

---

# La larga espera latinoamericana para acceder a las vacunas contra la Covid-19

Ana Cristina Basantes

## La larga espera latinoamericana para acceder a las vacunas contra la Covid-19

Ana Cristina Basantes  
Reportera de GK

*La llegada de la vacuna dio esperanza a muchos. Pero, hasta ahora, más de 130 países no la han recibido. De los 20 países de América Latina, tres no han recibido ninguna dosis y dos solo lo han hecho a través de donaciones.*

Diciembre de 2020 fue un momento histórico para la humanidad: la vacuna contra la Covid-19 desarrollada por la farmacéutica estadounidense Pfizer y la biotecnológica alemana BioNTech fue la primera en ser aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su uso de emergencia. Mariângela Simão, subdirectora general de la OMS para el Acceso a Medicamentos y Productos Sanitarios, celebró la noticia haciendo un llamado a que se haga un esfuerzo “para que el suministro sea suficiente y puedan satisfacerse las necesidades de la población prioritaria en todos los lugares del mundo”. Pero, dos meses después, apenas 79 de los 194 países del globo habían recibido vacunas contra el virus.

Esta es una mala noticia porque, según expertos, es necesario que entre 70% y 90% de la población esté vacunada para llegar a la inmunidad colectiva. Los esfuerzos de vacunación solo funcionarán si la mayor parte de la humanidad está inmunizada. De lo contrario, nadie estará verdaderamente protegido y, lo que es peor, podría haber más y peores mutaciones del virus. El doctor Esteban Ortiz, especialista en salud global de la Universidad de las Américas (UDLA), explica que el hecho de que unos países estén vacunados y otros no podría dar lugar a nuevas variantes y que estas tengan algún mecanismo evolutivo. “Entonces, entre más tiempo la población permanezca sin vacunarse, le damos la oportunidad al virus de que mute, y sabemos que es un virus que tiene una capacidad de mutar moderada y puede poner en aprietos a los sistemas sanitarios”, dice Ortiz.

Este escenario se vuelve aún más preocupante cuando más de 130 países no han recibido una sola dosis de las vacunas. En relación con las grandes brechas entre países, el miércoles 17 de febrero, el secretario general de las Naciones Unidas (ONU), António Guterres, lamentó que el proceso de vacunación sea “tremendamente desigual e injusto”. Guterres también condenó que “el 75% de las inmunizaciones aplicadas hasta el momento se ha concentrado en tan solo diez naciones, todas ellas desarrolladas”. Se estima que cerca del 90% de las personas en 70 países de bajos ingresos no tienen posibilidades de vacunarse este 2021.

Felipe Carvalho, coordinador regional de la campaña de acceso de Médicos Sin Fronteras,

dice que, producto de la inequidad en la distribución de la vacuna, “tenemos muchos países que están muy afectados por la pandemia, ni siquiera los profesionales de salud están recibiendo la vacunación”. Incluso, asegura que la actual crisis de acceso es “semejante o quizás peor que las crisis de acceso que hemos visto con los tratamientos de VIH, cáncer, hepatitis C”.

Para Xavier Maldonado, médico familiar y coordinador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, la vacunación contra la Covid-19 muestra cómo se han ampliado las brechas de inequidad entre un polo desarrollado económicamente y otro que no lo está. “Hay países que tienen muchos más ingresos y tienen precomprada la vacuna tres, cuatro veces para cada ciudadano”, dice Maldonado. Ese es el caso de Canadá, que hace pocos meses enfrentó duras críticas por comprar cinco veces el suministro que necesita para cubrir a su población. Y no es un caso aislado: la centralización de la vacunación también se da en otros países desarrollados, en desmedro de los más pobres.

Israel, Emiratos Árabes, Reino Unido y Estados Unidos lideran la lista cuando se trata de vacunación. Israel es el país con más vacunas administradas por cada 100 habitantes. Hasta el 1 de marzo, se administraron 94,88 dosis por cada 100 personas, según el sitio de estadística de la Universidad de Oxford *Our World in Data*, pero entre los vacunados, por ejemplo, no están los palestinos que viven en los territorios ocupados. Emiratos Árabes le sigue, con 52,56 vacunas por cada 100 habitantes. Cuando se trata del número de dosis diarias administradas,

los mismos países encabezan la lista: Israel administra 1,44 y en Estados Unidos la tasa de vacunación por día es, en promedio, de 1'667,132 dosis; con eso, se necesitaría cerca de ocho meses para cubrir al 75% de la población estadounidense.

Pero los países más ricos no solo han empezado a administrar la primera dosis, sino que algunos ya han comenzado a administrar todas las prescritas de la vacuna —que en la mayoría de casos son dos—. En Israel, por ejemplo, el 31,05% de la población se ha vacunado completamente contra la Covid-19. Le sigue Estados Unidos, con un 4,49%.

Para Maldonado, la desigualdad se da porque la salud se convirtió en un negocio lucrativo. “Cuando la salud es una mercancía, obviamente la salud pública queda en segundo plano”, dice. Además, explica que ese es el motivo por el que una estrategia de negociación es poco viable en un país que tiene pocos recursos. “Se va a fijar en los países que puedan comprar más y vender más. Esta inequidad mundial en el acceso a vacunas refleja esta pobre concepción de la medicina”, asegura Maldonado.

En el caso de que la distribución de las vacunas continúe como ahora, es muy probable que se vuelva realidad el “fracaso moral catastrófico” que advirtió el director general de la OMS ante la acumulación de vacunas por algunos Estados. Claudia Vaca, profesora de la Universidad Nacional de Colombia y directora del Centro de Pensamiento, Medicamentos, Información y Poder de la Universidad Nacional, dice que las cifras de la distribución lo dicen todo:

“Hay una discriminación, hay un *apartheid* en la distribución de vacunas a nivel global. Y hoy el 90% de los países ricos están acaparándola”. Para Vaca, los costes y retrasos que eso significa son muy graves en términos de equidad, desarrollo social, economía, pobreza y precariedad.

El doctor Esteban Ortiz explica que el proceso de vacunación en América Latina es mucho más lento y menos eficaz que en países desarrollados. Para el médico, la deficiencia se debe a que en la región “no somos productores de vacuna”, por eso “estamos a merced de quien [las] comercializa. Al haber un mercado competitivo del que más dinero tiene más vacunas compra, definitivamente se vuelve un reto vacunar a la población latinoamericana”.

Ortiz también dice que, aunque existen casos puntuales de países latinoamericanos, como Chile, que tienen un número de vacunas per cápita “envidiable inclusive para países desarrollados”, están otros, como Brasil o México, que tienen millones de vacunados, pero poblaciones muy grandes. Colombia, Ecuador, Bolivia y Venezuela recibieron al menos el primer cargamento de vacunas, pero enfrentan otros problemas, como corrupción, falta de transparencia y la ausencia de un programa de vacunación claro.

Para Claudia Vaca, América Latina sigue en una compleja cola de espera. La especialista explica que, si se sigue a esa velocidad de entrega de dosis, “antes de 10 años no estaríamos acabando la vacunación y para ese momento ya habría una inmunidad colectiva por contagio y un número de muertes incalculable”.

## Mucho hermetismo, pocas vacunas

El 20 de enero de este año fue una fecha que el Gobierno ecuatoriano denominó como histórica. El primer cargamento de vacunas de Pfizer había llegado al país. En ese momento, se supo muy poco de esas 8.000 dosis. En un inicio, se desconocía cuántas se enviarían a Quito, Guayaquil y Cuenca —las tres principales ciudades del país, a las que la fase piloto del plan de vacunación asignaba las primeras dosis— y hasta la fecha, la falta de información ha sido una constante.

Solo se ha podido acceder a estos datos a través de los boletines de prensa del Ministerio de Salud Pública (MSP) ecuatoriano o ruedas de prensa que apenas admiten preguntas de los periodistas. Se sabe que para el 1 de marzo de 2021, se aplicó la primera dosis de la vacuna a 35.886 ecuatorianos —una cifra que está muy por debajo del 0,1% de la población total— y, según [un comunicado](#) del MSP, entre los beneficiarios estarían personal de primera línea y adultos mayores en centros geriátricos públicos y sus cuidadores.

Pero después corrió el rumor de que entre los vacunados estaba la familia del ministro de Salud. Frente a las graves acusaciones en su contra, Juan Carlos Zevallos confirmó que había vacunado a su madre, quien estaba en un geriátrico privado en Quito, y que allí no solo estaba ella, sino “varios” de sus familiares. La invitación para ser vacunados, sin embargo, no solo la recibieron los familiares de Zevallos. En la última semana de febrero circuló un video donde se veía al periodista ecuatoriano Diego Oquendo en un centro de salud, supuestamente vacunándose contra la Covid-19; luego, [Oquendo confirmó](#)

[en sus redes sociales](#) que recibió esta dosis. Según el periodista, se vacunó “como parte de un grupo de personas de la tercera edad en condición vulnerable”. Esa misma semana circuló una lista con nombres de expresidentes del Ecuador, presentadores de televisión y otros personajes públicos quienes, se suponía, habían recibido la invitación del Ministerio para vacunarse. Varios de ellos desmintieron esa información.

En medio de incertidumbre y falta de transparencia, el 17 de febrero de 2021 llegó el segundo lote, con 16.380 dosis de la vacuna de Pfizer. Según el [Ministerio de Salud](#), con el nuevo lote “se completará el 100% de segundas dosis de los 6.228 ecuatorianos que son parte de la Fase Cero o Plan Piloto de esta estrategia de inmunización”.

Ecuador, según información oficial, tendría aseguradas 20 millones de vacunas para 2021. Para el [Ministerio de Salud](#) esta cantidad permitirá inmunizar al 60% de la población mayor de 18 años. De los 20 millones de vacunas que el gobierno negoció, seis millones de dosis son de Pfizer, 5,04 millones de Astrazeneca, 7,05 millones del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la Covid-19 ([Covax](#)) —una iniciativa que busca el acceso equitativo a diagnósticos, tratamientos y vacunas contra la Covid-19— y dos millones de la farmacéutica china Sinovac. Pero el médico familiar y coordinador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Xavier Maldonado, cuestiona que haya habido tan pocos acuerdos. “No entiendo por qué el Estado se cerró a más negociaciones cuando lo lógico habría sido no casarse solo con una industria sino negociar con todas para poder tener acceso a más vacunas”, dice. Además, según el médico, para la compra de vacunas como la de Pfizer —que necesita una temperatura de

almacenamiento de -70 grados centígrados— se debió haber considerado las capacidades logísticas y geográficas del país. “En Quito es complejo mantener una cadena de frío de -70 grados; imagínate lo que es llevar vacunas de 70 grados bajo cero a Borbón”, afirma, utilizando como ejemplo un pequeño pueblo de la provincia costera de Esmeraldas.

## Colombia

En Colombia, la situación es similar a la del Ecuador. El 15 de febrero llegó el primer lote de 50.000 dosis de la vacuna de Pfizer, después de que el país alcanzara casi 2,2 millones de casos confirmados de Covid-19. Después de una semana, el 24 de febrero, llegó el segundo lote, con 50.310 dosis del mismo laboratorio.

Según el Ministerio de Salud de Colombia, llegarán vacunas de Pfizer, AstraZeneca, Janssen, Moderna y Sinovac. Recibirán 10 millones de dosis de Pfizer para cinco millones de personas, otros 10 millones de AstraZeneca, y nueve millones de vacunas de Janssen, que es de una sola dosis. De Moderna, el Gobierno colombiano acaba de adquirir otros 10 millones. Una de las últimas negociaciones fue comprar 2,5 millones de dosis (para 1,25 millones de personas) de la vacuna china Sinovac. El país ha negociado poco más de 40 millones de dosis de la vacuna para 20 millones de personas, lo que significa vacunar a menos de la mitad de los 50 millones de colombianos.

Claudia Vaca dice que hay muy poca información sobre las condiciones de los acuerdos firmados: “Fueron a puerta cerrada, con unos niveles de hermetismo nunca antes vistos en la administración pública”. Además, dice que

Colombia entró muy tarde a negociar con los asiáticos, que podrían haber suplido la necesidad de vacunas de Colombia (y de otros países latinoamericanos).

Colombia tiene planeado vacunar a 35 millones de habitantes este año. Algo que, según la especialista, podría ser difícil de cumplir, sobre todo porque no cree que las dosis de la vacuna lleguen al país tan pronto. El motivo, dice, es que la entrega de los lotes de vacunas contra la Covid-19 han tardado en entregarse, incluso en los países más ricos. Por ejemplo, Pfizer anunció que reducirá las entregas de vacunas en Europa hasta marzo por problemas de producción; la farmacéutica estima aumentar su capacidad para producir 2.000 millones de dosis este 2021.

## Bolivia

La realidad de Bolivia no se aleja de la ecuatoriana y la colombiana: poca información y pocas vacunas. El 28 de enero de 2021 llegó el primer lote de 20.000 dosis de la rusa Sputnik V. Son las primeras de un total de 5,2 millones que adquirió el Estado boliviano. Aníbal Cruz, presidente del Colegio Médico de Bolivia y ministro de Salud durante cinco meses —durante el gobierno de Jeanine Áñez—, dice que no se conoce sobre los acuerdos porque tienen cláusulas de confidencialidad.

La falta de transparencia sobre los contratos no es el único problema. Casi 11 meses atrás, cuando comenzó la emergencia sanitaria por la Covid-19, el Gobierno de Áñez fue salpicado por la corrupción. Entre los principales problemas estuvieron las denuncias de sobrepagos en la compra de respiradores. Eso llevó a que el entonces ministro de Salud, Marcelo Navajas,

fuera retirado de su cargo y luego detenido por su supuesta participación en esa compra.

Para Yersin Mamani, director del Servicio Departamental de Salud Cochabamba, las 20.000 vacunas que llegaron son pocas. Con esto coincide Aníbal Cruz, quien dice que hay apenas 3.560 personas vacunadas en un país de más de 11 millones de habitantes: solo el 0,03% de la población.

La mayoría de dosis de esta vacuna ha sido administrada por el personal de salud. “En cada departamento se ha llegado a abarcar cerca del 15% y 20% del personal de salud”, dice Mamani. Se prevé que este año lleguen a Bolivia 15,5 millones de dosis con las que vacunarán a 7,5 millones de personas mayores de 18 años. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la última semana de febrero llegarían más de 90.000 dosis de la vacuna Pfizer y 900.000 vacunas de Astrazeneca, pero hasta el 5 de marzo no llegaron las dosis prometidas.

## Venezuela

El sábado 13 de febrero llegaron al aeropuerto de Maiquetía, en Caracas, 100.000 dosis de la vacuna rusa Sputnik V. Mauro Zambrano, representante del sindicato de trabajadores de hospitales y clínicas de Caracas, dice que las dosis no son suficientes ni satisfacen las necesidades de los dos millones de personas que viven en la capital venezolana. Zambrano explica que, a pesar de que se dio prioridad al sector de salud, las dosis no alcanzan ni para cubrir a sus 300.000 trabajadores.

Zambrano dice que las pocas dosis que han llegado a Venezuela apenas se han distribuido en 16 hospitales a nivel nacional. Además, el Ministerio

de Salud no ha hecho público el número de vacunas que ha recibido cada centro de salud. Aunque, según el ministro del Poder Popular para la Salud, Carlos Alvarado, “las vacunas ya se encuentran distribuidas en todo el territorio nacional”, Zambrano lo contradice: “Somos más de 300.000 trabajadores y la distribución no ha sido equitativa”.

Según información oficial del Gobierno venezolano, hasta el momento ya se ha vacunado a unos 2.200 trabajadores de la salud en el estado Carabobo. Hasta el 23 de febrero de este año, se ha vacunado a menos del 10% del personal médico venezolano.

El 3 de febrero, la OMS informó que Venezuela tenía reservadas al menos 1,4 millones de vacunas a través de la iniciativa Covax, que debía pagar antes del 9 de febrero, pero hasta el martes 2 de marzo, Venezuela no figuraba en la lista de países que recibirán estas vacunas. Según el director ejecutivo de GAVI, Seth Barkley, “Venezuela tendrá dosis, pero los datos no están muy claros”.

A mediados de febrero, la OPS informó que Venezuela debía pagar un adelanto de 18 millones de dólares para recibir las vacunas de Covax, sin embargo, Jarbas Barbosa, subdirector de esta organización, dijo que están “en negociaciones con Covax porque Venezuela ya debió haber hecho el pago, pero debido a la difícil situación se está demorando más”.

## Cuatro países distintos con problemas comunes

Al igual que las negociaciones de la vacuna, los planes de vacunación presentan varios problemas.

Las principales dificultades tienen que ver con la logística para administrarla a los lugares más alejados, los plazos estipulados para vacunar y, en algunos casos, como el del Ecuador, la falta de transparencia sobre el plan. La corrupción también ha sido una constante en América Latina, donde familiares y conocidos de funcionarios, y personajes públicos han sido vacunados a pesar de no ser parte de los grupos prioritarios.

Ecuador no tiene un plan de vacunación que sea de conocimiento público, aunque, a decir de Xavier Maldonado, la sociedad civil lo ha pedido de todas las formas. “Si lo tienen, lo tienen muy bien guardado. No es transparente, no está en ninguna página; se ha pedido varias veces, se ha preguntado, nadie dice nada”, afirma Maldonado.

Para Esteban Ortiz, existe una falta de planificación gubernamental con respecto a la vacunación: “No se conoce ninguna estrategia de priorización por la cual el Gobierno haya optado vacunar a 100 doctores por aquí, 25 por allá”. Además, enfatiza que eso no responde a ninguna lógica académica de ningún tipo, por lo que recomienda que se debería hacer un plan de vacunación basado en las “características epidemiológicas de la población”. Es decir, analizar si sufres de alguna enfermedad crónica, si “eres adulto mayor, trabajas en un hospital, agarras bus, vives con personas con discapacidad”; solo así, dice, se logrará una distribución justa.

Ortiz agrega que, en este momento, la población contagiada de la Covid-19 ya bordearía entre el 30% y 40% de los ecuatorianos, por lo que se podría aprovechar esa inmunidad adquirida naturalmente y vacunar, no necesariamente al 60% o 70% de todo el país, sino a un 30%, al menos este año. “Si logramos eso, sumado

al 30% o 40% de gente que ya se contagió, podremos controlar el virus y los casos que se darían serían muy, muy escasos en un futuro cercano”, dice Ortiz.

En Ecuador, los problemas en torno a la vacunación son más. Tres días después de que llegaran las primeras dosis, personas que no forman parte de la primera línea de vacunación fueron inmunizadas. El 23 de enero de 2020, dos funcionarios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en Quito fueron despedidos por recibir la primera dosis sin ser parte del personal de primera línea del plan piloto. A eso se sumó la vacunación de los familiares del entonces ministro Zevallos. Maldonado dice que el principal problema de la vacunación en Ecuador es que “la primera línea acaban siendo los familiares de los funcionarios, gente cercana a los directores de los hospitales y no la gente que está en el día a día con los pacientes”.

Por este comportamiento, Zevallos enfrenta procesos legales: el 20 de febrero, la Asamblea Nacional dio paso para un juicio político en su contra, y la Fiscalía lo llamó a rendir su versión por la compra de pruebas para detectar la Covid-19, por parte de la Secretaría de Salud del Municipio de Quito, que se habrían adquirido con sobreprecio. El ministro no aprendió de esta primera experiencia y ofreció a los rectores de las universidades —tampoco parte de la primera línea— vacunas del segundo lote. Algunos rechazaron la oferta e hicieron pública la carta del ministro quien, finalmente, renunció a su cargo el 26 de febrero de 2021. Pocos días después, huyó a Estados Unidos.

A diferencia de Ecuador, el documento del plan de vacunación de Colombia es público.

La fase uno empezó el 17 de febrero de 2021. Hasta el momento, se ha logrado inmunizar a 7.800 personas, entre las que están trabajadores de la salud en primera línea y adultos mayores. Para Claudia Vaca, en Colombia sí se ha hecho un esfuerzo serio de planeación de la estrategia de vacunación. Sin embargo, explica que hay “un excesivo optimismo, en especial porque el sistema de salud es bastante fragmentado”, debido a “inequidades muy fuertes entre ciudades, zonas y regiones dispersas, marginales, en donde está la población más vulnerable”.

Pero Vaca cree que ese no es el único problema. Para ella, las vacunas que se han adquirido hasta el momento precisan de condiciones de transporte y conservación complejas, como la vacuna de Pfizer. “Requieren una logística muy sofisticada, no solo en términos de temperatura, porque requieren ultracongelación, sino en términos de transporte: que no sean agitados, que no sean transportados con movimientos fuertes, porque eso puede alterar la estabilidad del biológico”, dice. Por eso, es muy probable que esas vacunas solo se apliquen en las grandes ciudades y no lleguen a zonas con temperaturas extremas o con problemas de conectividad.

El jueves 18 de febrero, cinco días después de que llegara la vacuna a Venezuela, comenzó el plan de vacunación, pero Mauro Zambrano asegura que el ministro de Salud, Carlos Alvarado, no lo ha hecho público ni ha dicho hasta cuándo se vacunará a los trabajadores de la salud. “Es decir, llega la vacuna a un hospital y el director del hospital decide qué va a hacer con ella, a quién va a vacunar”, dice Zambrano. Además, se desconoce el número de dosis que se da a cada centro de salud.

Una situación que, a criterio de Zambrano, crea mucha incertidumbre. “Obviamente, si no hay transparencia en el proceso, se puede prestar para vacunar a otras personas que no sean trabajadores de la salud”. Hasta el momento, no ha habido denuncias, dice, pero enfatiza que hay demasiado hermetismo y está muy escondido el proceso.

En el caso de Bolivia, según Yersin Mamani, sí se ha dado prioridad a grupos de riesgo, pero explica que se ha solicitado al Gobierno que se “pueda priorizar la implementación de una cadena de frío acorde a la vacuna que se va a utilizar”. La vacuna Sputnik V se puede manejar en refrigeradores de -20 grados por seis meses y hasta -8 grados por dos meses.

Entre los principales problemas que se presentaron en un inicio en Bolivia, dice Mamani, estuvo la poca aceptación de la gente, porque las vacunas que “estaban llegando aún se encontraban en fase 3 de estudio”, como es el caso de la rusa Sputnik V. Pero después de que se demostró el 95% de su efectividad, “el personal ha hecho el requerimiento” y han pedido que se les vacune.

Además de la desconfianza, Mamani dice que existen denuncias de que se habría vacunado al personal ejecutivo de los hospitales y no al de primera línea. “Hubo denuncias en Santa Cruz, que no se han llegado a confirmar, de que el personal médico de enfermería habría estado después de los gerentes”.

Otro de los problemas en Bolivia es la venta de vacunas en redes sociales. Mamani dice que recientemente hubo denuncias de que en algunas páginas de Facebook se ofrecen dosis de Sputnik V de manera clandestina, cuando la única entidad encargada de la distribución en Bolivia es

el Ministerio de Salud. “Estas denuncias están siendo investigadas por el Ministerio de Salud, pero solamente ha sido eso, una publicación de páginas de Facebook”, asegura Mamani.

Frente a los avisos, el Ministerio reconoció el problema y alertó sobre la oferta de vacunas fraudulentas. En un comunicado del 8 de febrero, se afirmó que se desconoce qué tipo de productos o medicamentos se están ofreciendo en calidad de supuestas vacunas contra la Covid-19. Además, se dijo que la Policía sigue el rastro de los responsables de la “publicidad engañosa que atenta contra la salud pública y la economía de la población”.

### **Los esfuerzos por un acceso más equitativo a la vacuna**

Ecuador, Colombia, Venezuela y Bolivia son apenas pocos ejemplos de las dificultades del acceso a la vacuna para los países del sur global. Frente a las escasas vacunas que cada uno de los gobiernos ha recibido, organizaciones de la sociedad civil de cada país han reclamado para que haya un acceso más justo y para exigir transparencia sobre las condiciones de las negociaciones con las diferentes farmacéuticas.

En Ecuador, por ejemplo, la Comisión Anticorrupción creó la “Plataforma de control al proceso de vacunación” a principios de febrero, para garantizar el acceso a la vacuna y vigilar el proceso de vacunación en el país. La veeduría está conformada por gremios de médicos, trabajadores y profesores universitarios.

Xavier Maldonado es miembro de la veeduría y dice que han “tenido un par de encuentros previos y nos hemos dividido en dos subcomisiones”.

La primera es la ejecutiva, que deberá hacer un seguimiento del plan de vacunación, las políticas de salud y la farmacovigilancia de la vacuna.

La segunda es una subcomisión biotécnica, que deberá hacer un análisis político del proceso de vacunación en el país.

Frente a la inoperancia del Gobierno a la hora de distribuir la vacuna, los municipios ecuatorianos, como el de Guayaquil y Quito, pidieron importar las vacunas de forma independiente. El presidente de Ecuador, Lenín Moreno, dijo que no veía “ningún inconveniente en entregar el permiso para que se importen”. Sin embargo, aclaró que primero se deberá contar con la aprobación de la Agencia de Regulación y Control Sanitario (Arcsa). Hasta inicios de marzo, solo el Municipio de Guayaquil ha avanzado con el trámite.

En Bolivia, varios sectores de la sociedad civil, municipios e incluso el Colegio de Médicos han pedido al Gobierno que les permita adquirir la vacuna por sus propios medios. Yercín Mamani dice que, a pesar de esta solicitud, “lamentablemente han chocado con la barrera de que en este momento está centralizado todas las gestiones por parte del Ministerio de Salud”.

Las iniciativas locales no han sido las únicas. Organismos internacionales han impulsado la distribución justa de la vacuna contra la Covid-19. Una de ellas, y probablemente la más importante, es Covax, creada en abril de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Europea y el Gobierno de Francia. El objetivo de Covax es garantizar el acceso equitativo a las vacunas contra la Covid-19. Los países que forman parte de este proyecto —que hasta el momento son 190—

tienen dos formas en las que pueden adquirir la vacuna. La primera es a través de un acuerdo de compra comprometida o un acuerdo de compra opcional. Con el mecanismo de Covax, América Latina recibirá alrededor del 10% de las vacunas en la primera fase. El 2 de marzo, Covax confirmó que Ecuador recibirá 756.000 dosis, cuando en el país hay 17 millones de habitantes. Bolivia recibirá 672.000 vacunas pero su población es de 11 millones de personas.

Otra opción para adquirir la vacuna es Gavi, una estrategia que busca que los 92 países de ingresos medianos y bajos, que no pueden pagar por las vacunas, tengan el mismo acceso que los países de ingresos altos.

Pero a pesar de que las organizaciones nacionales e internacionales hacen esfuerzos por la distribución justa de la vacuna, es muy probable que no todos se vacunen. Según *People's Vaccine Alliance* —una iniciativa que persigue una distribución justa de la vacuna y disponibilidad para todos—, para finales de 2021, los países más ricos habrán comprado casi tres veces más de las dosis necesarias para vacunar a toda su población, lo que provocaría que apenas una de cada diez personas de cerca de 70 países pobres pueda vacunarse contra la Covid-19. Esta realidad podría cambiar, pero para eso se necesita del apoyo de los gobiernos y la industria farmacéutica.

### **La desinformación, otro problema alrededor de las vacunas**

El coronavirus le ha costado ya 50.000 millones de dólares a la economía mundial. Para América Latina y el Caribe la situación es más compleja. Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) dice que la

pandemia causará la peor contracción económica que la región haya sufrido desde 1900. El acceso a la vacuna contra la Covid-19 no es solo una estrategia clave en cada país para controlar los contagios, sino para recuperarse económicamente. Por ello, debería ser una estrategia global. Que toda la población mundial esté vacunada equivale a evitar una mutación del virus.

Claudia Vaca dice que si se administra la vacuna únicamente en ciertos países se crearán lugares donde solo habrá población vacunada. Esto provocaría la “creación de nichos y eso puede generar una alteración más fuerte de las variantes del virus y complicar aún más la realidad epidemiológica y virológica que estamos viviendo”. Yersin Mamani dice que si no existe una distribución equitativa de las vacunas, vamos a seguir teniendo grupos vulnerables, donde hay una mayor proliferación del virus. “Personas que van a servir, si se quiere decir, de reservorios o van a seguir contagiando a otras personas, y esto genera un círculo vicioso”, dice el especialista boliviano.

En el peor de los casos, explica Vaca, podrían aumentar las variantes y estas podrían no ser susceptibles a las vacunas. Esto volvería necesaria una actualización de las vacunas, por lo que, dice la experta, es preciso liberar la patente de la vacuna. Esto quiere decir que se quiten los derechos de propiedad intelectual para que otras farmacéuticas también puedan fabricarla. El 8 de febrero de 2021 se encendió una luz de esperanza, cuando la Organización Mundial del Comercio (OMC) se reunió para lograr un acuerdo para liberar las patentes, pero las esperanzas se esfumaron cuando la propuesta, presentada por India y Sudáfrica, fue rechazada por países como Japón, Canadá, Reino Unido y Suiza, entre otros.

Felipe Carvalho dice que es importante liberar las patentes, sin embargo, explica que “las empresas normalmente demandan varias patentes para un solo producto”. En el caso de la vacuna, hay patentes en todos los niveles sobre el producto final; por ejemplo, las hay “sobre la cadena de frío, la tecnología que se usa, los ingredientes, todos los aspectos. Prácticamente es como un pacto minado legal”.

Pero asegura que existen soluciones políticas para evitar la crisis de acceso a la vacuna. Una de ellas, según Carvalho, es que los gobiernos utilicen mecanismos globales como la suspensión temporal de la patente y otros derechos de propiedad intelectual. Para él, esa posibilidad está ahí, pues cuando “hay situaciones excepcionales se pueden suspender los derechos de propiedad intelectual”.

Liberar las patentes de las vacunas puede ser un gran paso en la lucha por el acceso a medicamentos esenciales. En 2007, el expresidente de Brasil Lula Da Silva liberó la patente del efavirenz, un medicamento contra el VIH. Tomó esta decisión después de que, en 2001, la OMC permitiera a los países liberar las patentes de los medicamentos en caso de crisis sanitaria. Con la medida, Brasil pudo producir medicamentos genéricos —creados para ser igual a uno de marca ya comercializado— de este antirretroviral.

“Hoy hubiéramos podido tener un esquema distinto, muchísimos más sitios de producción, si el conocimiento hubiera sido abierto, si las recetas de las vacunas se hubieran liberado”, dice Vaca. Además, comenta, hubiera sido una buena alternativa identificar las potenciales zonas de producción en diferentes partes de América Latina, África y Asia. “Las estimaciones

dicen que, si el modelo hubiera sido diferente, en menos de 12 meses nosotros tendríamos una distribución completa de las vacunas y una salida mucho más solidaria, equitativa a la pandemia”, afirma Vaca.

Algo que ni la liberación de la patente de la vacuna habría podido evitar son los cientos de teorías conspirativas alrededor de la vacunación. Por ejemplo, grupos antivacunas como el *National Vaccine Information Center* y *Children's Health Defense* están avivando los temores sobre muertes que se han producido en Europa tras la inmunización. Teorías que ponen en riesgo la salud de las personas.

La preocupación al respecto es tal, que incluso la revista científica *Nature* ha advertido sobre el crecimiento de los grupos que están en contra de la vacuna contra la Covid-19. Según el estudio titulado “Medir el impacto de la información errónea sobre la vacuna en la intención de vacunación en el Reino Unido y Estados Unidos”, el rechazo a la vacuna puede tener consecuencias catastróficas. Una de ellas es evitar la inmunidad colectiva y provocar la propagación de la pandemia. Según el estudio, en junio de 2020 las estimaciones de aceptación de una vacuna contra la Covid-19 eran de un 38% en el Reino Unido y de 34,2% en Estados Unidos, pero las encuestas más recientes muestran caídas significativas en la disposición a aceptar una vacuna contra esta enfermedad. En Reino Unido, la disminución sería de 6,2 puntos porcentuales y en Estados Unidos, de 6,4. Cifras que, según el estudio, pondrían en peligro los esfuerzos alcanzados hasta ahora.

Yercin Mamani dice que se deben considerar dos aspectos a la hora de hablar sobre teorías antivacunas. En primer lugar están las personas

que, de manera involuntaria, por falta de capacitación, difunden información falsa: “Tenemos personas que van compartiendo todo lo que se va generando en las redes sociales”. En segundo lugar están los movimientos que, de manera intencionada, difunden información falsa. En algunos casos pertenecen a grupos religiosos o movimientos antivacunas. “Ese tipo de situaciones hace que la cantidad de pacientes siga aumentando, que muchas personas rechacen la vacunación y sigan siendo susceptibles a enfermarse”, agrega el experto boliviano.

Xavier Maldonado recuerda que las vacunas están lejos de perjudicarnos. Al contrario, gracias a las vacunas se ha evitado la muerte de miles, y se

pudo erradicar la polio, la viruela y el sarampión. “Creo que frente a esta pandemia tenemos que apuntarle a la vacunación. Hay que estar con los ojos bien abiertos”, dice Maldonado.

A pocos días de cumplirse un año de la emergencia sanitaria por el coronavirus, todos los países del mundo se siguen enfrentando al problema de la distribución de la vacuna. En la carrera contra el tiempo, varios han sacado ventaja, pero América Latina, como muchas otras regiones, se ha quedado a la espera, sin transparencia de los gobiernos ni estrategias de vacunación claras —lo que va a demandar aún más esfuerzos y a generar más muertes, antes de que se controle la pandemia—.

## **Título: La larga espera latinoamericana para acceder a las vacunas contra la Covid-19**

Autora: Ana Cristina Basantes/Reportera GK

5 de marzo 2021

Publicado por: Fundación Rosa Luxemburg Oficina Región Andina

Miravalle N24-728 y Zaldumbide

Teléfonos: (593-2) 2553771 / 6046945 / 6046946

info.andina@rosalux.org / www.rosalux.org.ec

Quito · Ecuador

Diseño: Freddy Coello

Foto de la portada: John Cameron, Unsplash.

Esta publicación es financiada con recursos de la FRL con fondos del BMZ (Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económico de la República Federal de Alemania). Esta publicación o algunas secciones de ella pueden ser utilizadas por otros de manera gratuita, siempre y cuando se proporcione una referencia apropiada de la publicación original.



Esta publicación opera bajo Licencia Creative Commons Atribución No Comercial, sin Modificaciones 3.0. Todos los contenidos pueden ser usados y distribuidos libremente siempre que las fuentes sean citadas.