

VACUNAS COVID-19 INEQUIDAD Y NEGOCIOS



Esta portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik



www.aisperu.org.pe



Red Peruana por una Globalización con Equidad – RedGE

Jirón Trujillo 678, Magdalena del Mar
Lima 17, Perú.

Teléfono: (511) 394-7212.

E-mail: redge@redge.org.pe

www.redge.org.pe

Con el apoyo de Oxfam



El contenido de la presente publicación es responsabilidad exclusiva de las/los autores y no representa necesariamente los puntos de vista de Oxfam.

Las vacunas son herramientas efectivas para prevenir enfermedades. Particularmente, las vacunas del COVID-19 disminuyen las probabilidades que las personas infectadas por el virus evolucionen a estados graves de la enfermedad. Se convirtieron así en la herramienta principal para controlar la pandemia. Lamentablemente, la vacunación contra el COVID-19 ha estado opacada por la inequidad que ha postergado a los más pobres del mundo. ¿Qué debemos hacer para que en próximas pandemias todas las personas tengamos acceso equitativo a vacunas y otras tecnologías de salud efectivas para evitar sufrimiento, discapacidades y muertes?

LA VACUNA DEL COVID-19

La pandemia exigió mucho esfuerzo para desarrollar una vacuna en el menor tiempo posible y controlar el desastre sanitario, social y económico que la humanidad enfrentaba. Empresas y organizaciones privadas junto a instituciones gubernamentales de distintos países, echaron mano de conocimientos y experiencias acumuladas para lograr vacunas contra el virus SARS CoV-2. Usaron plataformas conocidas como la de virus inactivado o de vector viral¹. Otras empresas usaron la plataforma del ARN mensajero² que se venía estudiando por muchos años, sobre todo en Estados Unidos y Europa. Una plataforma conocida por la comunidad científica.

En julio 2020 había 149 candidatas a vacunas contra el SARS CoV2. Finalmente, circularon en el mundo 11 vacunas que probaron eficacia relevante para impedir episodios graves de la infección. Al Perú, llegaron cuatro vacunas diferentes de las empresas Pfizer BioNtEch, Moderna (Estados Unidos/Alemania), Sinopharm (China), Astra Zéneca/Oxford (Reino Unido).

- 1 Uso de un virus diferente e inocuo para llevar al organismo humano proteínas del virus que causa la enfermedad e inducir una respuesta inmunológica.
- 2 Esta plataforma utiliza una suerte de “receta” o “mensaje” que se inyecta en el ser humano, cuyas células son estimuladas a “fabricar” la proteína “spike” del SARS CoV2 que induce al organismo a producir anticuerpos.

VACUNAS COVID 19

| Empresa /vacuna | País sede | Países receptores |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|
| Oxford-AstraZeneca /ChAdOx1-S | Reino Unido | 185 |
| Pfizer-BioNTech /Cominarty | EE.UU. Alemania | 165 |
| Moderna/ARNm-1273 | EE.UU | 113 |
| Johnson&Johnson/Jcovden | EE.UU | 101 |
| Sinopharm-Beijing / Vero Cell | China | 74 |
| Sinovac/Coronovac | China | 41 |
| Gamaleya (Sputnik V) | Rusia | 36 |
| Novavax/Nuvaxovid, | EE.UU | 32 |
| Bharat Biotech (Covaxin) | India | 30 |
| Cansino/Convidecia | China | 26 |
| Gamaleya/Sputnik Light | Rusia | 06 |
| Abdala | Cuba | 04 |

DESIGUALDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS

El control de la pandemia exigía la vacunación del 70 u 80% de la población. Pero no existía un mecanismo global para asegurar una distribución equitativa, lo que caracterizó el contexto que dio lugar a la desigualdad por factores excluyentes propios de la dinámica de mercado y del interés lucrativo: a) limitada producción concentrada en un oligopolio; a) altos precios; d) capacidad financiera de los países compradores. A esto se suman factores locales de diferente índole, incluyendo sistemas de salud débiles, regulatorios, geográficos, socioculturales que jugaron en contra de la vacunación con equidad.

Los países ricos acapararon las vacunas. Tuvieron capacidad financiera para comprar grandes lotes por adelantado y dejaron a los países pobres al final de la fila. A febrero de 2021, Canadá y el Reino Unido habían adquirido la mayor cantidad de dosis de vacunas con relación a sus poblaciones, asegurando 9 y 5 dosis por persona, respectivamente; Estados Unidos 1200 millones de dosis, suficiente para administrar tres dosis a cada persona. Al otro lado del mundo, la Unión Africana había solicitado sólo 270 millones de dosis, que equivale a una inyección por persona para el 20% de su población.³ Hasta abril de 2021, de los 1.3 millones de dosis administradas en el mundo, solo el 0.2% se habían aplicado en países de ingresos bajos.

En enero 2021, ante la desigualdad de la distribución de vacunas, el Director general de la OMS advertía: “El mundo está al borde de un fracaso moral catastrófico, y el precio de este fracaso se pagará con las vidas y el sustento de los países más pobres”⁴.

ESFUERZO FINANCIERO PARA LA VACUNACIÓN

Los países de renta baja tuvieron que hacer mayores esfuerzos para financiar la vacunación, que representó entre el 7.89% (Afganistán) hasta 26.16% (Madagascar) del gasto en salud para vacunar al 40% de su población. El esfuerzo de los países de ingresos altos estaba entre

3 Kirk, A., Sheehy, F., & Levett, C.). Canada and UK among countries with most vaccine doses ordered per person. The Guardian. (2021, enero 29 <https://www.theguardian.com/world/2021/jan/29/canada-and-uk-among-countries-with-most-vaccine-doses-ordered-per-person>)

4 BBC News Mundo, 19.01.2021 <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55712748>

el 0.1% (Estados Unidos) y 1.71% (Omán) de su gasto en salud para vacunar al mismo porcentaje de población⁵. En los países de bajos ingresos, “tendrían que aumentar su gasto en salud en un asombroso 30-60% para llegar al 70% de su población durante un año”⁶, a los precios que se ofrecían las vacunas. Los países de altos ingresos tendrían que aumentar su presupuesto de salud en solo un 0,8 por ciento para lograr la misma tasa de vacunación en un año.

Para agosto de 2023, el 72.89% de la población de los países de altos ingresos había sido vacunado con al menos una dosis, mientras que en los países de ingresos bajos solo el 35.85%⁷. El esfuerzo que hicieron los países de renta media y baja para la vacunación contra el COVID 19 ha significado endeudamiento fiscal y ha afectado dramáticamente las respuestas a otras necesidades sanitarias esenciales. Desde otro ángulo, los países de ingresos bajos, han sufrido un mayor impacto económico al no poder reabrir sus actividades económicas mientras no tenían vacunada un alto porcentaje de su población.

FRACASO DE LA “COMUNIDAD INTERNACIONAL”

Actualmente un tratado para la preparación y respuesta a futuras pandemias está siendo discutido en un Organismo Negociador Intergubernamental, auspiciado por la OMS. El texto, todavía borrador, empieza con el “reconocimiento del fracaso catastrófico de la comunidad internacional en mostrar solidaridad y equidad en la respuesta a la pandemia del COVID 19”⁸. La “comunidad internacional” incluye a sectores privados (industria farmacéutica, por ejemplo), públicos y multilaterales que no han estado a la altura para responder a la pandemia en forma equitativa y solidaria. Las NNUU/OMS fueron inefectivas para sacar adelante una estrategia de distribución diferente, mostrando una gran debilidad política para convocar a los diferentes actores y responder equitativamente a la pandemia.

El fracaso también fue del mecanismo facilitador COVAX⁹, creado por la OMS con la modesta meta de obtener vacunas para llegar al 20% de las poblaciones de los países de bajos ingresos. A mayo 2023, solo el 6% de las vacunas distribuidas en América Latina llegaron a través de COVAX.¹⁰ Este mecanismo fue debilitado por las decisiones unilaterales de los países ricos que buscaron sus propios canales para donar vacunas con intereses geopolíticos. Los países ricos y organizaciones privadas tampoco aportaron a COVAX lo que se esperaba y dotarlo de una fortaleza financiera para la compra y distribución de vacunas. Finalmente, la negociación bilateral entre proveedores y países fue la principal herramienta para acceder a las vacunas.

CONTRATOS ABUSIVOS DE COMPRA DE VACUNAS

La emergencia no tuvo una respuesta articulada de países cercanos o miembros de organismos de integración en América Latina. No hubo esfuerzos para conformar organismos multipaíses que tuvieran mejores posibilidades de negociación con los proveedores de vacunas. Negociando de manera individual, los países tuvieron que aceptar condiciones abusivas de la gran industria farmacéutica.

En este escenario, los países fueron obligados a modificar sus normas y aceptar condiciones contractuales que los dejaron en un estado de indefensión frente a posteriores reclamos. En América Latina, por lo menos, 13 gobiernos se vieron obligados a modificar sus leyes aceptando entre otras, cláusulas de indemnidad que protegen a los proveedores, confidencialidad y, en algunos casos, disponiendo bienes públicos como garantías frente a futuros litigios por los efectos adversos a las vacunas que pudieran presentarse¹¹. Los contratos impusieron precios que no podían ser divulgados; no hubo garantías por los adelantos de pago, de fiel cumplimiento, ni penalidades por retrasos de las entregas, como se ha evidenciado en contratos con Perú.

La venta de vacunas fueron un tremendo negocio para las grandes compañías farmacéuticas. En 2022 Pfizer ha llegado a facturar más de 100 mil millones de USD; una cifra record. Su vacuna Comirnaty aportó con más de 37 mil millones. El beneficio neto de la empresa en ese año ha sido más de 31 mil millones de US\$¹², el quintuple del presupuesto del MINSA Perú del 2022.

5 Global Dashboard for Vaccine Equity, 10.01.2023. El PNUD analizó en 187 países el costo de vacunar al 40% de la población como porcentaje del presupuesto en salud. <https://data.undp.org/vaccine-equity/>

6 Ibid.

7 Global Dashboard for Vaccine Equity, 10.01.2023; <https://data.undp.org/vaccine-equity/>

8 INTERGOVERNMENTAL NEGOTIATING BODY; WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response (“WHO CA+”), A/INB/X/X 22 May 2023.

9 Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19

10 WTO-IMF COVID-19 Vaccine Trade Tracker; https://www.wto.org/english/tratop_e/covid19_e/vaccine_trade_tracker_e.htm

11 Red Palta, Ivan Ruiz Et al, 2022. (s. f.). Gobiernos de América Latina otorgaron beneficios legales y tributarios a farmacéuticas en compra de vacunas | Red PALTA. <https://redpalta.org/los-beneficios-a-farmaceuticas-en-compra-de-vacunas/>

12 CINCO DIAS; Pfizer, la primera farmacéutica que factura más de 100.000 millones al año; El País, 31.01.2023 https://cincodias.elpais.com/cinco-dias/2023/01/31/companias/1675170451_878095.html

DESIGUALDAD EN LA ADMINISTRACIÓN LOCAL DE VACUNAS

Al interior de los países también se evidenció una desigual distribución de las vacunas. En muchos países, las debilidades de los sistemas de salud generaron retrasos en la inmunización de la población, debido a la complejidad en la distribución, almacenamiento y administración de las vacunas¹³. La cobertura oportuna fue limitada haciendo lento el avance de la vacunación en los sectores de bajos ingresos o lugares alejados de las grandes urbes, particularmente, en poblaciones rurales o dispersas.

En Perú, un análisis del progreso de la vacunación en el 2021¹⁴, muestra la desigualdad entre los mayores de 18 años con esquema de vacunación completo y el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Las mediciones se realizaron el 6 de junio, 28 de julio y 18 de octubre, y muestran que la brecha se amplía en el transcurrir del tiempo. Otro estudio más reciente encontró que en el segundo trimestre de 2022, distritos amazónicos con población indígena sólo habían llegado a vacunar el 25% o 40% de su población con la primera dosis, mientras que en la costa y sierra se había llegado al 100%. Las diferencias son mayores cuando se toman en cuenta la segunda y tercera dosis.¹⁵

| Ingresos por la venta de vacunas COVID-19 (miles de millones USD) | | | |
|--|------------|------|------|
| Farmacéutica | 2022 | 2021 | 2020 |
| Pfizer/BioNTech | 40.1 | 39.4 | 0.2 |
| Moderna | 18.4 | 20.5 | 0.8 |
| Sinovac | 1.0 (1) | 19.1 | 0.2 |
| AstraZeneca | 4.1 | 4 | 00 |
| Johnson & Johnson | 2.2 | 2.4 | 00 |
| Novavax | 2.0 (2) | 1.1 | 0.5 |
| Total | 67.8 | 86.6 | 1.7 |

(1) Primer semestre

(2) Proyectado

Fuente: Pharma's Pandemic Profits, febrero 2023, pag.10

<https://www.somo.nl/wp-content/uploads/2023/02/SOMO-Pharmas-Pandemic-Profits.pdf>

RECOMENDACIONES

El Perú debe participar proactivamente en el proceso de elaboración del Tratado para la prevención, preparación y respuesta a futuras pandemias. Importantes principios se han incluido que deben ser enfatizados como el respeto del derecho a la salud, la soberanía, equidad, solidaridad, transparencia y rendición de cuentas. De manera particular, la equidad “incluye el acceso justo, sin trabas, equitativo y oportuno a productos, servicios, información y tecnologías relacionadas con la pandemia”. Es tarea de los gobiernos que participan en este proceso, darle forma a los mecanismos y la gobernanza global que deben crearse para garantizar la concreción de esta aspiración.

13 Casas, I., & Mena, G. (2021). La vacunación de la COVID-19. *Medicina Clínica*, 156(10), 500-502. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.03.001>

14 Zamora Mendoza, C. (2021). Vacunación contra la COVID-19 y desigualdad. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/182089>

15 Salud con Lupa, Gobierna Consultores, OXFAM; VACUNAS Y DESIGUALDAD. LECCIONES DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN PERÚ; Lima, Perú 2022; <https://oi-files-cng-v2-prod.s3.eu-west-2.amazonaws.com/peru.oxfam.org/s3fs-public/Vacunas-y-desigualdad-Lecciones-de-la-vacunacion-contra-co-vid19.pdf?VersionId=bscto6V0WrhEQ.KgRL726MZK9wNSQ2yQ>