



LA COVID-19 EN ÁFRICA SUBSAHARIANA: ACCESO A LAS VACUNAS E IMPACTO EN OTROS PROBLEMAS DE SALUD

La **pandemia de la Covid-19** nos ha vuelto a demostrar la enorme desigualdad que existe en el acceso a la salud en el mundo. Pese a ser una epidemia global y pese al desborde de los sistemas públicos de salud en casi todos los lugares del mundo, el acceso a las tecnologías sanitarias -oxígeno, fármacos, equipos de protección o vacunas- que permitiesen ayudar a paliar sus efectos ha sido enormemente desigual según los países y las regiones del globo.

Desde el comienzo de la comercialización de las vacunas, la herramienta desarrollada más importante para combatir y frenar la transmisión de la Covid-19 y paliar sus efectos en las personas contagiadas, los países ricos han acaparado la mayor parte de las dosis y han comenzado campañas masivas de vacunación.

Mientras, los países pobres quedan relegados en el camino de la inmunización: al ritmo actual, [9 de cada 10 personas](#) en los países de menores rentas no serán vacunados durante este año, y muchas tendrán que esperar hasta 2024. Mientras en EE. UU. o en Europa ya se han distribuido, respectivamente, más de 97 y 80 dosis por cada 100 habitantes, [en el continente africano no llegan a las 4 dosis](#) para el mismo número de personas.

Hasta mayo, el 85% de las vacunas distribuidas globalmente habían ido a parar a los países ricos, y [solo un 0,3% a los países pobres](#). “El 75% de las vacunas han sido administradas en solo 10 países del mundo”, advertía en [su discurso de apertura](#) en la Asamblea Mundial de la Salud el Dr. Tedros Adhanomen, director general de la OMS.

Parece que, de nuevo, los países menos desarrollados, con grandes dificultades para negociar de manera bilateral con las grandes industrias farmacéuticas -que trataban de imponer contratos inasumibles-, dependen de la solidaridad internacional para hacer frente a una nueva epidemia. Sin embargo, la iniciativa mundial COVAX, que pretende ayudar a distribuir vacunas en los países con menores recursos, no es ni mucho menos la panacea. En primer lugar, porque parte de un planteamiento poco ético: mientras el mundo rico quiere tener vacunada al 70% de su población para final de año, el objetivo para los países que forman parte de [COVAX es del 20%](#).

Y en segundo lugar, porque, pese a todo, COVAX está lejos de cumplir con sus objetivos: en junio tendrían que haberse distribuido a través de COVAX 170 millones de dosis, pero apenas se ha llegado a 60 millones. Principalmente porque faltan fondos que los países ricos no están aportando, pero sobre todo por el gran problema al que nos estamos enfrentando en esta pandemia: la falta de producción y la desigual distribución de las vacunas. La realidad es que COVAX solo funcionará dependiendo del compromiso de los países ricos con esa plataforma; pero no se trata solo de aportar dinero, sino de no acaparar el ya de por sí insuficiente stock de vacunas.

El ejemplo es revelador: COVAX dependía enormemente de la producción de vacunas de AstraZeneca en el Serum Institute de la India, que producía cerca de dos millones y medio de dosis al día y que es un actor clave en la lucha por la equidad en el acceso a las vacunas. Sin embargo, ante el enorme aumento de casos en el país durante el mes de marzo, el Gobierno indio pasó a priorizar la distribución de las vacunas del Serum Institute entre sus fronteras y paralizó la exportación. De este modo, COVAX sufrió enormes retrasos en los pasados meses, poniendo en evidencia el injusto sistema de producción y distribución de vacunas en el mundo.

Además de COVAX, hay otra plataforma de la Unión Africana -[Grupo de Trabajo de Adquisición de Vacunas de África \(AVATT\)](#)- que pretende llevar vacunas para el 60% de la población para 2022. Pero esta plataforma tiene exactamente el mismo problema: depende de un solo productor, que es India, y no ha sido capaz de establecer contratos justos con otras farmacéuticas, que no han querido poner precios adecuados a los países de rentas bajas o con conflictos humanitarios.

Los países de África subsahariana han comenzado a recibir las dosis recientemente, aunque con diferente volumen. A fecha de junio de 2021, mientras países como Guinea Ecuatorial ya tienen casi 20 dosis por cada 100 habitantes, [en República Democrática del Congo apenas ha llegado al 0'07](#). Además, las vacunas de las donaciones llegan con fecha de caducidad muy corta, y es probable que muchas veces no dé tiempo a distribuir las: la logística se enfrenta a problemas de conservación de la cadena de frío, a problemas geográficos (República Democrática del Congo, por ejemplo, tiene el tamaño de cinco veces la Península Ibérica y un precario sistema de carreteras) y a la inseguridad.

Y, más allá de la falta de equidad global en la distribución, en África subsahariana también existe falta de equidad interna: muchas dosis que han ido llegando se quedan a las capitales, y no llegan al personal de salud ni a la población de otras zonas de los países, con una carencia especial en las zonas más rurales y de difícil acceso. Además, hay un problema mayor: en las zonas con conflictos, violencia o en las áreas donde vive población desplazada y entre las que se encuentran personas muy vulnerables, no hay plan alguno de vacunación para llegar a ellas.

LUCHAR CONTRA OTROS PROBLEMAS DE SALUD EN TIEMPOS DE LA COVID-19

Mientras tanto, la mayor parte de los países en desarrollo de África Subsahariana -y en otras regiones del mundo-, se enfrentan a una gran cantidad de problemas de salud básicos. Por ejemplo, el riesgo de mortalidad en África por gripe estacional es mucho más elevado que en cualquier otra región del mundo. Y las enfermedades diarreicas, asociadas a la falta de acceso a agua potable, saneamiento e higiene, son la segunda y tercera causa de mortalidad en el continente africano.

A esto se suma la lucha contra otras enfermedades tropicales desatendidas, como el Chagas o la Úlcera de Buluri, y contra otras pandemias, como el sida, la tuberculosis o la malaria. Todos estos problemas causan una mayor mortalidad que la Covid-19 y, sin embargo, ahora ven una gran parte de sus ya escasos recursos desviados a la lucha contra la nueva pandemia.

Según la Organización Mundial de la Salud, la [cuarta parte de la carga de enfermedades a nivel global está en África](#), pero el continente solo cuenta con el 3% de la fuerza de trabajo en salud para enfrentar esos problemas.

Hace unos meses el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria [publicaba unos datos](#) recogidos tras una encuesta realizada en más de 500 centros de salud en países en desarrollo de regiones de África y Asia entre abril y septiembre de 2020. Las cifras eran claras: las pruebas del VIH cayeron un 41%; las remisiones por tuberculosis, en las que los pacientes sospechosos de tener tuberculosis son remitidos al siguiente paso del diagnóstico y el tratamiento, disminuyeron en un 59%; los diagnósticos de malaria se redujeron en un 31%; y las visitas de atención prenatal se redujeron en un 43%.



En este sentido, Médicos sin Fronteras [publicó hace unas semanas los resultados de una encuesta realizada](#) entre noviembre y diciembre de 2020 a 56 centros de salud de varios países de renta baja -el 80% en África- sobre cómo ha afectado la Covid-19 y la falta de vacunas a servicios de salud pediátricos y materno infantiles. La mitad de los centros habían sufrido una reducción en la atención pediátrica y, más de un cuarto habían registrado un aumento de la mortalidad infantil (que en muchos casos se achacaban al aumento de casos y a la falta de recursos humanos suficientes, que se han desplazado a la Covid-19).

La encuesta demostraba también la falta de material de protección y el miedo y la desconfianza de la población no solo sobre las vacunas sino sobre las estructuras de salud, consideradas un posible lugar de contagio. Además, la encuesta contaba cómo se habían paralizado campañas de vacunación preventiva: según datos de Médicos Sin Fronteras, solo en África había 101 campañas de vacunación -la mayoría contra el sarampión y la polio- paralizadas o canceladas por la imposibilidad de acumular gente y respetar las distancias de seguridad, además de por la inexistencia de material de protección para los equipos de vacunación.

En el marco de las enfermedades tropicales desatendidas (dengue, Chagas, paludismo, leishmaniasis, etc.), que afectan a millones de personas y causan cientos de miles de muerte al año en el mundo, lo que está sucediendo es que se han vuelto más desatendidas aún, y cuentan con menos recursos y fondos internacionales para trabajo e investigación, que, de nuevo, se están retirando para destinarlos a la Covid-19.

Según datos de [una encuesta realizada](#) por la Organización Mundial de la Salud en 135 países, la pandemia de la Covid-19 perjudicó gravemente la prestación de servicios de salud, con servicios para las enfermedades tropicales

desatendidas interrumpidos en el 44% de países. “Las intervenciones de base comunitaria, como los programas de tratamiento a gran escala, se ven afectadas en casi el 60% de los países. Otras actividades, incluidas las campañas de concienciación comunitaria y educación sanitaria, se ven afectadas en el 52% de los países”.

Además, el impacto en la cadena de suministro de tratamientos también ha sido muy grande. Cabe recordar que, en estos países, la compra de medicamentos para las enfermedades desatendidas no la realiza el Estado, sino que llega a través de donaciones. En los meses más duros del confinamiento y de la pandemia, cuando los aviones no llegaban, los pacientes no tuvieron acceso a tratamiento.

Es muy difícil pronosticar y conocer las cifras del impacto que tendrá la llegada de la Covid-19 en otras enfermedades, así como obtener datos reales sobre el exceso de mortalidad -directa e indirecta- en estos países. Pero lo más probable es que en el medio-largo plazo, países como Benín, por ejemplo, que [suma poco más de 100 muertes](#) a causa de la Covid-19, sufrirá un incremento notable de casos y muertes de paludismo o VIH ante los cortes de suministro, la desviación de fondos de la ayuda exterior y la recolocación de recursos materiales y humanos.

HACIA UN NUEVO MODELO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

La **pandemia** de Covid-19 ha puesto de manifiesto muchas problemáticas relativas a la importancia de la salud global. Además de remarcar la enorme desigualdad en el acceso a la salud existente entre el mundo rico y el mundo menos desarrollado, también ha demostrado que tenemos un sistema de innovación de medicamentos y vacunas que funciona mal, movido y motivado por los intereses económicos y la propiedad intelectual y no por las necesidades sanitarias de la población mundial.

La industria farmacéutica no está siendo capaz de abastecer todas las dosis de vacunas necesarias que el mundo necesita mientras que, protegidas por las normas de propiedad intelectual y por contratos y prácticas sin apenas transparencia, obtienen beneficios desproporcionados y se niegan a compartir las recetas de las vacunas para que otros laboratorios puedan producirlas. Y todo ello pese a la ingente cantidad de dinero público que se ha invertido en la investigación y en el desarrollo de las vacunas.

Ante el problema actual de producción y suministro, una de las soluciones que se está discutiendo y que apoyan ya centenares de países, organizaciones y sociedad civil es la suspensión temporal de las patentes de las vacunas y otras tecnologías sanitarias de la Covid-19. [Una propuesta que India y Sudáfrica lanzaron en octubre de 2020](#) en el seno de la Organización Mundial del Comercio pero que, ante el rechazo de un pequeño número de países ricos, no ha conseguido el consenso necesario.

La suspensión de patentes es el primer paso, pero no el único. Esa medida debe ir acompañada de mecanismos que apoyen la transferencia de conocimiento y la capacidad de manufactura en otros países, especialmente en los de rentas medias y bajas, para que éstos puedan ser autosuficientes en la lucha contra esta y otras pandemias presentes y futuras.



Otra muestra del mal funcionamiento del modelo actual de I+D se demuestra al ver que, desde hace años, la industria farmacéutica ha centrado sus investigaciones en las enfermedades más rentables -como las oncológicas- y ha puesto una atención muy escasa a enfermedades infecciosas o enfermedades tropicales y asociadas a la pobreza, que ante la escasa perspectiva de beneficios siguen sin tener vacunas efectivas, medicamentos eficaces o tecnologías sanitarias adecuadas a su gravedad: de las 20 enfermedades tropicales desatendidas solo existe vacuna para la rabia y el dengue.

El ejemplo del interés de las farmacéuticas hacia las enfermedades más rentables se ilustra fácilmente: se prevé que la industria va a redirigir sus investigaciones hacia la producción de vacunas de la Covid-19, y que eso pueda generar un problema de aprovisionamiento de vacunas esenciales para sarampión, neumococo, meningitis o colera, por ejemplo. Vacunas que son baratas, pero que en el nuevo panorama mundial dejan de ser atractivas para la industria. El aumento de producción de vacunas para la Covid-19 podría

ser a expensas de las vacunas fundamentales para los niños.

No sabemos cómo será el mundo post-covid pero desde luego hay un gran número de lecciones que podrían llegar para quedarse. Lecciones sobre la necesidad del cambio del modelo de I+D y sobre el excesivo poder de la industria farmacéutica; sobre la importancia de la inversión pública y el fortalecimiento de los sistemas de salud; sobre los problemas y barreras para el acceso que generan las patentes y las normas de propiedad intelectual; sobre la necesidad de una mayor transparencia en la cadena de investigación y en los contratos público-privados; sobre lo fundamental de las herramientas diagnósticas para todas las enfermedades; y, especialmente, sobre la terrible desigualdad que existe en el acceso a la salud en el mundo.

Existen, quizá, motivos para ser optimistas: la llegada de una pandemia que ha afectado de manera brutal a los países ricos ha puesto encima de la mesa cuestiones sobre salud pública que hace hasta hace poco estaban fuera del debate.



Julio 2021

Un documento realizado con el apoyo de Anesvad.