

LA INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LAS VACUNAS EN LATINOAMÉRICA Y EL MUNDO

El surgimiento de la infección pandémica por covid-19 genera en las autoridades sanitarias el desafío de promover estrategias urgentes para disminuir su diseminación. Son claves el rastreo, el diagnóstico, el tratamiento y el aislamiento temprano y oportuno de casos y contactos. Sin embargo, las vacunas representan la principal herramienta de control de la pandemia en todo el mundo.

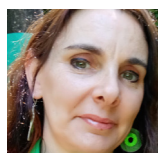
Es fundamental el abordaje de las poblaciones y de los determinantes sociales de la salud: situación socioeconómica, educación, salud y cuidado de la salud, vivienda, y contexto social y comunitario. Los grupos poblacionales que son vulnerados en su derecho a la salud presentan mayor riesgo de adquirir covid-19 o desarrollar complicaciones o incluso mayor letalidad por la infección.

Asimismo, la falta de acceso oportuno a los servicios de atención incrementa el riesgo de complicaciones. Las dificultades de acceso a los servicios de salud se ven acentuadas en las personas con dificultades en el transporte, falta de autorización laboral para acudir a la consulta, barreras en la comunicación, diferencias culturales y discriminación desde los equipos de salud.

A la vez, algunas ocupaciones como, por ejemplo, las profesiones sanitarias y docentes se encuentran en mayor riesgo de exposición al realizar tareas de asistencia de pacientes, niños y niñas, con el contacto corporal que ello implica, y además es menos probable que puedan tomar licencia por ser grupo de riesgo. Se suma también el lucro cesante en el personal de salud, que genera inequidades en los cuidados dentro del trabajo que podrían proteger de la exposición al SARS-CoV-2 o los impactos económicos de la covid-19.

Las personas responsables de las políticas sanitarias deben ponderar todas estas dimensiones que afectan a la población, y para ello es clave identificar a los grupos de protección prioritaria mediante su inmunización planificada, es decir, mediante una asignación equitativa de la vacuna contra la covid-19 que, bajo condiciones de escasez, requiere vacunar a las personas con un sistema de fases.

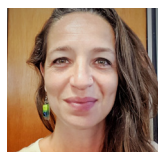
A más de seis meses de aplicadas las primeras dosis contra la covid-19 en el mundo, es sabida la escasez de vacunas en la mayor parte de los países y cómo las grandes potencias las acaparan: aproximadamente el 10% de las naciones concentra el 90% de las dosis. Al reparto inequitativo se suma la producción limitada y concentrada en pocos fabricantes de vacunas.



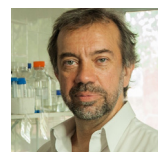
Dra. Alejandra Gaiano.



Dra. María Belén Herrero.



Dra. Mariana Manteca.



Dr. Mariano Pérez Filgueira.



Dr. Pascual Valdez.

Los criterios de priorización al interior de cada Estado deben contemplar al personal de salud, a los adultos mayores y a quienes tienen factores de riesgo, y no se debe tolerar la discriminación por clase o estrato social y económico.

Varios países han tomado la decisión de diferir la segunda dosis debido a las dificultades en la producción de vacunas por parte de los laboratorios, la desigual distribución en el mundo y el incumplimiento de las entregas pautadas pese a los acuerdos firmados. El escaso cumplimiento de los productores de todo el mundo promueve condiciones graves de desigualdad y, sin ninguna duda, los países de Latinoamérica están en franca desventaja.

La Organización Mundial de la Salud advirtió que el mundo se enfrentaba a un “fracaso moral catastrófico” debido a las políticas desiguales de vacunación contra la covid-19 y a que las desigualdades para acceder a las vacunas son cada vez más “grotescas”.

Como señala el informe “Vacunas contra la covid-19: ¿bienés públicos o de mercado?”, de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores en Salud (RAIIS) (1) “[...] la ocurrencia de la pandemia de SARS-CoV-2 ha dejado en

claro que la salud es un asunto internacional y que múltiples condiciones influyen en el estado de salud de las poblaciones. Por otro lado, también evidenció que las enfermedades afectan de manera desigual a los diferentes países, así como a los distintos estratos sociales dentro de los mismos” (1). En respuesta a esta emergencia sanitaria, la tendencia por parte de la mayoría de los gobiernos del mundo ha sido adoptar acciones individuales, lo que ha dejado a la deriva a los países más empobrecidos, en una especie de “sálvese quien pueda”. La distribución de las vacunas contra la covid-19 se encuentra en la misma dirección. Lejos de los primeros anuncios de declarar la vacuna un “bien público general” una vez descubierta, lo que prima es la lógica del mercado, según la cual los procesos de compra-venta responden más a criterios económicos que a demandas de salud pública (1).

Uno de los países que presentó formalmente una queja fue México (2), inclusive con reclamos en la ONU (3). La Fundación Avina (Chile) desarrolló un contador que muestra el ritmo de vacunación (4). Y diversas organizaciones en el mundo están impulsando iniciativas para que las vacunas contra la covid-19 se consideren un bien público, teniendo en cuenta que América Latina tiene el 8% de la población mundial y el 30% de los muertos globales.

Hasta ahora la industria farmacéutica no asumió ningún compromiso a futuro sobre mecanismos equitativos de distribución. No sólo ya ha vendido por anticipado miles de millones de dosis (5) a unos pocos países ricos, sino que además interfiere en las distintas iniciativas orientadas a facilitar el acceso más equitativo a las vacunas y ampliar la producción, como la propuesta de exención de las patentes que han presentado India y Sudáfrica ante la Organización Mundial del Comercio (OMC), que permanece bloqueada por los países más poderosos y las grandes empresas farmacéuticas (6). En este escenario, muchos países desarrollados ya han tomado medidas para reservarse las dosis necesarias para aplicar a sus ciudadanos y ciudadanas. Se estima que las naciones ricas, que concentran sólo el 14% de la población mundial, ya han preadquirido más de la mitad del primer suministro potencial de vacunas en el mundo (7). Hasta ahora las dosis de la vacuna Moderna y el 96% de las de Pfizer BioNTech han sido adquiridas por Estados Unidos, los países de la Unión Europea, Canadá, Suiza y Japón. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 95% de las aplicaciones de dosis contra el coronavirus actualmente se concentra en diez países: Estados Unidos, China, Reino Unido, Israel, Emiratos Árabes Unidos, Italia, Rusia, Alemania, España y Canadá (8).

Un análisis publicado en *The New York Times* (9) muestra que, si todos estos países recibieran el total de dosis solicitadas, la Unión Europea podría vacunar dos veces a su población, el Reino Unido y Estados Unidos, cuatro veces, y Canadá (el país con más dosis reservadas), seis. En este escenario, los países de ingresos bajos y medianos están accediendo en menor proporción a los suministros de vacu-

nas a corto plazo. La OXFAM –confederación internacional formada por 20 organizaciones no gubernamentales, que realizan labores humanitarias en 90 países– ha señalado que nueve de cada diez países pobres no tendrían acceso a la vacuna contra la covid-19 el próximo año (10). Si la distribución continúa siendo tan desigual, muchos países tendrán que esperar incluso hasta 2024 para vacunar a su población (11).

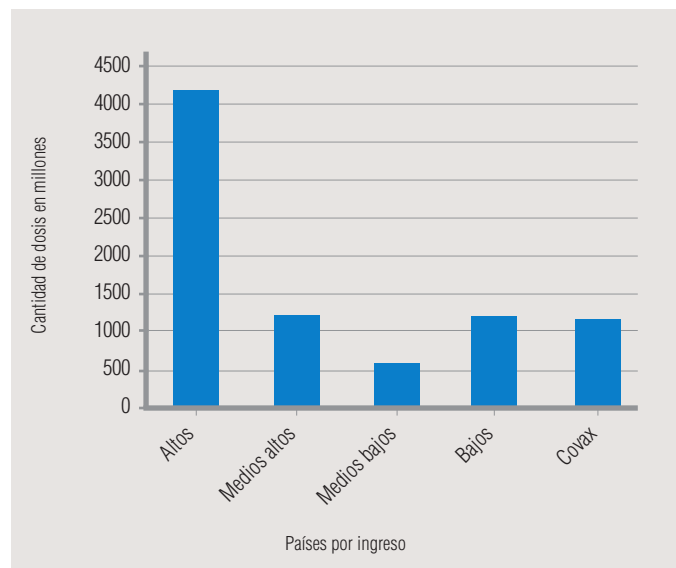


Figura 1. Número de dosis de vacunas de COVID-19 compradas por países en función de los países divididos por ingresos (altos, medios altos, medios bajos, bajos, COVAX). Fuente: 12.

Frente a este escenario, China manifestó la intención de que sus vacunas estuvieran disponibles para los países en vías de desarrollo y se ha unido a la alianza internacional de vacunas Covax (13). Oxford/AstraZeneca se ha comprometido a proporcionar el 64% de sus dosis a las poblaciones de los países en desarrollo, anunciando que estaría disponible sin fines de lucro para los países de ingresos bajos y medianos durante el tiempo que dure la pandemia (14) y ha alcanzado también un acuerdo con México y la Argentina para la producción de vacunas destinadas a países de Latinoamérica. Sin embargo, estos anuncios y los acuerdos y negociaciones bilaterales no serían suficientes para garantizar el acceso a las vacunas para los países de ingresos bajos y medianos.

Uno de los principales obstáculos en el acceso a tecnologías y medicamentos, incluidas las vacunas, son los derechos exclusivos que otorgan las patentes, que generan monopolios a favor de las grandes farmacéuticas, quienes continúan exigiendo la exclusividad y la protección de estos derechos. Tampoco se ha avanzado lo suficiente en otorgar licencias o transferir tecnologías protegidas por propiedad intelectual para así permitir una mayor capacidad de fabricación y suministro global, aun cuando los países disponen

de diversas herramientas que podrían utilizar en contexto de crisis y emergencias para favorecer el acceso a estos nuevos desarrollos (1).

A su vez, a los precios tan dispares entre las vacunas se suma la ausencia de publicación de los precios, lo cual pone a los países con menos recursos y menor capacidad de negociación en franca desventaja. Este elemento también facilita la mercantilización y la venta a quienes pueden pagar más. Estos factores generan grandes impedimentos a la hora de negociar con la industria farmacéutica, contribuyendo a profundizar las desigualdades en torno al acceso a las vacunas (15).

Mientras no se ponga el foco en la salud como derecho y en el derecho de los pueblos a acceder a la vacuna en tanto bien público global, sólo van a poder acceder a las vacunas algunos pocos países, sobre todo aquellos con mayor capacidad de negociación y de pago. Es apremiante que los gobiernos y la industria farmacéutica tomen medidas urgentes para asegurar, en primer lugar, que se produzcan suficientes dosis y, luego, que se distribuyan de manera equitativa, lo cual requiere mecanismos y acciones colectivas.

La ausencia de mecanismos de cooperación regional, la debilidad del multilateralismo, la fragmentación y la desarticulación de los mecanismos de integración dificultan las acciones colectivas ante el fuerte impacto que presenta la pandemia en todo el mundo, con economías que vienen siendo muy golpeadas y equipos de salud muy desgastados (1).

Según Andrea Taylor, quien dirige la investigación del Centro de Innovación en Salud Global de la Universidad de Duke, esta brecha paradójicamente podría perjudicar a los países ricos (16). *“Si los países ricos vacunan a sus poblaciones mientras permiten que el virus se propague a otros lugares, es posible que descubran que no están protegidos de las variantes nuevas que surjan. Los modelos recientes muestran que si los países ricos vacunan a sus poblaciones antes de garantizar el acceso a los países más pobres, la devastación económica representará entre US\$ 1500 y US\$ 9200 millones y al menos la mitad de esta suma caerá sobre los países ricos.”*

El derecho a la salud y la soberanía sanitaria: un debate urgente para América Latina.

Estamos atravesando un momento que nos da la oportunidad para preguntarnos: ¿las vacunas y los medicamentos son bienes de mercado, o son bienes públicos? ¿Qué acceso a las vacunas están teniendo los países de América Latina?

En una nota reciente, la oenegé Médicos Sin Fronteras denuncia justamente que los acuerdos sobre licencias alcanzados por varias compañías permanecen en secreto, a pesar de recibir niveles sin precedentes de financiación pública (17). En este sentido, las principales empresas farmacéuticas que desarrollan vacunas para la covid-19 reci-

bieron cerca de 12.000 millones de dólares en fondos públicos para producirlas. Moderna recibió casi 2500 millones del gobierno de los Estados Unidos; Johnson & Johnson/BiologicalE, \$ 1500 millones; Pfizer/BioNTech, \$ 2500 millones; GlaxoSmithKline/Sanofi Pasteur, \$ 2100 millones; y Novavax/Serum Institute of India, casi \$ 2000 millones (17). Pfizer recibió un subsidio del gobierno alemán y luego, de Estados Unidos y de la Unión Europea en compromisos de compra, y la vacuna de AstraZeneca recibió financiamiento público de Estados Unidos y la Unión Europea, y estos laboratorios firmaron un acuerdo con el mecanismo Covax (18). Es decir, todas las vacunas de estas empresas se desarrollaron con financiamiento total o parcial del sector público, o con compromisos de compra previos a su aprobación.

Hoy nuevamente se evidencia que la ideología imperante en la salud es el poder del mercado: quienes tienen más poder adquisitivo son los que primero acceden y tienen mayor probabilidad de sobrevivir. Pero si la salud es un derecho, las vacunas deben ser un bien público global y no un bien de mercado. Basta ver el bajo impacto de Covax: hasta fines de febrero, tenía acceso sólo al 2% de lo que Pfizer producirá y para repartir entre 145 países (19).

Urge, por lo tanto, avanzar en este sentido, en el corto plazo con mecanismos globales que garanticen el acceso a las vacunas a todas las poblaciones, independientemente de su capacidad de pago, y continuar propugnando la exención temporaria de los derechos de propiedad intelectual para los medicamentos y productos sanitarios durante la pandemia.

El otro punto en cuestión tiene que ver con las capacidades que ha tenido y tiene América Latina para hacer frente a la emergencia. Hasta ahora, las estrategias para enfrentar la pandemia en la región han mostrado ser unilaterales y aisladas, visibilizando la fragmentación que atraviesa la región. A esto se suma el vacío que ha dejado la disolución de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), ya que la salud era una de las áreas más protagónicas de su acción (20).

En este punto, los avances de Cuba en desarrollar sus propias vacunas dan cuenta de la importancia de apoyar la investigación científica, promover el desarrollo tecnológico, fortalecer las capacidades de los Estados e invertir en los sistemas sanitarios, en pos de la soberanía sanitaria, y el derecho a la salud de la población (21). Asimismo, el acuerdo de AstraZeneca con México y la Argentina para producir vacunas para países de Latinoamérica implica una innovadora iniciativa regional y da cuenta de la importancia de generar estrategias colectivas (1) que ya comienza a materializarse (22).

Las iniciativas conjuntas de América Latina no serán suficientes, sin embargo, para garantizar que nuestros pueblos puedan tener un acceso equitativo a las vacunas.

Como señala el informe de la RAIIS es preciso aunar esfuerzos de manera urgente. En contextos de crisis sanitaria, la cooperación y la integración regional devienen piezas claves para potenciar las capacidades de los países al complementar acciones, no duplicar esfuerzos y sumar las lecciones aprendidas. Por ejemplo, el gobierno argentino actuó de puente con Rusia para que Bolivia pudiera adquirir el 28 de enero de 2021 las primeras dosis de Sputnik V. En total fueron 20.000, que forman parte de un acuerdo más amplio (23).

En el corto plazo es fundamental seguir avanzando en los acuerdos de nuestros países con los productores de vacunas, sobre todo aquellos que brindan mayores facilidades y mejores condiciones de acceso con las que están siendo priorizadas para el Sur Global (Gamaleya, Sinovac, AstraZeneca, por mencionar algunas). A la fecha, Argentina se encuentra entre los tres primeros países con mayor dosis aplicadas de toda América del Sur y ya ha vacunado a más del 20% de la población con al menos una dosis (24). Se han iniciado las negociaciones para adquirir las vacunas Soberana02 y Abdala de Cuba (primeras vacunas totalmente desarrolladas y producidas en la región), y ya se han establecido acuerdos de producción para la fabricación de la vacuna Sputnik V, con lo cual la Argentina se convierte en el primer país de Latinoamérica en producir la vacuna del Instituto Gamaleya (25), como también el acuerdo con China para producir localmente la vacuna Sinopharm (26).

En el mediano y largo plazo es fundamental avanzar en la discusión en torno a la soberanía sanitaria de nuestros países y de la región, en la importancia de fortalecer la cooperación regional en salud y la integración latinoamericana, a fin de establecer mecanismos que permitan, por ejemplo, garantizar las dosis necesarias para nuestros pueblos, de manera equitativa, universal y solidaria (1).

*"Los medicamentos no son mercancías"
"Algún día recordaremos a las patentes como hoy
recordamos a la esclavitud".*

Luis Guillermo Restrepo, Colombia

Dra. Alejandra Gaiano. Médica especialista en infectología pediátrica y pediatría (UBA). Ex asesora de OPS en Inmunizaciones en el Ministerio de Salud de la Nación. Integrante de la RAIIS.

Dra. María Belén Herrero. Licenciada en Sociología y doctora en Ciencias Sociales. Investigadora del Conicet en el área de Relaciones Internacionales. Integrante de la RAIIS.

Dra. Mariana Manteca Acosta. Doctora en Ciencias Biológicas por la UBA. Investigadora del CeNDIE-ANLIS Malbrán, Conicet. Integrante de la RAIIS.

Dr. Mariano Pérez Filgueira. Miembro de la Sociedad Argentina de Virología. Instituto de Virología e Innovaciones Tecnológica INTA-CONICET. Integrante de la RAIIS.

Dr. Pascual Valdez. Médico especialista en clínica médica y terapia intensiva. Investigador categorizado por el Ministerio de Educación de la Nación. Integrante del Comité de Bioética y Derechos Humanos del Ministerio de Salud de la Nación.

Referencias bibliográficas

1. Red Argentina de Investigadoras e Investigadores en Salud (RAIIS). "Vacunas contra la covid-19: ¿bienes públicos o de mercado?". Enero de 2021.
2. <https://es.euronews.com/2021/02/17/mexico-alza-la-voz-en-nombre-de-america-latina-contra-la-desigualdad-en-el-acceso-a-las-v>
3. <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20210216-m%C3%A9xico-reclamar%C3%A1-ante-la-onu-inequidad-en-acceso-a-vacunas-anticovid-en-am%C3%A9rica-latina>
4. <https://www.avina.net/progreso-global-de-vacunacion/>
5. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03370-6>
6. <http://rrii.flacco.org.ar/liberar-patentes-que-implica-donde-estamos-y-hacia-donde-podemos-ir/>
7. <http://www.gracus.com.ar/2021/01/06/entre-patentes-y-ganancias-millonarias-67-paises-no-podran-vacunar-a-toda-su-poblacion/>
8. <https://www.pagina12.com.ar/317634-la-oms-denuncio-que-10-paises-concentran-el-95-de-las-vacuna>
9. <https://www.nytimes.com/2020/12/15/us/coronavirus-vaccine-doses-reserved.html>
10. <http://www.gracus.com.ar/2021/01/06/entre-patentes-y-ganancias-millonarias-67-paises-no-podran-vacunar-a-toda-su-poblacion/>
11. <https://www.nytimes.com/2020/12/15/us/coronavirus-vaccine-doses-reserved.html>
12. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55911364> y publicado 04-02-2021
13. https://www.theguardian.com/world/2020/nov/29/china-hopes-vaccine-diplomacy-will-restore-its-image-and-boost-its-influence?CMP=Share_iOSApp_Other
14. <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/11/oxford-astrazeneca-vaccine-a-boost-for-global-access-but-huge-inequality-remains/>
15. <https://www.hrw.org/es/news/2020/10/29/covid-19-derechos-y-transparencia-indispensables-para-los-que-encuentren-y>
16. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55911364>
17. <https://www.opendemocracy.net/es/vacuna-covid-19-poca-transparencia-industria-farmaceutica/>
18. <https://www.nytimes.com/2020/12/07/opinion/covid-vaccines-patents.html>
19. <http://www.iade.org.ar/noticias/covid-y-vacunas-monopolios-farmaceuticos-contra-la-salud-publica>
20. <https://nuso.org/articulo/que-pasa-con-la-cooperacion-regional-en-salud/>
21. <https://www.pagina12.com.ar/344688-vacunas-cubanas-diaz-canel-recibio-a-carla-vizzotti>
22. <https://www.telam.com.ar/notas/202105/554798-mexico-entrega-la-proxima-semana-los-primeros-lotes-de-astrazeneca-para-argentina-y-la-region.html>
23. <https://www.pagina12.com.ar/326511-america-del-sur-escenario-de-la-desigualdad-en-la-distribucion>
24. Our World in Data, 2021
25. <https://www.pagina12.com.ar/345510-rusia-aprobo-el-control-de-calidad-para-la-sputnik-v-produci>
26. <https://www.telam.com.ar/notas/202105/553073-argentina-china-produccion-vacunas-coronavirus-sinopharm.htm>