

Fanny Pigeaud

África se está organizando para obtener las vacunas que acaparan los países ricos

infoLibre, 31 de enero de 2021.

- *Los gobiernos del continente africano, con experiencia en todo tipo de pandemias, se enfrentan a una segunda ola que empieza a crecer: la tasa de mortalidad (2,5%) supera ya la media mundial (2,2%).*
- *Para obtener las vacunas, se han unido a la iniciativa Covax, lanzada por la OMS, que pretende obtener 2.000 millones de dosis para finales de año, lo que permitirá vacunar al 20% de la población de los 190 países participantes.*
- *África ha tenido una menor incidencia del virus que otras regiones del planeta gracias a la juventud de la población, a la escasa movilidad interna y externa y la rápida respuesta de los poderes públicos.*

A mediados de enero, el Ministerio de Sanidad senegalés dio a conocer su plan de inmunización contra el covid-19: prevé vacunar al 90% de los objetivos prioritarios (trabajadores sanitarios, mayores de 60 años, personas con comorbilidades y personas con alto riesgo de exposición al virus) en marzo y luego al 90% de la población restante de aquí al primer trimestre de 2022. Pero ahora hay que encontrar las vacunas.

Al igual que Senegal, los países del continente africano **confían en parte en la inmunización**, a excepción de Madagascar, que ha decidido por el momento prescindir de ella a la espera de comprobar su “eficacia”. **Hasta ahora, han gestionado bastante bien la pandemia, que ha tenido menor incidencia que en otros lugares gracias a la juventud de la población**, a la escasa movilidad interna y externa, la rápida respuesta de los poderes públicos, que tienen experiencia en la gestión de otras pandemias, etc. El continente, con una población de 1.300 millones de habitantes, es decir, el 17% de la población mundial, había registrado a finales de 2020 algo más de 55.000 muertes y un 3,4% de contagios.

Sin embargo, el continente se enfrenta a una segunda ola que empieza a crecer, con nuevas incertidumbres. “El número de casos registrados parece ser mayor en muchos países que en la primera ola”, constata Yap Boum, establecido en Yaundé (Camerún) y representante en África de Epicentro, filial de investigación y epidemiología de Médicos Sin Fronteras.

El 21 de enero, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (Africa-CDC) de la Unión Africana dio la voz de alarma, al afirmar que esta segunda ola de la epidemia es actualmente **más mortífera en África**: la actual tasa de mortalidad (2,5%) supera la media mundial (2,2%). “Si esta tendencia se confirma y si aparecen variantes que provocan formas más graves, nuestros sistemas sanitarios tendrán dificultades para hacer frente a esta situación”, se preocupa Yap Boum. “En estas condiciones, **tenemos que estar bien preparados y tener acceso a las vacunas**, una herramienta que debe complementar todo lo que hay que poner en marcha”.

Sudáfrica es el país más necesitado; se trata del que registra un mayor número de muertos en el continente (26.735 a finales de diciembre de 2020) y se enfrenta a una nueva cepa del virus más contagiosa que la primera.

Un *pool* de compra

Para obtener las vacunas, los Estados africanos se han unido a la iniciativa Covax, lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La iniciativa, cuyo objetivo es la **distribución equitativa**, pretende obtener 2.000 millones de dosis para finales de año, lo que permitirá vacunar al 20% de la población de los 190 países participantes, la mitad de las cuales se destinarán a los países de bajos ingresos.

Para ello, se ha creado un *pool* de compras y un mecanismo financiero, el Compromiso anticipado de mercado (AMC, por sus siglas en inglés), financiado en gran parte por la ayuda al desarrollo, para pagar las vacunas en los países de bajos ingresos, muchos de los cuales son africanos. **La mayoría de las dosis se entregarán “en la segunda mitad del año”**, pero esperamos poder proporcionar a cada economía participante el primer tramo –suficiente para proteger a cerca del 3% de la población– en la primera mitad de 2021. Este proceso podría comenzar ya en febrero”, según un portavoz de la Alianza para las Vacunas (Gavi), que codirige Covax.

Sin embargo, Covax tiene limitaciones: grandes países, como Estados Unidos y Rusia, no participan, y la cantidad de dinero recaudada para el AMC es actualmente insuficiente. Sobre todo, varios de sus Estados miembros más ricos no han seguido el compromiso de abastecerse sólo a través de ella y han hecho pedidos directamente a los laboratorios, en detrimento de otros.

El sistema también adolece de “**falta de transparencia**”, afirma Nathalie Ernout, directora de promoción de la campaña de acceso a los medicamentos esenciales de Médicos Sin Fronteras. “No sabemos exactamente de qué vacunas se beneficiarán los países afectados, cuándo y en qué cantidad, y a qué precio se compraron: no sabemos mucho. Observamos las prácticas habituales de secretismo empresarial y no sabemos cómo se valoran las inversiones públicas. Sin embargo, el Covax es un mecanismo que se ha beneficiado de una gran cantidad de dinero público: **la Unión Europea ha aportado 500 millones de euros**. Lo que estamos viendo es una contravención de las grandes declaraciones sobre el ‘bien público mundial’”, subraya.

El Covax publicará los precios de compra de las vacunas, pero una vez concluidas las negociaciones con los fabricantes, la Alianza para las Vacunas explica a **Mediapart** (socio editorial de **infoLibre**) que ha estimado el precio medio por dosis de vacuna en 10,55 dólares, lo que incluye sus costes de financiación y funcionamiento.

Dado que los países ricos se han asegurado egoístamente la mayor parte de sus reservas de vacunas comprándolas por anticipado (a menudo en enormes cantidades y en condiciones muy **criticadas** por la OMS), y dado que Covax les da poca visibilidad, los Estados africanos, a pesar de sus dificultades económicas, también **buscan soluciones fuera de este acuerdo**.

La Unión Africana ha conseguido así 270 millones de dosis de vacunas de varios fabricantes. Sudáfrica ha alcanzado un acuerdo con el Serum Institute of India, que produce la vacuna de AstraZeneca, Argelia ha comprado dosis de la vacuna rusa Sputnik V, que está siendo probada por Guinea, Marruecos ha recurrido en parte a la vacuna china Sinopharm, que también está siendo probada por Senegal, etc.

La experiencia del Sida

Los Estados del continente no carecen de capacidad de respuesta, recalca Fred Eboko, político y sociólogo especializado en políticas de salud pública en África, recordando cómo algunos de ellos se organizaron contra la epidemia de VIH en una época en la que no había ningún mecanismo de apoyo internacional para financiar el tratamiento antirretroviral: “Algunos países africanos hicieron lo que pudieron en condiciones difíciles para obtener medicamentos antirretrovirales firmando acuerdos con los laboratorios”.

Este director de investigación del IRD (Instituto de Investigación para el Desarrollo, por sus siglas en francés), y autor del libro *Public Policy Lessons from the AIDS Response in Africa* ([Routledge, 2021](#)), también establece un paralelismo entre la situación en la que se encuentra Sudáfrica y la que vivió durante la epidemia del VIH: “Sudáfrica no sólo fue el país más afectado por el VIH en el mundo, sino que también fue uno de los primeros y uno de los únicos países afectados por el VIH-1 grupo C. Y supo hacerle frente”.

Una importante medida de Sudáfrica e India ayudaría a despejar el horizonte: ambos países han solicitado a la Organización Mundial del Comercio que **se les exima de ciertos derechos de propiedad intelectual sobre medicamentos, vacunas, diagnósticos y otras tecnologías contra el covid**. Durante la epidemia de VIH/Sida, la Declaración de Doha reconoció el derecho de los gobiernos a priorizar la salud pública sobre la protección de las patentes.

Hasta la fecha, las solicitudes de India y Sudáfrica han sido rechazadas por Estados Unidos, la Unión Europea, Suiza y Reino Unido, entre otros. Pero las negociaciones no han terminado, dice Ernoult: “Unos 100 países han manifestado su apoyo a esta petición de eliminar las patentes de todos los productos covid. El entusiasmo por esta iniciativa es proporcional a la angustia de los países afectados, especialmente por ciertas vacunas”, señala. Si la idea es aceptada, como esperan muchas organizaciones de la sociedad civil, “será necesario que haya transferencia de tecnología e intercambio de conocimientos”, añade. Actualmente, en el continente africano, Sudáfrica y Marruecos tendrían capacidad para producir vacunas.

No todas las vacunas serán adecuadas para el continente. La vacuna de Pfizer es menos atractiva que la de Moderna, por ejemplo, porque una debe almacenarse a -70°C y la otra a $2-8^{\circ}\text{C}$ ”, dice Boum. “Pero el acceso a los supercongeladores es limitado: los países del Norte que los necesitan tanto como nosotros, o incluso más, no sólo son los primeros en disponer de las vacunas, sino también de estos supercongeladores. Incluso si hiciéramos un pedido hoy, nos quedaríamos muy atrasados”.

Además de la delicada cuestión de la logística, surgirá otro problema: “La aceptación de las vacunas por parte de todos los ciudadanos no puede darse por sentada. Habrá que trabajar mucho para lograr el compromiso de la comunidad”, dice el epidemiólogo”.

Fred Eboko ve una oportunidad para los países menos afectados por la pandemia y, por tanto, con menos urgencia: “Pueden negociar con conocimiento de causa con los fabricantes, establecer sus condiciones, tener tiempo para pensarlo y tener la posibilidad de decir a los laboratorios: ‘Si no aceptan nuestras condiciones, podemos irnos a otro sitio’”. Y añade: “Puede que lo que esté en juego no sea lo mismo dentro de unos meses. Imaginemos que un país africano no tiene acceso a las vacunas hasta noviembre,

tal vez para entonces tenga suficiente perspectiva y respuestas precisas a todas las preguntas que hoy se plantean. Y no olvidemos la hipótesis de que a veces una epidemia se detiene”.

Por su parte, Yap Boum espera que **esta crisis sanitaria empuje a los Gobiernos africanos a aplicar por fin la Declaración de Abuya de 2001**, que establece un mínimo del 15% del gasto público en salud. “Las infraestructuras sanitarias y de investigación son actualmente deficientes en muchos países porque no se ha invertido lo suficiente. Se cosecha lo que se siembra. Ahora tenemos la oportunidad de sembrar de forma diferente”, afirma.

Traducción: Mariola Moreno.