Estado regulador que, funcional a la acumulación de capital en el régimen de capitalismo cognitivo financiarizado, favoreció la intermediación financiera (Hernández-Álvarez, 2019).

De esta forma, Colombia conserva un férreo sistema de aseguramiento individual en salud que se ha mantenido incólume pese a las críticas. Este sistema ha sido un gran obstáculo para desarrollar las labores de salud pública que se requieren en medio de la pandemia y para garantizar el adecuado ejercicio de la rectoría sanitaria, tanto a nivel nacional como territorial. Sin embargo, el apoyo gubernamental a las empresas aseguradoras privadas ha sido firme y, de hecho,

las medidas tomadas desde la jefatura del Estado han privilegiado la sostenibilidad económica y el apoyo al sector financiero, por sobre el bienestar de las personas que se han visto empobrecidas con la crisis pandémica. Aunque con tensiones internas, debidas al papel que han jugado algunas de las autoridades locales, el respeto por el marco del modelo de aseguramiento se ha mantenido y, de hecho, en julio de 2020, fue presentado un proyecto de reforma al sistema de salud que apalanca aún más el modelo.

Esta breve comparación permite entender que, si bien la arquitectura institucional de los países y las dinámicas políticas son distintas, existe una tendencia común hacia el predominio del mercado en la organización de las respuestas a las necesidades sociales. La tendencia ha dejado consecuencias graves que, en los tres países, han impedido construir respuestas adecuadas al reto de la pandemia. Los tres países se han enfrentado a la pandemia con sociedades desiguales, inequitativas y fuertemente golpeadas por la informalidad, en las cuales medidas como el aislamiento, las cuarentenas y las restricciones a la movilidad han agudizado la cuestión social, el desempleo y la precariedad.

De igual manera, cabe señalar que los tres países se enfrentan a una dependencia científico-técnica importante, aunque con diferencias. Si bien México y Brasil lograron niveles de industrialización importantes en el siglo XX, la dinámica del capitalismo cognitivo ha hecho que los tres países sean dependientes de tecnologías y desarrollos científicos foráneos, y que ninguno cuente con suficientes capacidades y recursos para competir en los mercados de vacunas, ventiladores y medicamentos. Alrededor de las patentes predomina una competencia global rapaz y descarnada, inscrita en una geopolítica injusta en la cual se imponen los valores de la acumulación capitalista sobre los de la solidaridad, y en esa geopolítica, los tres países, aunque Colombia se lleva la peor parte, ocupan un lugar desafortunado de dependencia y pobre capacidad de negociación.

Además, los tres países han sufrido un debilitamiento de lo público en salud que resulta crítico en la coyuntura actual, y que está muy relacionado con la debilidad democrática de los regímenes políticos a causa de la corrupción y el auge del mercado en los servicios públicos. Se trata de una lógica que incentiva el traslado de los recursos públicos hacia las grandes corporaciones por las vías de la contratación, la concesión o el pago per cápita, en la que los nexos entre políticos y empresarios resultan fundamentales.

Más allá de la incompetencia o negligencia de los gobiernos, deben ponerse de relieve acciones, omisiones y crímenes en los que han incurrido algunos líderes políticos como parte de sus estrategias de enfrentamiento y no enfrentamiento de la pandemia (Ventura y Bueno,

2021). Una importante discusión en este sentido ha sido impulsada por las investigadoras brasileñas Deisy Ventura y Flávia Bueno (2021), quienes afirman que “la estrategia institucional de propagación del Covid-19 implementada por el gobierno federal brasileño es una expresión radical del neoliberalismo en el campo de la salud, definida como neoliberalismo epidemiológico” (p. 427). En línea con lo que han argumentado otros investigadores que han analizado el caso de Brasil y el de algunos otros países y gobiernos (Abbasi, 2021; Almeida-Filho, 2021; Frey, 2020; McKee et al., 2020), esta estrategia se ha definido como “neoliberalismo epidemiológico” porque, “al igual que [en] la creencia incondicional en el libre mercado, la estrategia de inmunidad colectiva [promovida por parte de estos gobiernos] consiste en superar una epidemia con regulación y costos mínimos, aunque se sepa que implicará la muerte de miles de personas, sobre todo las más vulnerables” (Frey, 2020).

Según Ventura y Bueno la estrategia se ha implementado a partir de tres mecanismos: 1) una intensa actividad normativa y de imposición de vetos presidenciales, 2) una ejecución de actos de obstrucción a las respuestas a la pandemia en varios niveles administrativos, y 3) una implementación de propaganda contra la salud pública que, en forma de discursos políticos y diseminación de noticias falsas, pretende debilitar la adhesión popular a las recomendaciones sanitarias. Las autoras (2021) concluyen en este sentido que:

el neoliberalismo epidemiológico no se manifiesta como negligencia o como una sucesión de omisiones gubernamentales que hubiera[n] llevado la pandemia a seguir su curso natural. Al contrario, es una decisión del gobierno federal la de promover activamente el contagio masivo gracias a la exacerbación del ideario neoliberal y a los recursos discursivos del populismo conservador, pese a la resistencia de diversos actores nacionales y al repudio internacional. Al hacerlo, suponiendo que las autoridades federales brasileñas logren implementar esta estrategia con total impunidad, las pandemias se convertirán en un poderoso instrumento de exterminio de poblaciones vulnerables, a disposición de futuros gobiernos (p. 457).

Por supuesto, existen resistencias frente a las tendencias mercantiles que se desarrollan de diversas maneras y han tenido resultados disímiles. En Brasil, por ejemplo, la lucha por el SUS ha canalizado muchos esfuerzos y reunido a diferentes actores para sostener ese símbolo de las luchas democráticas. Hoy han aparecido propuestas alternativas para enfrentar la pandemia como el Frente por la Vida (Frente pela Vida, 2020). Por su parte, en México existe un forcejeo político constante dentro del gobierno federal y, pese a las dificultades, muchos

aún confían en las posibilidades abiertas por las directrices institucionales (Tetelboin et al., 2021).

Mientras tanto, en Colombia el descontento social se manifiesta de varias formas y algunas dinámicas organizativas, como el Pacto Nacional por la Salud y la Vida, empiezan a aflorar. Este pacto, que reúne a organizaciones de diversa naturaleza, ha abanderado la lucha por una renta básica que permita afrontar la pandemia, y todavía están por verse los resultados de la alianza en el cambio de la correlación de fuerzas en los escenarios de decisión nacional. Al momento de escribir este texto, el paro nacional convocado en Colombia para el 28 de abril de 2021 se convirtió en un estallido social, más fuerte aún que el del 21 de noviembre de 2019. Esta movilización masiva, que se ha mantenido durante varias semanas pese a la represión oficial ha logrado, hasta ahora, retirar el proyecto de ley del gobierno sobre la reforma tributaria y el archivo del mencionado proyecto de ley de reforma a la salud, que profundizaba el modelo de negocio con competencia regulada. Así que el panorama político está muy agitado.

LOS PROCESOS DE VACUNACIÓN EN AMÉRICA LATINA

La industria farmacéutica, productora de vacunas y medicamentos, ha tenido un gran protagonismo en esta pandemia. Si bien no se han logrado desarrollar medicamentos eficaces contra la enfermedad, las vacunas han llegado a tener una importante efectividad. Las empresas privadas han defendido el derecho a sus patentes argumentando, como es costumbre, la importante inversión en ciencia y tecnología que han hecho, pero también señalando los riesgos financieros en que han incurrido para el desarrollo de las vacunas. Sin embargo, quienes hoy asumen la mayoría de esos riesgos son los Estados, toda vez que las vacunas producidas por las empresas privadas cuentan con una protección especial que exime a las empresas de pagar indemnizaciones si sus vacunas producen efectos secundarios (Sánchez, 2020).

Durante el 2020 el mundo vivió una vertiginosa carrera por la elaboración de la vacuna, y mientras avanzaba esta carrera, los países se preparaban para iniciar el proceso de vacunación. En julio de 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró unas orientaciones para la planificación de la introducción de la vacuna contra el Covid-19, en las que se mencionaba que los países debían establecer metas así como criterios de priorización, pensando en que la vacunación se adelantaría por fases (OPS, 2020)2020. Se formularon tres objetivos básicos: uno, proteger la integridad del sistema de salud y la infraestructura para la continuidad de los servicios esenciales; dos, reducir la morbilidad severa y la mortalidad asociada al Covid-19 protegiendo a las poblaciones de mayor riesgo; y tres, reducir

la transmisión de la infección en la comunidad y generar “inmunidad de rebaño”.

Los objetivos llevan implícito una cierta priorización e implican, en ese sentido, vacunar a los trabajadores de la salud y otros servicios esenciales y a los grupos de mayor riesgo, identificados según la situación epidemiológica, y ampliar la vacunación a otros grupos de acuerdo con el incremento en la disponibilidad de las vacunas en cada país (OPS, 2020)2020. Estas son, en efecto, las orientaciones que, en términos generales, han seguido los países.

Hoy se vive con intensidad y algo de angustia un momento de producción y distribución masiva de vacunas. Los grandes procesos de vacunación iniciaron con el despegar del nuevo año, pero estos se han llevado a cabo de un modo muy desigual. Aunque, en general, la preocupación por las vacunas se concentra en los asuntos de la lentitud del proceso y la inequidad en su distribución, cabe tener presente que existe mucha incertidumbre frente a la duración de su efecto protector, así como frente a sus efectos en el mediano y largo plazo (Eslava-Castañeda, 2021)2021.

Para marzo de 2021 se estimaba que a América Latina le había correspondido apenas un 5% de las vacunas aplicadas en el mundo, a pesar de haber aportado cerca del 20% de las muertes (LatamChequea, 2021)2021. Brasil y México empezaron sus procesos de vacunación a mediados de enero de 2021, mientras que Colombia tardó un mes más en hacerlo.

Brasil inició su proceso de vacunación en medio de las tensiones de poder entre el gobierno federal y los gobiernos estatales, y por presión de algunos de estos, se adelantó la administración de las primeras dosis. El Estado de São Paulo tomó la iniciativa y fue seguido por los estados de Mato Grosso do Sul, Espírito Santo y Maranhão (Vivas, 2021b). La meta trazada para el proceso es vacunar al 70% de la población –cerca de 150 millones de personas– y, para empezar, se priorizó a los trabajadores de la salud, los mayores de 60 años y las poblaciones indígenas, quilombola y ribereña (ribeirinha en portugués).

El proceso ha tenido tropiezos y los problemas de disponibilidad de vacunas y otros suministros han sido un relato de ello. Tal como lo han expresado las investigadoras Ventura y Bueno, de la Universidad de São Paulo (USP) y la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ):

la respuesta brasileña a la pandemia [...] se caracteriza [...] por la renuncia al protagonismo en los planes regional y multilateral [por parte de Bolsonaro]; por la participación en alianzas nefastas para los derechos humanos, con gobiernos ultraconservadores y dictaduras; por la sumisión a los intereses de Estados Unidos, al menos durante la administración de Donald Trump (2017-2021), y por la importación selectiva y puntual de

conductas del expresidente estadounidense con fines propagandísticos [,] [...] [tales como] ataques a China y a organizaciones internacionales, en particular a la OMS, y vacilaciones en adherirse al Acelerador del Acceso a las herramientas contra la Covid-19 (COVAX) (Ventura y Bueno, 2021, p. 429).

A comienzos de abril se hablaba de haber administrado alrededor de 20 millones de dosis entre 16 millones de personas. Considerando que el Programa Nacional de Inmunización (PNI) brasileño es el más grande del mundo y tiene una gran experticia (Ventura y Bueno, 2021), el avance en el proceso de vacunación es cuestionable. Las vacunas administradas han sido las de las corporaciones Sinovac Biotech Ltd. y Oxford-AstraZeneca, puesto que el gobierno ha sido reacio a cerrar un acuerdo con Pfizer-BioNTech, por sus discrepancias frente a las condiciones de pago.

El centro de investigación “Instituto Butantan”, en el distrito de Butantã, en la ciudad de São Paulo, viene desarrollando un proyecto que llama la atención: el “proyecto S”, un estudio clínico que busca monitorizar las consecuencias de la vacunación contra el Covid-19 y valorar el momento en que se pueden retirar otras medidas de protección. El proyecto se lleva a cabo en la ciudad de Serrana, en donde toda la población adulta –cerca de 30 mil personas– fue vacunada con CoronaVac, la vacuna de la corporación china Sinovac Biotech Ltd. (BBC News Mundo, 2021).

En México, por su parte, se empezó a aplicar la vacuna entre los trabajadores de la salud de la llamada “primera línea” de atención, y se continuó con los adultos mayores, tal como ha ocurrido en muchos otros países (Vivas, 2021a). Las vacunas de cinco corporaciones, compañías y consorcios fueron aprobadas por el país para afrontar el reto de vacunar a 117 millones de personas: Oxford-AstraZeneca, Pfizer-BioNTech, Instituto Gamaleya, Sinovac Biotech Ltd. y CanSino Biologics.

Si bien el comienzo del proceso se vivió con gran expectativa, su lentitud, debida a la escasez de vacunas y a los problemas de suministro, hizo perder el optimismo del arranque. El gobierno esperaba vacunar a todo el personal de salud y a 15 millones de personas mayores de 60 años antes de terminar el mes de marzo, pero la expectativa tuvo que rebajarse al mes de mayo. Para comienzos de abril, México contabilizaba 9,8 millones de habitantes vacunados, habiendo repartido entre ellos 11,7 millones de dosis de vacunas. Este ritmo, a todas luces inquietante, llevaría a que el proceso de vacunación se extendiera durante tres años (Zerega et al., 2021).

En cuanto a lo ocurrido en Colombia, cabe señalar que el proceso de vacunación inició más tardíamente que en los otros dos países

debido a la demora en el establecimiento de acuerdos con las corporaciones farmacéuticas en los que, a la postre, varios de los términos tienen carácter secreto al amparo de cláusulas de confidencialidad. La orientación básica del proceso quedó consignada en el Plan Nacional de Vacunación, publicado en diciembre de 2020, y ampliamente divulgado entre enero y febrero del 2021 (MinSalud, 2021b).

En el Plan se establecieron dos fases y cinco etapas en las que se espera vacunar al 70% de la población, cerca de 35 millones de personas. Según la información suministrada por el gobierno, se han comprado vacunas, por la vía de la iniciativa COVAX, para completar el esquema de vacunación de 10 millones de personas; para el resto de la población, las vacunas que se utilizarán serán compradas mediante los acuerdos bilaterales establecidos con las corporaciones farmacéuticas, siempre de manera confidencial, aunque algunos organismos de control y sectores académicos hayan pedido transparencia en estos contratos.

Las vacunas autorizadas en el país son las de las corporaciones y consorcios Pfizer-BioNTech, Moderna, Oxford-AstraZeneca, Janssen de Johnson y Johnson, y Sinovac Biotech Ltd. Según la priorización establecida, primero se vacuna al personal de salud y a los adultos mayores de 80 años, luego a los mayores de 60 años, posteriormente la población adulta con morbilidades especiales, después a los cuidadores institucionales, y por último, al resto de la población (MinSalud, 2021a).

Debido a las limitaciones en el suministro de las vacunas, el proceso se lleva de forma gradual según la disponibilidad. Para la segunda semana de abril del 2021, en medio del aumento de casos y la alerta hospitalaria –se habló entonces de un segundo pico de la pandemia–, y después de experimentar una demora con la llegada de vacunas al país, se contabilizaban cerca de 3 millones de dosis administradas, para un poco más de 2 millones de personas (Datosmacro.com, 2021).

Si bien el gobierno nacional se muestra optimista, algunos reportes preliminares muestran que el proceso de vacunación está adquiriendo un inquietante comportamiento diferencial, debido a que la eficiencia en la aplicación de las dosis disponibles ha sido heterogénea. Departamentos como Bolívar, Huila y Cundinamarca han tenido un buen comportamiento, mientras que otros, como Cauca, Putumayo y La Guajira han tenido un comportamiento deficiente, aunque las valoraciones cambian con el paso de tiempo. Esta situación, asociada a las inequidades socioeconómicas documentadas en relación con la mortalidad por el Covid-19 y al comportamiento diferencial frente a la atención de los enfermos, hace que el panorama resulte amenazador

y pueda llevar a una situación aún más inequitativa (Ciencia abierta, 2021).

El problema del suministro de vacunas no ha sido un asunto exclusivamente local o regional, pero América Latina se ha visto particularmente afectada. La carencia de vacunas se ha debido, en gran medida, a los problemas que suscita mantener los derechos de propiedad en manos de la industria farmacéutica, en medio de una pandemia. Tal como lo menciona el reconocido salubrista y politólogo Vicente Navarro (2020), la defensa a ultranza de los derechos de propiedad pierde mucho de su sentido cuando se conoce que los desarrollos de las vacunas de corporaciones y consorcios como Moderna, Pfizer-BioNTech y Oxford-AstraZeneca están basados en investigaciones que han sido financiadas con fondos públicos, en Estados Unidos y la Unión Europea.

Una primera comparación de lo ocurrido en los tres países en términos de la respuesta que han tenido los Estados frente a la pandemia, revela varias similitudes y algunas diferencias. Sintetizaremos estos aspectos a continuación, en cuatro puntos.

En primer lugar, la pandemia irrumpió para los tres países en un escenario complejo, de gran desigualdad y de intensas dinámicas políticas, en que todos se vieron forzados a tomar medidas de aislamiento, cuarentena y restricción a la movilidad que agudizaron el desempleo, la precariedad y la desigualdad social.

Si bien la carga de la pandemia, como se ha visto en otros países, ha recaído en el sector público en salud, en los tres países estudiados este sector se encontraba ya debilitado, aunque de modo diferente de acuerdo con sus propias trayectorias históricas. Brasil había construido el vigoroso y dinámico SUS que, en medio de las tensiones políticas, ha defendido la centralidad de lo público y la garantía estatal del derecho a la salud, pero ha tenido que vivir múltiples contradicciones en el proceso y acoso creciente del poder de los mercados. Hoy, el SUS experimenta la arremetida de un gobierno autoritario y neoliberal que ha debilitado seriamente su accionar. México, por su parte, apenas había iniciado un proceso de fortalecimiento de la institucionalidad pública en salud, en medio de dificultades y limitaciones, cuando las afugas de la pandemia emergieron y las expectativas de cambio se ven ahora limitadas.

Mientras tanto, Colombia continúa manteniendo un sistema de mercado con competencia regulada que dismantela, cada vez de manera más fehaciente, la infraestructura pública. Irrumpen voces de protesta y alianzas que reclaman otra orientación para el sistema de salud y protestas generalizadas inspiradas, esta vez, en una regresiva y salvaje reforma tributaria, rememoran las protestas generalizadas

previas a la pandemia, en noviembre de 2019, y durante aquella en septiembre de 2020. La intensidad de la protesta social ha sido de tal envergadura que el gobierno retiró la propuesta de reforma tributaria y el Congreso de la República archivó la propuesta de reforma a la salud. Así que el ánimo de las movilizaciones se encuentra exaltado por esos logros, que se asumen de gran importancia.

En segundo lugar, los tres países desarrollan sus procesos de vacunación bajo el negativo influjo de una gran dependencia científico-técnica que, hay que reconocerlo, pesa mucho debido a la existencia previa de toda una historia en la producción de vacunas. Siguiendo directrices de la economía neoclásica del neoliberalismo, que apelaban a la poca competitividad en los mercados y a una supuesta vocación de productores de materias primas, se dismantelaron las infraestructuras para la producción de vacunas. El dismantelamiento fue total en Colombia, y menor medida en Brasil dada su mayor trayectoria industrial; en tanto que México parece encontrarse en un punto intermedio.

Por esta dinámica diferencial es que México y Brasil discuten acuerdos para producir vacunas, bien con el consorcio Oxford-AstraZeneca o la corporación Sinovac Biotech Ltd., algo que no hace Colombia. Aunque a veces se ha discutido, en este último país, la necesidad de tener un desarrollo tecnológico propio, como parte de la seguridad nacional, las exigencias que se requieren para satisfacer esta necesidad han llevado a que las propuestas se desestimen rápidamente (Rodríguez, 2021).

En tercer lugar, los procesos de vacunación se han llevado a cabo en medio de intensas dinámicas de negociación, en las que se ha manifestado la vulnerabilidad de los Estados nacionales y la posición dominante de las corporaciones farmacéuticas. Esto ha sido evidente tanto a la luz de las dificultades con la puesta en marcha de la iniciativa COVAX (Noticias ONU, 2021a) y su limitada capacidad de agilizar la distribución de las vacunas, como a la luz del poder demostrado de las corporaciones en cláusulas de confidencialidad impuestas a los gobiernos y en exoneraciones de responsabilidades frente a los efectos de las vacunas (Sánchez, 2020).

Como lo señaló Vicente Navarro, el escenario de escasez de vacunas refuerza el poder de negociación de la industria farmacéutica, que ha aprovechado el desespero de sus clientes, los Estados, para optar por las vías que le resultan en cada momento más convenientes. En los acuerdos bilaterales con las corporaciones farmacéuticas, por los que algunos países han optado en detrimento de la iniciativa COVAX, las corporaciones han incumplido sus ofrecimientos, en varias ocasiones, y en otras simplemente han cambiado de comprador. Sin

embargo, como nos lo recuerda el propio Navarro (2021), esta no es la única forma en que se puede proceder:

Tenemos experiencia que muestra que existen *modus operandi* para resolver esta gravísima situación distintos a los del modelo conservador-liberal. El caso más claro es la experiencia con la práctica erradicación de la poliomielitis a nivel mundial, una de las enfermedades que causó una mayor mortalidad en el mundo durante el siglo pasado. Analizando cómo se controló y erradicó la poliomielitis décadas atrás, podemos ver cómo se hizo y cómo se debería hacer ahora. Actualmente, esta enfermedad casi ha desaparecido y ello es resultado, primordialmente, de la manera en que se desarrolló su plan de erradicación. Con el objetivo final de erradicarla, se impulsó una campaña global, liderada en gran parte por la OMS, con la ayuda y el consenso internacional. Un elemento esencial de aquel hito es que no hubo ninguna patente que obstaculizara la producción de la vacuna a nivel mundial. Su descubridor, el Dr. Jonas Salk, insistió en que no la hubiera y que fuera de propiedad pública.

No debemos olvidar el hecho de que hoy se está actuando con un recurso tecnológico que aplica muy novedosas técnicas, a las cuales apenas nos estamos habituando. Aún existe incertidumbre frente a cuánto durará el efecto protector de las vacunas y sus efectos a mediano y largo plazo, así que, pese a la esperanza puesta en las vacunas, hay que ser cautos. De otra parte, no se puede pensar que la vacuna es una solución última, toda vez que, pese a su importancia, no se afectan con ella las condiciones socioambientales en que despierta la pandemia, ni sus peculiares condiciones de reproducción (Eslava-Castañeda, 2020b). Asimismo, es evidente que la pandemia no puede enfrentarse sin garantizar una renta básica a la población que, en su mayoría, depende de trabajos que la exponen desproporcionadamente al virus, y que explican la expresión y persistencia de las inequidades sociales en la mortalidad por el Covid-19, en contextos de polarización y fragilización socioeconómica como los de Brasil, México y Colombia.

Por último, es necesario resaltar que, pese a ciertas tendencias generales, las dinámicas de los procesos de vacunación ocurren de acuerdo con las particularidades y trayectorias de los países y, dentro de ellos, existen diversas realidades territoriales. Como se comentó antes, en los tres países empieza a documentarse un cierto desequilibrio en la eficiencia en la distribución de las vacunas, entre los departamentos, en el caso de Colombia, y entre los estados, en los casos de México y Brasil. Esto nos lleva a plantear que se hace necesario repensar la manera en que se está actuando.

En especial, parece necesario transformar las redes socioespaciales de poder que se han cristalizado en la coyuntura actual; obtener

una mirada y una labor más sensibles a las especificidades territoriales y a las diferentes temporalidades, sin perder de vista la dinámica geopolítica mundial; y juntar aspiraciones, experiencias y esfuerzos alrededor de elementos comunes, para hacer acuerdos sobre lo que habrá de considerarse común en los territorios en que se construye la vida de forma cotidiana.

Como lo mencionamos en nuestro texto previo (Hernández-Álvarez et al., 2021), tal vez sea un buen momento para afianzar los “senderos pluriversales” de los cuales nos hablan Kothari, Acosta, Demaria, Escobar y Salleh (2018), pero desencadenando, a partir de ellos, la fuerza de un movimiento regional y mundial que promueva el respeto, la reciprocidad, la solidaridad y el cuidado mutuo; en últimas, el cuidado de la vida bajo la conciencia de la interdependencia entre humanos y entre las diversas formas de vida en el planeta.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbasi, Kamran. (2021). Covid-19: Social murder, they wrote-elected, unaccountable, and unrepentant. *BMJ*, 372(314). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n314>
- Aglietta, Michel y Breton, Régis. (2001). Financial systems, corporate control and capital accumulation. *Economy and Society*, 30(4), 433-466. <https://doi.org/10.1080/03085140120089054>
- ALAMES. (2017, Junio). Determinación social de la salud [Video]. Coordinación ALAMES. <https://www.youtube.com/watch?v=f1ZdgaQlczk>
- Almeida-Filho, Naomar. (2021). Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. *Principais elementos*, 214-225.
- Alvarenga, Alexandre Andrade et al. (2021). Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de Covid-19: o caso da paradiplomacia maranhense. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00155720.
- Anderson, Perry. (2016). Crisis en Brasil. En CLACSO (ed.), *Golpe en Brasil. Genealogía de una farsa* (pp. 35-63). <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20160624045419/GolpeEnBrasil.pdf>
- BBC News Mundo. (2021, 26 de febrero). Vacunación en Brasil: qué es el “Proyecto S” para inmunizar contra el covid-19 a una ciudad entera. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56164124>
- Bonilla González, Ricardo. (2011). Apertura y reprimarización de la economía colombiana. *Nueva sociedad*, (231), 46-65. <https://>

- biblat.unam.mx/es/revista/nueva-sociedad/articulo/apertura-y-reprimarizacion-de-la-economia-colombiana-un-paraiso-de-corto-plazo
- Burdeau, Ishmael. (2015). The Last Great Enclosure: The Crisis of the General Intellect. *WorkingUSA*, 18(4), 649-663. <https://doi.org/10.1111/wusa.12217>
- Carvajal Villanueva, Oswaldo. (2005). Futuro de las fusiones en la industria farmacéutica mundial. *Negotium: revista de ciencias gerenciales*, 1(1).
- Ciencia abierta. (2021, 29 de junio). Monitoreo gráfico de vacunación Colombia. @solsilvanazb. <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/76870d50-6089-4cfc-9db3-6b1ff3054866/page/BTV4B>
- Cifuentes, Myriam Patricia et al. (2021). Socioeconomic inequalities associated with mortality for Covid-19 in Colombia: a cohort nationwide study. *J Epidemiol Community Health*. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-216275>
- Cision PR Newswire. (2020). INOVIO Expands Manufacturing of Covid-19 DNA Vaccine INO-4800 With New Funding from CEPI. *Cision PR Newswire*. <https://www.prnewswire.com/news-releases/inovio-expands-manufacturing-of-covid-19-dna-vaccine-ino-4800-with-new-funding-from-cepi-301049889.html>
- Cooper, Melinda. (2008). *Life as Surplus. Biotechnology and Capitalism in the Neoliberal Era*. University of Washington Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctvcwnt6d>
- Curcio, Pasqualina. (2021). La carrera por la vacuna Contra el covid-19. En *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemia*, (pp. 381). CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210312065632/America-Latina-Sociedad-politica-y-salud.pdf>
- Datosmacro.com. (2021). Covid-19. Crisis del coronavirus. <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus>
- Elasri, Amal y Serradell, Enric. (2020, 8 de junio). Fusiones y adquisiciones en la industria farmacéutica: la teoría de los caminos paralelos y los efectos de la Covid-19. *Economía y Empresa*. <https://blogs.uoc.edu/economia-empresa/es/fusiones-y-adquisiciones-en-la-industria-farmaceutica-la-teoria-de-los-caminos-paralelos-y-los-efectos-de-la-covid-19/>
- Eslava-Castañeda, Juan Carlos. (2020a). Hoy vivimos más que solo una pandemia. *UN Periódico Digital*. <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/blog/detail/hoy-vivimos-mas-que-solo-una-pandemia/>

- Eslava-Castañeda, Juan Carlos. (2020b). Las causas socioambientales de la pandemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(3), 4-5. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e342049>
- Eslava-Castañeda, Juan Carlos. (2020c, 13 de febrero de 2020). Por una salud pública que enfrente la crisis civilizatoria. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(1), 1-2. <https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v38n1e341123>
- Eslava-Castañeda, Juan Carlos. (2021). Inequidad y demora: grandes motivos de preocupación en la vacunación contra Covid-19. *UN Periódico digital*. <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/blog/detail/inequidad-y-demora-grandes-motivos-de-preocupacion-en-la-vacunacion-contra-covid-19/>
- Eslava-Castañeda, Juan Carlos, García Sierra, Marcela y Bernal Olaya, Sandra. (2017). Dudas y desasosiego ante la epidemia de Gripe en Bogotá, Colombia, en 1918. *Americanía, Revista de Estudios Latinoamericanos*, (6), 110-135. <https://www.upo.es/revistas/index.php/americania/issue/view/177/showToc>
- Fleury, Sonia. (2007). Salud y democracia en Brasil: valor público y capital institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*, 3, 147-157.
- Frente pela Vida. (2020). Plano nacional de enfrentamento a pandemia da covid-19. *Frente pela Vida*. <https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-Covid-19-COMPLETO.pdf>
- Frey, Isabel. (2020, 19 de marzo). Herd Immunity' is Epidemiological Neoliberalism. *The Quarantimes*. <https://thequarantimes.wordpress.com/2020/03/19/herd-immunity-is-epidemiological-neoliberalism/>
- Friel, Sharon y Krieger, Nancy. (2019). *Climate change and the people's health*. Oxford University Press.
- Fumagalli, Andrea. (2010). *Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Hacia Un Nuevo Paradigma de Acumulación*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- García, José Luís. (2006). Biotecnología e biocapitalismo global. *Análise Social*, 41(181), 981-1009. <https://www.jstor.org/stable/41012435>
- Guerrero, Ramiro et al. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53, 144-155.
- Haesbaert, Rogério. (2011). *Da desterritorialização à multiterritorialidade*. Brasil: Bertrand Brasil.

- Henao-Kaffure, Liliana y Hernández-Álvarez, Mario. (2017). La pandemia de gripe de 1918: un caso de subsunción de lo biológico en lo social. *Americanía, Revista de Estudios Latinoamericanos*, (6), 8-52. <https://www.upo.es/revistas/index.php/americania/article/view/2742>
- Henao-Kaffure, Liliana y Hernández-Álvarez, Mario. (2020). Flu pandemic, world power, and contemporary capitalism: building a historical-critical perspective. *International Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01441-z>
- Henao-Kaffure, Liliana, Miranda-Canal, Néstor y Hernández-Álvarez, Mario. (2020). La encrucijada de la pandemia para la salud mundial. En A. Carvajal-Rueda (ed.), *Nadie se salva solo. Significados de la pandemia que cambió la humanidad*. Madrid: Paidós.
- Hernández A., Mario. (2012, 15-20 de julio). Reformas del sector salud en perspectiva comparada: Brasil, México y Colombia, 1980-2010. Viena.
- Hernández-Álvarez, Mario. (2019). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate*, 43, 29-43. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S503>
- Hernández-Álvarez, Mario et al. (2020). Universal health coverage and capital accumulation: a relationship unveiled by the critical political economy approach. *International Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01437-9>
- Hernández-Álvarez, Mario et al. (2021). La pandemia de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez y C. Schor-Landman (eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* (pp. 71-114). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?orden&id_libro=2315&pageNum_rs_libros=0&totalRows_rs_libros=1480
- Herrero, María Belén y Tussie, Diana. (2015). UNASUR Health: A quiet revolution in health diplomacy in South America. *Global social policy*, 15(3), 261-277. <https://doi.org/10.1177/1468018115599818>

- Homedes Beguer, Núria y Ugalde, Antonio. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud mexicano: una experiencia para analizar. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7, 26-45. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000200003&nrm=iso
- Horton, Richard. (2020, Sep 26). Offline: Covid-19 is not a pandemic. *Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- IGHs. (2021). La respuesta de México al Covid-19: estudio de caso. *Institute for Global Health Sciences*. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf
- Kempf, Hervé y Bucci, Julia. (2007). *Cómo los ricos destruyen el planeta*. Libros del Zorzal.
- Kothari, Ashish et al. (2018). Encontrando senderos pluriversales. *Ecuador Debate* (103), 80-96. <http://hdl.handle.net/10469/15392>
- LatamChequea. (2021, 6 de marzo). Cuán transparentes son los procesos de vacunación contra la Covid-19 en América Latina. *Colombia Check*. <https://colombiacheck.com/investigaciones/cuan-transparentes-son-los-procesos-de-vacunacion-contra-la-covid-19-en-america>
- Laurell, [Asa Cristina. (2020). Las dimensiones de la pandemia de Covid-19. *El trimestre económico*, 87(348), 963-984. **DOI:** <https://doi.org/10.20430/ete.v87i348.1153>
- McKee, Martin, Gugushvili, Alexi, Koltai, Jonathan y Stuckler, David. (2020). Are Populist Leaders Creating the Conditions for the Spread of Covid-19?; Comment on “A Scoping Review of Populist Radical Right Parties’ Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe”. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.124>
- Medina, Medófilo. (1997). Dos décadas de crisis política en Colombia, 1977-1997. La crisis socio-política colombiana: un análisis coyuntural de la coyuntura. Bogotá. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/3009/01PREL01.pdf?sequence=3&isAllowed=y> ESTO LO AGREGUÉ YO. POR FAVOR, REVISAR
- Menicucci, Telma Maria Gonçalves. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças,

- continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21, 77-92. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/abstract/?lang=pt#>
- Milz, Thomas. (2021, 2 de marzo). Coronavirus en Brasil: 12 meses y 250.000 muertos. *Deutsche Welle*. <https://www.dw.com/es/coronavirus-en-brasil-12-meses-y-250000-muertos/a-56751805>
- MinInterior. (2020). Decreto N° 457/2020. Ministerio del Interior, República de Colombia. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20457%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>
- MinSalud. (2020). Resolución N° 385/2020. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30039292>
- MinSalud. (2021a). Abecé de la vacunación contra el Covid 19. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/abece-vacunacion-contracovid19.pdf>
- MinSalud. (2021b). Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contracovid-19.pdf>
- Navarro, Vicenç. (2020, 30 de diciembre). ¿Por qué no hay suficientes vacunas anti-coronavirus para todo el mundo? <https://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2020/12/30/por-que-no-hay-suficientes-vacunas-anti-coronavirus-para-todo-el-mundo/>
- Navarro, Vicenç. (2021, 25 de febrero). Sabemos cómo controlar la pandemia, pero los dogmas neoliberales dificultan hacerlo. <https://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2021/02/25/sabemos-como-controlar-la-pandemia-pero-los-dogmas-neoliberales-dificultan-hacerlo/>
- Navas, María Elena. (2021, 19 de marzo). Vacunas de covid-19: ¿por qué no se liberan las patentes para que puedan producirse de manera masiva y lleguen a todo el mundo? *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56433141>
- Noticias ONU. (2021a). Brasil, Colombia, Venezuela, Perú y áreas de Bolivia sufren un fuerte aumento de casos de Covid-19. <https://news.un.org/es/story/2021/04/1490852>

- Noticias ONU. (2021b). La OMS critica el egoísmo de los países ricos y las farmacéuticas frente a las vacunas del Covid-19. *Naciones Unidas*. <https://news.un.org/es/story/2021/01/1486742>
- OPS. (2020). Orientaciones para la planificación de la introducción de la vacuna contra la Covid-19. *Boletín de Inmunización*, 42(3), 8. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52956/EPIv42n32020_spa.pdf?sequence=5
- Paim, Jairnilson et al. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Picheta, Rob y Siad, Arnaud. (2020, 14 de mayo). La visita de Bolsonaro para reunirse con Trump en marzo fue un “coronaviaje”, dice el exministro de Salud de Brasil. *CNN*. <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/14/la-visita-de-bolsonaro-para-reunirse-con-trump-en-marzo-fue-un-coronaviaje-dice-el-exministro-de-salud-de-brasil/>
- Presidencia. (2020). Decreto N° 637/2020. Presidencia de la República, República de Colombia. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20637%20DEL%206%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf>
- Roberts, Michelle. (2021, 3 de marzo). Variante brasileña de coronavirus: qué se sabe de la P.1. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56267463>
- Rodríguez, Margarita. (2021, 30 de marzo). Los países en América Latina en los que desarrollan proyectos de vacunas contra la covid-19. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56545330>
- Roth-Deubel, André N. y Molina-Marín, Gloria. (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Revista de Salud Pública*, 15, 44-55.
- Ruíz, Alfonso. (2020, 3 de noviembre). La carrera por la vacuna del Covid llega al tramo final con 45 candidatas en pruebas con humanos. *El País Economía*. https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/11/02/companias/1604337656_896315.html
- Sánchez, Álvaro. (2020, 26 de agosto). Europa blindada financieramente a las farmacéuticas frente a posibles fallos de las vacunas. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-08-26/europa-blindada-financieramente-a-las-farmacéuticas-frente-a-posibles-fallos-de-las-vacunas.html>

- Semana. (2019a, 5 de febrero). Informe ¿Cómo explicar la sistematicidad en los asesinatos de líderes sociales? *Publicaciones Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/como-explicar-la-sistematicidad-en-los-asesinatos-de-lideres-sociales/600165/>
- Semana. (2019b, 16 de noviembre). ¿Qué hay detrás del paro nacional del 21 de noviembre? Razones, realidades y mitos de la movilización social del 21 de noviembre. *Publicaciones Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/como-explicar-la-sistematicidad-en-los-asesinatos-de-lideres-sociales/600165/>
- Statista. (2021). Número de personas fallecidas a causa del coronavirus (Covid-19) en América Latina y el Caribe al 9 de abril de 2021, por país. *Statista*. <https://es.statista.com/estadisticas/1105336/covid-19-numero-fallecidos-america-latina-caribe/>
- Tetelboin, Carolina, Piña, María del Carmen y Melo, Karen (2021). México: la transformación del Sistema de Salud, la pandemia de Covid-19 y los trabajadores de la salud. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez y C. Schor-Landman (eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* (pp. 309-338). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?orden&id_libro=2315&pageNum_rs_libros=0&totalRows_rs_libros=1480
- Thuillier, Pierre (1985). Cómo nació la biología molecular. En *Biología Molecular. Selecciones de La Recherche* (pp. 19-38). Madrid: Ediciones Orbis.
- Torres, Mauricio. (2021). Covid-19: pandemia y precariedad laboral en el sector salud y su impacto en la salud de las y los trabajadores. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez y C. Schor-Landman (eds.), *América Latina. Sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* (pp. 291-308). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?orden&id_libro=2315&pageNum_rs_libros=0&totalRows_rs_libros=1480

- Ventura, Deisy de Freitas Lima y Bueno, Flávia Thedim Costa. (2021). De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la Covid-19. *Foro Internacional*, 61(2 (244)), 427-468. <https://www.jstor.org/stable/27005437>
- Vivas, Michell. (2021a, 14 de enero). Inicia proceso de vacunación masiva contra el covid-19 en México. *Consultor Salud*. <https://consultorsalud.com/inicia-proceso-de-vacunacion-masiva-contra-el-covid-19-en-mexico/>
- Vivas, Michell. (2021b, 19 de enero). Inicia proceso de vacunación masiva en Brasil con la vacuna china. *Consultor Salud*. <https://consultorsalud.com/inicia-el-proceso-de-vacunacion-en-brasil/>
- Zerega, Georgina, Camhaji, Elías y Galindo, Jorge. (2021, 17 de febrero). Así avanza la vacunación contra la covid-19 en México. *El País*. <https://elpais.com/mexico/2021-02-23/asi-avanza-la-vacunacion-contra-coronavirus-en-mexico.html>
- Zukerfeld, Mariano. (2008, 23-26 de septiembre). Propiedad Intelectual y Capitalismo Cognitivo. Breve historia de un matrimonio forzoso.

