

La epidemia del SIDA y la Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos: análisis de la cooperación brasileña

Maíra da Silva Fedatto ¹

Resumen *Con base en la literatura sobre la cooperación para el desarrollo y salud global, el artículo, a la luz del concepto de cooperación estructurante en salud, examina la cooperación Sur-Sur del gobierno brasileño en el campo de la salud en Mozambique, específicamente la lucha contra el VIH a través de la planta de antirretrovirales. El estudio se divide en: (i) revisión histórico-bibliográfica de la salud como un tema de asuntos exteriores; (ii) un panorama sobre la salud en Mozambique; (iii) un debate histórico-político-conceptual sobre las dos vertientes de la cooperación internacional para el desarrollo: la Cooperación Norte-Sur y la Cooperación Sur-Sur; y (iv) un estudio sobre la planta de medicamentos antirretrovirales VIH/SIDA, conocida como Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos. El objetivo del trabajo es, por intermedio de un estudio de caso, verificar si las acciones brasileñas en Mozambique siguen los conceptos defendidos por la cooperación estructurante en salud y proponer nuevas cuestiones para el debate académico.*

Palabras-clave *Cooperación internacional para el desarrollo, SIDA, Mozambique, Cooperación estructurante en salud.*

¹ Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo. Av. Professor Lúcio Martins Rodrigues, Butantã. 05508-020 São Paulo SP Brasil. mafedatto@gmail.com

Introducción

Las plagas, en efecto, son una cosa común pero es difícil creer en las plagas cuando las ve uno caer sobre su cabeza. Ha habido en el mundo tantas pestes como guerras y sin embargo, pestes y guerras cogen a las gentes siempre desprevenidas¹.

Este artículo parte de la afirmación de Camus¹, visto que, pasadas casi dos décadas del siglo XXI, la lucha contra la epidemia del Sida representa uno de los mayores desafíos de las políticas globales y nacionales de salud pública. Esta declaración fue confirmada por el informe de la ONUSIDA *How AIDS changed everything*, divulgado en Addis Abeba durante la Tercera Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo, en julio de 2015. El prefacio, escrito por el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Ban Ki-moon, señala que la respuesta mundial al VIH es incomparable, pues se convirtió en un punto de inflexión para el reconocimiento de salud como derecho.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que, desde su descubrimiento en los años 1980, la epidemia ha infectado, aproximadamente, a 75 millones de personas, y alrededor de 36 millones han muerto. Se estima aún que 35,3 millones de personas viven con VIH y 0,8% de los adultos con edad entre 15 y 49 años en el mundo son VIH positivo, a pesar de la gravedad de la epidemia variar entre países y regiones². La resolución 1.983³ del Consejo de Seguridad de la ONU afirma que el VIH representa uno de los mayores desafíos para el desarrollo, progreso y estabilidad de las sociedades y requiere respuesta mundial, sistemática y global de los estados miembros, asociaciones públicas y privadas y organizaciones no gubernamentales. La adopción de esta resolución es importante por ser esta enfermedad un desafío urgente para la cooperación internacional.

De hecho, el fenómeno de la propagación internacional de enfermedades infecciosas caracteriza lo que Davi Held⁴ llama de problemas de frontera. Para el autor, la comunidad política democrática viene siendo cuestionada por presiones regionales y globales que debilitan las barreras entre la política nacional e internacional y preocupaciones con la soberanía del Estado-nación y la inserción internacional. En ese sentido, se quiere llamar atención para el tema de la salud global, pues se cree que el acercamiento de los programas de estudio está a menudo concentrado únicamente en los profesionales de las áreas.

Este artículo adoptó la comprensión de Kicbusch⁵, según la cual el principal enfoque es el impacto de la interdependencia global sobre los determinantes de la salud y el acceso igualitario a la salud en todas las regiones del planeta. En esa perspectiva, se señalan las limitaciones de gobernanza de los países de ingresos bajo y medio, además de la poca capacidad de formular e implementar políticas eficaces de salud. Además de la precariedad de los sistemas de salud, los profesionales del área son insuficientes en número, poco capacitados y mal remunerados⁶. Lo cierto es que los países más pobres son dependientes de ayuda internacional.

Este artículo se atiene a este escenario y al creciente debate global sobre la eficacia de las ayudas internacionales y se divide en cuatro partes. Primero se realiza una breve revisión histórico-bibliográfica sobre salud en asuntos exteriores. Después se busca construir una imagen general de la salud de Mozambique y específica de la epidemia del Sida y de la forma como los países desarrollados y en desarrollo actúan. Se realiza también breve discusión sobre las vertientes de la cooperación internacional en su perspectiva histórica y política. Por fin, se analiza y se discute la cooperación brasileña en la lucha contra el SIDA en Mozambique, específicamente, por intermedio de la planta de Antirretrovirales – más conocida como Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos (SMM).

Los caminos del texto

La construcción del texto siguió tres caminos diferentes y complementarios: (1) una búsqueda bibliográfica con el fin de situar y contextualizar el debate; se visitó la teoría con el objetivo de buscar soporte para la conceptualización. Y frente a la persistencia de la epidemia del VIH/Sida en Mozambique, se buscó descubrir si diferencias teóricas y conceptuales en relación a la Cooperación Norte-Sur (CNS) se reflejan en las acciones y proyectos de Cooperación Sur-Sur (CSS), a través del estudio de caso de implantación de la fábrica de antirretrovirales por Brasil en el país africano.

(2) Elaboración de una reflexión documental analítico-sintético de las fuentes. El análisis documental fue respaldado, principalmente, en publicaciones de la Fiocruz, artículos de la prensa de Brasil y de Mozambique sobre la referida Fábrica y un estudio de viabilidad técnico y económico para su instalación.

(3) Fueron realizadas entrevistas en Mozambique, en octubre de 2015 con cinco profesionales brasileños y mozambiqueños en la Embajada de Brasil en Maputo, Ministerio de Salud de Mozambique, SMM y con médicos locales, personas que participan de la cooperación entre Brasil y Mozambique.

Lugar de la salud en la política exterior

La inserción internacional en cuestiones de salud y de enfermedades existe desde hace mucho tiempo. La Primera Conferencia Sanitaria Internacional fue en 1851. Mientras tanto, solo en 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos se reconoció a la salud como un derecho humano inalienable y como valor social. Progresivamente, diversos estados pasaron a incluirlos en sus constituciones, convirtiéndolos en derechos fundamentales.

En el camino de la reestructuración mundial después de la Segunda Guerra, el Consejo Económico y Social convocó la Conferencia Internacional de Salud, en la que fueron aprobados los estatutos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS pasó a existir en 1948, con sede en Ginebra, con objetivo de establecer planes y directrices para el mundo, incluyendo prevención, protección y tratamiento de enfermedades, acceso global a asistencia médica, atendimento de emergencia a epidemias y priorización de iniciativas para el sector⁷.

Experiencias como epidemia de Ébola, gripe H1N1 y trastorno neurológico y malformaciones neonatales vinculados al virus del Zika constituyen Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Autores como Kickbusch y Berger⁸ sostienen que las cuestiones de salud van más allá del ámbito puramente técnico y se vuelven en elemento esencial de las políticas exteriores, de seguridad y de los acuerdos comerciales. Así,

[...] históricamente, la salud pública ha sido, sobre todo, una cuestión de política interna, pero los desarrollos de la última década obligaron a los expertos en salud pública y a los diplomáticos a pensaren la salud como política exterior, o sea, salud pública como una cuestión importante para la búsqueda de los países por sus intereses y valores en las relaciones internacionales⁹.

Con respecto a Brasil, es ampliamente conocida la estrategia adoptada por el ex presidente Lula, levada a cabo por su canciller Celso Amo-

rim, de buscar mayor participación del país en el escenario internacional a través de efectiva interdependencia entre Brasil y demás países de Sudamérica y con los países en desarrollo. Así, Cepik y Sousa¹⁰ discuten las iniciativas de cooperación internacional en salud a partir de las directrices de política exterior de Lula/Amorim, establecidas en 2003. Los autores analizan la coherencia entre las directrices generales de política exterior y desafíos de implementación de políticas públicas sectoriales en un periodo de transición e indican la gran diversidad y complejidad de las iniciativas en el área de salud.

Desde el inicio de los años 2000, Brasil ha buscado mayor protagonismo en los debates sobre salud global por intermedio de la disminución en los precios de los medicamentos importados e internamente por la producción nacional de medicamentos, ambas fundamentales para garantizar la distribución. El compromiso internacional del país fue acompañado también por manifestaciones de organizaciones internacionales de la sociedad civil, como la Oxfam y Médico sin Fronteras, que apoyaban la posición de Brasil de asegurar el acceso a los medicamentos antirretrovirales¹¹.

En 2001, la 57ª Sesión de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU aprobó la Resolución 33/200, propuesta por la delegación de Brasil, considerando el acceso a medicamentos esenciales como un derecho. Más tarde, en 2007, la Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Global, de la cual Brasil es signatario, resaltó que salud es uno de los más importantes asuntos a largo plazo en política exterior y afirmó urgencia de crear paradigmas de cooperación en ese tema.

Por cierto, no se habla en gobernanza global de nuevos temas sin pensar en las alianzas entre los países en desarrollo. Se destaca que, en 2009, bajo el liderazgo del IBSA (Foro de Diálogo India, Brasil y Sudáfrica), la Resolución 6/29 fue aprobada en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU: “el acceso a los medicamentos es uno de los elementos fundamentales para lograr progresivamente la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y “señala la responsabilidad de los estados de aseguraren el acceso de todos, sin distinción, a medicamentos, principalmente, a los esenciales”.

En vista de la agenda cooperativa entre Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica (el denominado BRICS) la salud asume una doble importancia

para Brasil. Primero, el país buscaba la inclusión de la lucha contra el VIH/Sida en la agenda de cooperación social de los BRICS; en segundo lugar, la temática es importante para la inserción internacional de Brasil, que tiene en la salud uno de los vectores más fuertes de actuación¹². En ese sentido, el informe del *Global Health Initiative* de 2012 apunta que el total asignado a la salud por los BRICS, individualmente, viene creciendo en los últimos años, en dirección opuesta a la de los países tradicionales de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que frenaron el financiamiento de la salud global debido a la crisis financiera de 2008.

La salud, por lo tanto, se insiere progresivamente en las estrategias de las economías emergentes. La provisión de medicamentos, por ejemplo, ha sido una de las pautas, pero tropieza en el controvertido acuerdo de protección a la propiedad intelectual.

Souza¹³ asegura que la política exterior de Brasil relativa a la salud ha buscado caracterizar el acceso a medicamentos esenciales como cuestión de derechos humanos y, respaldado en esta comprensión, se acreditó para instalar una planta de medicamentos antirretrovirales en Mozambique. Este objetivo está evidenciado en el artículo 1º del Ajuste Complementario del Acuerdo General de Cooperación entre Brasil y Mozambique:

*El presente Ajuste Complementario tiene por objeto la implementación del proyecto de instalación de la fábrica de antirretrovirales y otros medicamentos en Mozambique, cuyo propósito es transferir conocimientos en el área de la producción, gestión industrial y control de calidad de los antirretrovirales y otros medicamentos, con vistas a la ampliación y mejora del acceso a esos medicamentos por la población mozambiqueña afectada por el virus VIH/Sida y otros problemas de salud*¹⁴.

La Cooperación Sur-Sur (CSS) surgió como una forma de evitar las condicionalidades de la ayuda exterior (Norte-Sur). Y se intenta comprender las innovaciones propuestas por la CSS con el fin de verificar la veracidad y aplicabilidad de este concepto en las prácticas cooperativas. La atención central se va para la acción de Brasil en Mozambique.

La salud en Mozambique

Mozambique se ubica en la región sur del África subsahariana, donde la epidemia del Sida está muy extendida. De acuerdo con estimativa

de la ONUSIDA¹⁵, la prevalencia en la población adulta (15-49 años) es del 10,5%. Con una población de 24,5 millones de habitantes, 1,5 millón de personas viven con el Sida y 590 mil niños han quedado huérfanos por la muerte de los padres VIH positivos. Alrededor del 50% de la infraestructura mozambiqueña de salud fue destruida durante la guerra civil, entre 1977 a 1992, como ejemplo, solo el 53% de los mozambiqueños afectados por el VIH tienen acceso a algún tratamiento¹⁶.

El virus VIH es un desafío que también involucra cuestiones culturales y religiosas. Se estima, por ejemplo, que en la capital Maputo alrededor del 50% de las personas sexualmente activas usan condones, pero ese porcentaje disminuye para menos de 30% en otras ciudades como Nampula. Los datos son del Instituto Nacional de Salud de Mozambique con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) "VIH entre las parejas en Mozambique"¹⁶.

Los últimos datos de los gastos domésticos y exteriores en la lucha contra el VIH, de acuerdo con el Comité Nacional de Lucha contra el SIDA (CNCS), indican que se logró, en 2014, el nivel record de 332,5 millones de dólares invertidos, lo que corresponde a un incremento de 28% sobre el total de 260,3 millones de dólares estimados en 2011. Es esencial subrayar la fuerte dependencia de la respuesta nacional a la epidemia del Sida al financiamiento exterior, el cual representó, aproximadamente, un 95% (US\$ 314,1 millones) del gasto total en 2014. Los recursos públicos domésticos fueron 4,9% (US\$ 16,2 millones) y los privados domésticos alrededor del 0,7% (US\$ 2,2 millones).

A pesar de las acciones de cooperación Norte-Sur y Sur-Sur y de los altos montantes de la ayuda exterior, Mozambique sigue teniendo bajos índices de desarrollo humano e integra la lista de los países más pobres del mundo, con un PIB per cápita de US\$ 1.262 y el IDH (Índice de Desarrollo Humano) de 0,393. Así, esta propuesta tiene como intención colaborar con la comprensión de la contribución de las acciones cooperativas en los avances de la salud global.

Cooperación internacional: ¿pluralismo y solidaridad?

La salud es reconocida como un tema preponderante en la agenda tradicional de la Cooperación Norte-Sur y de la Cooperación Sur-Sur.

Frente al rápido empeoramiento de la desigualdad en el mundo, los países han intensificado las ofertas de ayuda internacional y de filantropía, buscando minimizar problemas de salud y mejorar las condiciones de vida de la población.

El resumen histórico muestra que la primera vertiente de la ayuda internacional institucionalizada fue la Cooperación Norte-Sur (CNS) en el contexto de la Guerra Fría. La lógica de la seguridad internacional influenció la entrada de flujo de recursos. En ese sentido, desde su creación, la CNS estuvo condicionada a intereses nacionales, económicos e ideológicos de las potencias mundiales. Como afirman Hirst y Antonini¹⁷:

Al tiempo que se observa la expansión de la demanda de cooperación, se corre el riesgo de un creciente vaciamiento de sus atributos como instrumento de transformaciones estructurales capaces de movilizar cambios efectivos en las condiciones sociales y político-institucionales de los países receptores.

Una crítica resaltada por Milani¹⁸ es que por intermedio de la cooperación internacional y de la promoción del desarrollo han sido difundidas visiones políticas que, muchas veces, desconsideran contradicciones y asimetrías entre clases sociales, sociedades, naciones y economía internacional y practican injerencias de naturaleza cultural, social, económica y política en los países receptores. El autor también critica la capacidad de absorción de la ayuda ofrecida por los destinatarios. De acuerdo con estudios poscoloniales de los asuntos exteriores, los estados, a pesar de su condición soberana, presentan graves carencias en su organización interna, así como en su desarrollo. En ese sentido, Grovochi¹⁹ afirma que, después de la Segunda Guerra Mundial, la comunidad internacional elaboró discursos dirigidos a la adopción de derechos humanos, democracia y humanismo, cuya base serían valores y tradiciones originarios del Occidente, sin tener en cuenta la complejidad del proceso de formación de los valores de las nuevas sociedades. En ese contexto, más que instrumento de asistencia a poblaciones empobrecidas, la cooperación internacional pasó a complementar estrategias de construcción y mantenimiento de hegemonía mundial de las grandes potencias. Es posible, por lo tanto, percibir asimetría entre el discurso de solidaridad y prácticas de la CNS:

[...] numerosos proyectos que requerían compra de equipos y servicios de los propios estados donantes, la movilización casi exclusiva de sus ex-

pertos, el cumplimiento de una serie de condiciones políticas (derechos humanos, buen gobierno), además de interpretaciones verticales de las necesidades de la población local. Se puede afirmar que, durante mucho tiempo, cooperar para el desarrollo fue considerado sinónimo de transferencia directa de prácticas y tecnologías con base en los modelos de desarrollo, sobretudo, los occidentales²⁰.

Así, en 2008, la OCDE ha promovido el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. Fue sugerido cambio en las políticas de cooperación internacional para el desarrollo de los países del Norte y la incorporación de los receptores de ayuda como socios en el proceso. El debate sobre la efectividad de la ayuda internacional pasa a ser más consensual a partir de 2011, con la Declaración de Busan, que intenta coordinar la acción de los antiguos y nuevos actores:

Tenemos también una arquitectura de la cooperación para el desarrollo más compleja, caracterizada por un número mayor de actores estatales y no estatales, así como por una cooperación entre países en diferentes etapas de desarrollo, muchos de ellos países de ingresos medios. La cooperación Sur-Sur y triangular, nuevas formas de asociación público y privada y otras modalidades y medios para el desarrollo ganaran más espacio, complementando las formas de cooperación Norte-Sur²¹.

La cooperación Sur-Sur empezó a ganar visibilidad a partir de la década de 1970 con un abordaje direccionado a las Necesidades Humanas Básicas (NHB), que combinaba mayor preocupación con los aspectos sociales del desarrollo humano. Lechini²² define la Cooperación Sur-Sur como una acción fundamentalmente política, que se lleva a cabo sobre una base bilateral o multilateral con el objetivo de los países actuaren en conjunto y así alcanzaren mayor destaque en el mundo.

En ese contexto, observamos la construcción del poder del estado y de cómo la proyección de este poder representa importante herramienta para obtener influencia y relevancia internacional. Nye Junior²³ afirma que, para alcanzar el poder inteligente, es necesario invertir en bienes públicos globales, ofreciéndolos a las poblaciones y gobiernos que no los pueden alcanzar por su cuenta. Este razonamiento es corroborado por Vaz e Inoue²⁴, que afirman que la cooperación es usada como instrumento de política exterior visando fortalecer el liderazgo de Brasil en América Latina y crear mercados en otros lugares. Es decir, la cooperación brasileña podría ser entendida

como una expresión del *smart power* de Brasil. Sin embargo, el discurso oficial defiende la idea de una política exterior solidaria en el área de la cooperación para el desarrollo orientado por las prioridades nacionales de desarrollo. De acuerdo con el Ministerio de Asuntos Exteriores²⁵:

[...] la cooperación con los países en desarrollo contribuye para consolidar la autonomía de los países asociados. [...] La cooperación técnica de Brasil a países en desarrollo (Sur-Sur) está basada en la capacidad instalada de instituciones nacionales especializadas, sin la necesidad de movilizar recursos financieros significativos. Se estructura a partir de una demanda local específica, enfatiza la apropiación de los resultados por las instituciones locales y es desarrollada sin condicionalidades – es decir, sin exigencia de contrapartidas.

En contraste con la ayuda internacional, la cooperación brasileña se propuso ser más participativa y con una mirada hacia la demanda, desvinculada de intereses comerciales inmediatos, y orientada por el principio de solidaridad y no de indiferencia. Es fundamental, sin embargo, señalar que la diferencia no se encuentra en la ausencia de intereses económicos brasileños en los países receptores, sino en la ausencia de condicionalidades, principalmente de orden macroeconómica, y en el contenido de esa cooperación.

Las acciones de la CSS también tienen limitaciones, entre ellas, la ausencia de una entidad de coordinación – como el Comité de Ayuda al Desarrollo para la Cooperación Norte-Sur en el ámbito de la OCDE. Además, muchos países que promueven la CSS no tienen datos de sus acciones, volúmenes y destinatarios, lo que complica enormemente el análisis de la dimensión y del progreso de la cooperación²⁶. Hirst²⁷ aún resalta que los países que cooperan en esa modalidad poseen recursos financieros limitados y gran parte de los receptores posee elevada debilidad institucional, limitaciones críticas de gobernanza y baja capacidad de formular e implementar políticas públicas eficaces.

Un estudio de la Universidad de Brown de 2014 subrayó que desde 1980 observa la necesidad de cooperación frente al número creciente de enfermedades infecciosas. Y Buss y Ferreira⁶ subrayan que el balance de la cooperación internacional en salud parece ser positivo, a pesar que se percibe una gran distancia entre la intención y la materialización de las acciones.

Cooperación estructurante en salud: la Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos

El programa nacional de DST/AIDS (Enfermedades Sexualmente Transmisibles/Sida) fue creado en 1986, en Brasil, en un contexto de reformas políticas y sociales y marcado por un movimiento organizado de la sociedad civil en defensa de la salud como un derecho. Ese derecho, reconocido en el artículo 196 de la Constitución Federal de 1988, es la base de la construcción del Sistema Único de Salud (SUS).

La respuesta de Brasil a la epidemia del Sida se ampara en la Ley n°9313/1996 que garantiza la distribución gratuita por el SUS de medicamentos a todos los VIH positivos que tengan indicación de recibirlos. Fue la primera iniciativa gubernamental en el mundo para promover el acceso universal a los antirretrovirales. El Programa Nacional de DST/AIDS desarrolla una política unificada de prevención, diagnóstico y tratamiento, ofreciendo servicios de forma descentralizada, por intermedio de centros de referencia y casas de apoyo. Además capacita profesionales y apoya investigaciones²⁸. Son importantes, también, las frecuentes campañas de educación y de prevención que incluyen distribución de condones y campañas direccionadas a poblaciones vulnerables, tales como profesionales del sexo, usuarios de drogas inyectables y homosexuales²⁹.

Se considera, la lucha contra la epidemia del Sida en Brasil ejemplo de éxito, debido a la disminución de los índices de mortalidad y morbilidad, organización de la red de servicios, disponibilidad de medicamentos y acciones de prevención.

En este escenario, en conjunto con la prioridad que la Cooperación Sur-Sur tuvo en el gobierno Lula permitió a Brasil proponer su más ambicioso proyecto para el desarrollo: la implantación de una planta de antirretrovirales en Mozambique mediante el concepto de cooperación estructurante en salud³⁰. Almeida³¹ deja claro que el foco de la cooperación estructurante es el entrenamiento de recursos humanos y la construcción de capacidades de investigación, enseñanza o servicios, bien como el fortalecimiento o la creación de “instituciones estructurantes” del sistema de salud, tales como ministerios de salud, colegios de salud pública, institutos nacionales de salud, universidades o cursos técnicos, escuelas politécnicas en salud, institutos de desarrollo tecnológico o de producción de insumos, inclu-

yendo fábricas de medicamentos. La propuesta es que estas instituciones actúen conjuntamente en redes nacionales y regionales y apoyen los esfuerzos de estructuración y fortalecimiento de los sistemas de sus respectivos países.

En noviembre de 2003, el ex presidente Lula y el presidente de Mozambique Joaquim Chissano firmaron el Protocolo de Intenciones entre el gobierno de la República Federativa de Brasil y la República de Mozambique sobre Cooperación Científica y Tecnológica en el Área de Salud. Los objetivos fueron: (a) asegurar el suministro de antirretrovirales para tratamiento del VIH en el país; (b) empezar la producción de fármacos genéricos en Mozambique, posibilitando el cumplimiento de los objetivos de las políticas nacionales de atención primaria y farmacéuticos; (c) reducir la dependencia del país en donaciones e importaciones farmacéuticas; y (d) contribuir para creación de la capacidad local de producción farmacéutica y gestión industrial³².

Posteriormente, el Ministerio de Salud de Brasil y la Fiocruz realizaron un estudio de viabilidad técnica y económica para instalación de la planta. Aunque ampliamente conocida como “la fábrica de antirretrovirales brasileña”, debido al foco inicial ser el apoyo a la lucha contra el Sida, se ha percibido la complejidad de la producción de ARVs con pocos recursos y la fábrica pasó a ser oficialmente conocida como la Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos. A pesar de las grandes expectativas observadas en el país africano en el momento del acuerdo, actualmente, no se habla mucho sobre la fábrica en el país, inclusive en las instituciones involucradas en el proceso, como el Ministerio de Salud. Se entiende, internamente, que ella está en fase de establecimiento y creación de procesos, con objetivos a largo plazo.

Sobre las asignaciones financieras, el proyecto preveía que Brasil donaría los equipos para la fábrica –estimados en US\$ 5 millones– así como toda la documentación necesaria para producción y control de calidad de los productos³⁰. Esta documentación consiste en expedientes de registro, que es la descripción de todo el proceso de fabricación y la parte analítica para producir cada uno de los medicamentos. Fue el inicio de la transferencia de tecnología.

Por su lado, Mozambique se responsabilizaría por las obras de instalación de la planta, con un total estimado de US\$ 5,4 millones³⁰. Sin embargo, después de la compra de una antigua fábrica

de soros en Matola, el gobierno de Mozambique dijo no tener condiciones financieras para realizar obras. Esta fue la primera traba. En este sentido, vale la pena recordar que la cooperación estructurante promovida por Brasil no se fija en contribuciones financieras. La solución vino a partir de una donación de la empresa Vale do Rio Doce de 75% de los costes de las obras para complementar la contrapartida de Mozambique³³.

Actualmente, el equipo de la SMM está compuesto por 11 brasileños y 51 mozambiqueños. Las expectativas eran de un equipo local mayor, pero uno de los entrevistados revela la dificultad de contratación debido a falta de especialización de la población: “para los tres puestos de fármaco, tuvimos cuatro candidatos, de los cuales sólo uno tenía formación en farmacia”. Además, se observa la necesidad de capacitación del equipo local, pues es esencial el dominio de la tecnología en la fabricación y en el conocimiento técnico para que esa fabricación se encaje en los requisitos regulatorios. Una de las vertientes de la cooperación técnica internacional de Brasil es la formación de recursos humanos:

La CGPD (Coordinación General de Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo) brasileña se realiza por la transferencia de conocimientos técnicos y experiencia de Brasil, en base no comercial, de forma a promover la autonomía de los asociados involucrados. Para tanto se vale de los siguientes instrumentos: consultorías, entrenamientos y eventual donación de equipos³⁴.

En ese sentido, hay una continua y progresiva transferencia de conocimiento. Hasta octubre de 2015, 55 etapas de formación ya habían sido realizadas. Al entrenamiento convencional – llevado a cabo por la Agencia Brasileña de Cooperación (ABC), en que los expertos brasileños enseñan cursos de corta duración con temas específicos en Maputo – se suma la “inmersión” de aproximadamente un mes de los mozambiqueños en Farmanguinhos y la posibilidad de visitar otras industrias farmacéuticas para tener una visión más amplia del proceso.

Se observa también el acompañamiento, el soporte y la supervisión de las actividades de la planta por farmacéuticos e químicos brasileños enviados a Maputo. Este acompañamiento es realizado con base en las actividades que están siendo ejecutadas en el momento y de acuerdo con la necesidad de avance en relación a nuevas actividades, así como objetiva a asegurar la co-

recta aplicación de los conocimientos adquiridos en las capacitaciones formales. Sin embargo, en general, “hoy la formación se efectúa por la propia actividad continua dentro de la fábrica, el aprendizaje ocurre con en el ejercicio y la manipulación de las actividades dentro de la producción y del control de calidad”.

La Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos, hasta octubre de 2015, había fabricado Haloperidol, posteriormente Propanolol y, en el momento de la investigación, estaba trabajando con tres lotes de Captopril. Se subraya que ninguna de estas medicinas son antirretrovirales, como había sido previsto en el proyecto de 2013. Cuestiones logísticas constituyen el principal impedimento para la fabricación de antirretrovirales, teniendo en cuenta que todos los insumos son enviados de Brasil a Mozambique y la producción acaba siendo dependiente de lo que dispone Farmanguinhos. Otro obstáculo es la dificultad de crear actividades en áreas que antes no existían, tanto en Brasil cuanto en Mozambique. Por ejemplo, Farmanguinhos como productora de medicinas, importaba los insumos; hoy, tiene que exportarlos para Mozambique.

Además de la complejidad para lograr la implementación de un proyecto como el propuesto por el gobierno de Brasil, la falta de mano de obra cualificada, obstáculos burocráticos y una cadena productiva compleja e interdependiente se suman a los desafíos persistentes de la CSS, como la inexistencia de políticas públicas que aseguren planeamiento, coordinación y flujo sostenible de recursos para satisfacer las crecientes demandas de los países.

Consideraciones finales

Consideramos haber logrado el objetivo propuesto al contribuir para el debate académico sobre la importancia de la salud como tema de las políticas exteriores de los países. El alerta de Camus, citado en el epígrafe, todavía es válido para el siglo XXI. El artículo se suma a voces que llaman la atención para el hecho de que las epidemias desconocen fronteras, exigiendo acciones concretas y conjuntas.

Las reflexiones refuerzan la idea de que cooperación y diplomacia pueden y deben cami-

nar juntas ampliando la visión de salud como derecho. Además, es posible resaltar el espíritu pionero y osado de Brasil cuando analizamos la Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos, ya que por primera vez un proyecto de cooperación internacional proporcionó, simultáneamente, transferencia de conocimiento y tecnología, capacitación de recursos humanos e inversión en infraestructura. Un proceso cuyo objetivo es la autonomía a largo plazo, en gestión y en la parte técnica de la producción de una fábrica a ser gestionada en su plenitud por los mozambiqueños.

Mientras tanto, la Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos no funciona para el fin original de su creación: la producción de retrovirales. Es lamentable, considerando que el Sida se propaga a la población del país. Pero, tiene facilitado al gobierno el suministro de medicinas relativas a enfermedades crónicas. Ese cambio de función de la Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos demuestra la necesidad de tener en cuenta la realidad local, la historia y la cultura antes de imponerse cualquier proyecto de cooperación.

Es posible afirmar que hubo la aplicación práctica de los conceptos cooperación estructurante en salud en el caso estudiado. La conclusión se basa en la transferencia de tecnología hecha a partir de la donación de los expedientes de registro y de toda la documentación con la descripción del proceso productivo de cada uno de los medicamentos, en la continua capacitación de mano de obra local y en la inversión para el establecimiento de una institución nacional de salud que tenga carácter estructurante para apoyar el desarrollo del sistema nacional de salud. Sin embargo, el término estructurante requiere una urdidura que ultrapasa la buena voluntad del país donante. Mozambique carece de mano de obra cualificada para asegurar el funcionamiento eficaz de la Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos.

Los análisis documentales complementados por las entrevistas corroboran el discurso defendido por los países en desarrollo, en este caso Brasil, de que la Cooperación Sur-Sur (CSS) se diferencia, fundamentalmente, de las acciones verticales de ayuda internacional promovidas por los países del Norte. La CSS tanto en el discurso cuanto en la práctica observada es orientada por demanda de los países beneficiarios, por responsabilidades mutuas y por no condicionalidad.

Por último, son claros los desafíos que la Sociedad Mozambiqueña de Medicamentos viene enfrentando desde el inicio del acuerdo de cooperación. Se destaca que la ausencia en el país de una industria farmacéutica y de un sistema de enseñanza superior con cualidad dificulta la contratación de mano de obra local cualificada. Situación paradójica, pues la mano de obra local es una exigencia para la SMM y punto central en los conceptos de la cooperación estructurante. Se resaltan también las dificultades logísticas y burocráticas, las elevadas exigencias sanitarias y la interdependencia de la cadena farmacéutica productiva que envuelve importación de insumos, fabricación, distribución y comercialización de medicinas.

Referencias

1. Camus A. *The Plague*. Nova Iorque: Vintage International; 1991.
2. World Health Organization (WHO). *Global Health Observatory (GHO) data*. 2017. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>
3. United Nations Security Council. Resolution 1983. 2011. [acessado 2015 set 28]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/unsc/20110607_unsc-resolution1983.pdf
4. Held D. *Regulating Globalization? The Reinvention of Politics*. London: Sage; 2000.
5. Kickbusch I. *Global health: a definition*. New Haven: Yale; 2013.
6. Buss P, Ferreira JR. Ensaio Crítico sobre a Cooperação Internacional em Saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde* 2010; 4(1):93-105.
7. Ventura D, Perez FA. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. *Lua Nova* 2014; 92:45-77.
8. Kickbusch I, Berger C. Experiências e lições aprendidas no desenvolvimento de capacidades em diplomacia da saúde global. *RECIIS* 2010; 4(1):141-147.
9. Fidler D. Reflections on the revolution in health and foreign policy. *Bull WHO* 2007; 85(3):243-244.
10. Cepik MAC, Sousa RP. A Política Externa Brasileira e a Cooperação Internacional em Saúde no Começo do Governo Lula. *Século XXI: Revista de Relações Internacionais* 2011; 2(1):109-134.
11. Fedatto MS. A Cooperação Internacional na efetivação da Saúde Global: o papel do Brasil no combate ao HIV. *BEPI* 2015; 21:59-70.
12. Esteves P, Maia FNC, Niv A, Fonseca JMEM, Assunção M. *Os BRICS e a agenda da Saúde Global*. Rio de Janeiro: Núcleo de Cooperação Técnica e Ciência e Tecnologia BRICS Policy Center, Centro de Estudos e Pesquisa BRICS; 2011.
13. Souza AM. *O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio: implicações e possibilidades para a Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2012.
14. Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. BRA/04/044/S117. *Brasil-Moçambique. Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais. Revisão E*. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação; 2011.
15. UNAIDS. HIV and AIDS estimates (2015). [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>
16. Instituto de Estudos Sociais e Econômicos. *Moçambique, estratégia de assistência ao país (2009-2014)*. Maputo, 2014. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: http://www.iese.ac.mz/lib/PPI/IESE-PPI/pastas/governacao/agricultura/legislativo_documentos_oficiais/eua_assistencia.pdf
17. Hirst M, Antonini B. *Passado e presente da cooperação norte-sul para o desenvolvimento*. Buenos Aires: Ministério das Relações Exteriores, Comércio Internacional e Culto da Argentina; 2009. Informe do Encontro Acadêmico Ibero-americano de Cooperação Internacional
18. Milani C. Aprendendo com a história: críticas à experiência da Cooperação Norte-Sul e atuais desafios à Cooperação Sul-Sul. *Caderno CRH* 2012; 25(65):211-231.
19. Manzo L. Beyond house and haven: Toward a revisioning of emotional relationships with places. *Journal of Environmental Psychology* 2003; 23(1):47-61.
20. Milani C, Carvalho T. Cooperação Sul-Sul e Política Externa: Brasil e China no continente africano. *Estudos Internacionais* 2013; 1(1):11-35.
21. Parceria de Busan para o Desenvolvimento. Quarto Fórum de Alto Nível sobre a eficácia da ajuda, Busan, República da Coreia. 2011. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: http://effectivecooperation.org/wp-content/uploads/2016/03/outcome_document_-_final_por.pdf
22. Lechini G. Argentina y Brasil em La Cooperación Sur-Sur. In: Lechini G. *Argentina y Brasil. Venciendo preconceptos. Las variadas aristas de una relación estratégica*. Rio de Janeiro: Editora Revan; 2009.
23. Nye Junior J. *The future of Power*. Nova Iorque: Public Affairs; 2011.
24. Vaz A, Inoue C. *Les économies émergentes et l'aide au développement international: Le cas du Brésil*. Paris: IDRC/CRDI; 2007.
25. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. *Cooperação Técnica*. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3686:cooperacao-tecnica&lang=pt-BR&Itemid=478
26. Puente CAI. *A Cooperação Técnica Horizontal brasileira como instrumento da política externa: a evolução da cooperação técnica e com países em desenvolvimento – CPTD – no período 1995-2005*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, Ministério das Relações Exteriores; 2010.
27. Hirst M. *Aspectos conceituais e práticos da atuação do Brasil em Cooperação Sul-sul: os casos de Haiti, Bolívia e Guiné Bissau*. Rio de Janeiro: IPEA; 2012. Texto para Discussão nº 1687.
28. Meiners CMMA. Patentes farmacêuticas e saúde pública: desafios à política brasileira de acesso ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7):1467-1478.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cooperação Saúde nº 3. Boletim de Atuação Internacional em Saúde*. Brasília: MS; 2010.
30. Fedatto MS. *A Fiocruz e a cooperação para a África no governo Lula* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
31. Almeida C. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde* 2010; 4(1):23-35.
32. Brasil. Ministério das Relações Exteriores (MRE). *Protocolo de intenções entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Moçambique sobre Cooperação Científica e Tecnológica na Área da Saúde*. Brasília: MRE; 2003.
33. Lopes R. *O Governo Brasileiro e a Cooperação Sul-Sul com Moçambique no Campo da Saúde Pública* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Grande Rio; 2013.
34. Agência Brasileira de Cooperação (ABC). CGPD - Coordenação Geral de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento. [acessado 2017 maio 23]. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/SobreABC/Direcao/CGPD>

Artículo sometido el 03/10/2016

Aprobado el 28/11/2016

Versión final sometida el 15/02/2017