

LAS DESIGUALDADES MUNDIALES Y LA COVID-19

La vacunación, el nuevo “Apartheid”

Por M.Sc. Eneida López

INTRODUCCIÓN

Las pandemias por las que ha pasado la humanidad rara vez han afectado a la población de manera uniforme. Esta desigualdad, se ha relacionado con las condiciones de vida de las personas afectadas, en particular se ha encontrado que donde hay pobreza, malas condiciones de salud y del ambiente, el número de individuos que se enferman y que fallecen es mayor que para aquellos que tienen mejores condiciones económicas, de vida y de salud ⁽¹⁾. Un ejemplo de

ello se evidenció en la pandemia que se denominó “de la muerte negra” o peste bubónica, ocurrida a mediados del siglo 14 (Fig.1), cuando la población mundial se redujo en un tercio, y los mas afectados fueron los más pobres quienes además presentaron el mayor número de casos y fallecidos ⁽¹⁾.

La Europa Medieval, fue muy afectada por esta pandemia, debido a que su población era formada por una gran cantidad de campesinos, que estaban

mal nutridos y que además eran explotados ⁽²⁾. Esta peste que duró durante 4 siglos produjo una mortandad entre 75 y 200 millones de personas. Otra pandemia relevante fue la mal llamada gripe española (Influenza), ocurrida entre 1918 y 1920, la cual causó mas de 50 millones de fallecidos y produjo estragos en las zonas más pobres de Europa. En España los relatos sobre casos y fallecidos quedaron bien documentados por la prensa local, ya que ese país era neutral durante la

primera Guerra Mundial y la prensa no estaba censurada como en los demás países tales como Italia, Francia y Alemania quienes no reportaban, por estrategia, sus casos reales.

Efectivamente, en España, indica un reportaje del periódico “El independiente de Granada” en marzo de 2020, sobre la Gripe Española, se mostraban los casos y fallecidos reales, en Granada, por ejemplo, los periódicos: “El Defensor”, “el Noticiero Granadino”, y la “Gaceta del

Sur”, tenían una página fija donde colocaban sus denuncias y como avanzaba la epidemia de Gripe ⁽³⁾. En estos periódicos se indicaron como en las zonas pobres los casos eran cada vez mayores mientras en las zonas de gente pudiente y con mejores condiciones de vida la afectación era menor. En este reportaje se cataloga la gripe española como: “...la **pandemia de los pobres, hambrientos y desheredados**: el virus mortífero no se llevó a casi nadie de la clase pudiente que residía en los barrios ricos de

Granada” ⁽³⁾.

En 2009 la H1N1, y otras epidemias anteriores o sucesivas como el SARS (2002 -2003), el MERS (2012, 2014-2015), Ébola (2014-2016 y 2018), ZIKA (2016), han causado estragos en los países más pobres, de África, América del Sur y Asia.

Después de la experiencia con estas pandemias, en algunas se desarrollaron vacunas que lograron ser efectivas para combatirlas, al menos en el caso





Figura 1. (izquierda): Ilustraciones de la biblia, de dos apuestos llenos de bubones. (Derecha): Fotografía tomada durante la gripe española, en la foto una mujer tiene un letrero que dice: “Use la máscara o vaya a la cárcel” Tomado de: <https://revistasipgh.org/index.php/anam/article/view/844/1236>

de la influenza estacional, las cuales afectan en gran medida los países del primer mundo como los Estados Unidos. El hecho de afectar al primer mundo hace que se destine mucho presupuesto a esta enfermedad, se invierte en investigación y se logre realizar, por ejemplo, vacunas efectivas o tratamientos robustos. Cada año, diferentes países desarrollados y en vías de desarrollo unidos en red, reportan sus casos y hacen aislamiento y caracterización del virus de influenza circulante de ese año para fabricar vacunas más específicas y efectivas, que eviten o disminuyan los casos y posibles fallecidos, previniendo nuevos brotes epidémicos. Sin embargo, cuando existen otras enfermedades que no afectan directamente la población de los países desarrollados, se tienen que organizar los países que las padecen, (generalmente los más pobres) y esperar algún presupuesto, para investigar o desarrollar vacunas, o tratamientos. Muchas de estas enfermedades son las llamadas

por la OMS, enfermedades desatendidas o transmitidas por vectores. En este panorama de desigualdad y desequilibrio, surgió la nueva pandemia, la COVID-19.

La COVID-19 y la remarcación de las desigualdades existentes y las nuevas.

Las desigualdades, como ya se ha reportado por diferentes organismos internacionales, como la OMS, OXFAN, ONU (PNUD), investigadores, médicos sin fronteras, UNESCO, OMC, UNICEF, CLACSO, entre otros, se han visto agudizadas con la pandemia COVID-19.

Valenti, un investigador del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) (4), resume que las desigualdades agudizadas por la pandemia se pueden dividir en tres planos: “entre estados centrales y periféricos, entre sectores sociales, y entre Estados y grandes corporaciones”, esto implica según el autor que “en

todos los niveles los débiles son cada vez más débiles y los fuertes cada vez más fuertes. El orden injusto y caótico que rige a nivel global es cada vez más conflictivo y volátil, y nuestra región es una de las más afectadas”.

La pandemia COVID-19, aceleró el aumento de la desigualdad, la concentración de la riqueza y la destrucción de empleos, se produjo un mayor endeudamiento de los Estados, para tratar de mitigar los efectos de la pandemia, se disparó la tensión geopolítica y geoeconómica; aumentó el proteccionismo (del sector industrial) en las potencias; el crecimiento económico mundial continuó siendo empujado por Asia -particularmente por China- y se ha observado una estancamiento o caída en EE. UU. y Europa (4). En cuanto a las desigualdades sociales, según un estudio del Banco Mundial, refiere Valenti, más de 350 millones de personas pudieran



Figura 2. Niño de 11 años revisa sus libros de estudio en casa, ya que no tiene acceso a clases virtuales. Según UNICEF, uno de cada tres niños no puede acceder a clases a distancia. Tomado de: https://global.unitednations.entermediadb.net/assets/mediadb/services/module/asset/downloads/preset/Libraries/Production+Library/27-08-2020-UNICEF_UNI362245_child_studies_book.jpg/image1170x530cropped.jpg

caer en la pobreza y 100 millones en la pobreza extrema.

Igualmente, la CEPAL, indica que para Latinoamérica esta situación es grave, 30 millones de personas caerían en la pobreza extrema y 46 en la pobreza. En contraposición a esto, existe un pequeño grupo de billonarios que se está haciendo cada vez más rico, debido al aprovechamiento de la situación de la pandemia. Estos empresarios están ligados en su mayoría, a la industria tecnológica y al comercio electrónico, “que son los grandes beneficiarios de la pandemia”. Para tener una idea clara de esta situación, se detalla que “**las 50 personas más ricas del mundo aumentaron sus ingresos este año en USD 413.000 millones, prácticamente el PBI de Argentina en 2019 (USD 449.663 millones)**” (5).

Desigualdades en la niñez y adolescencia

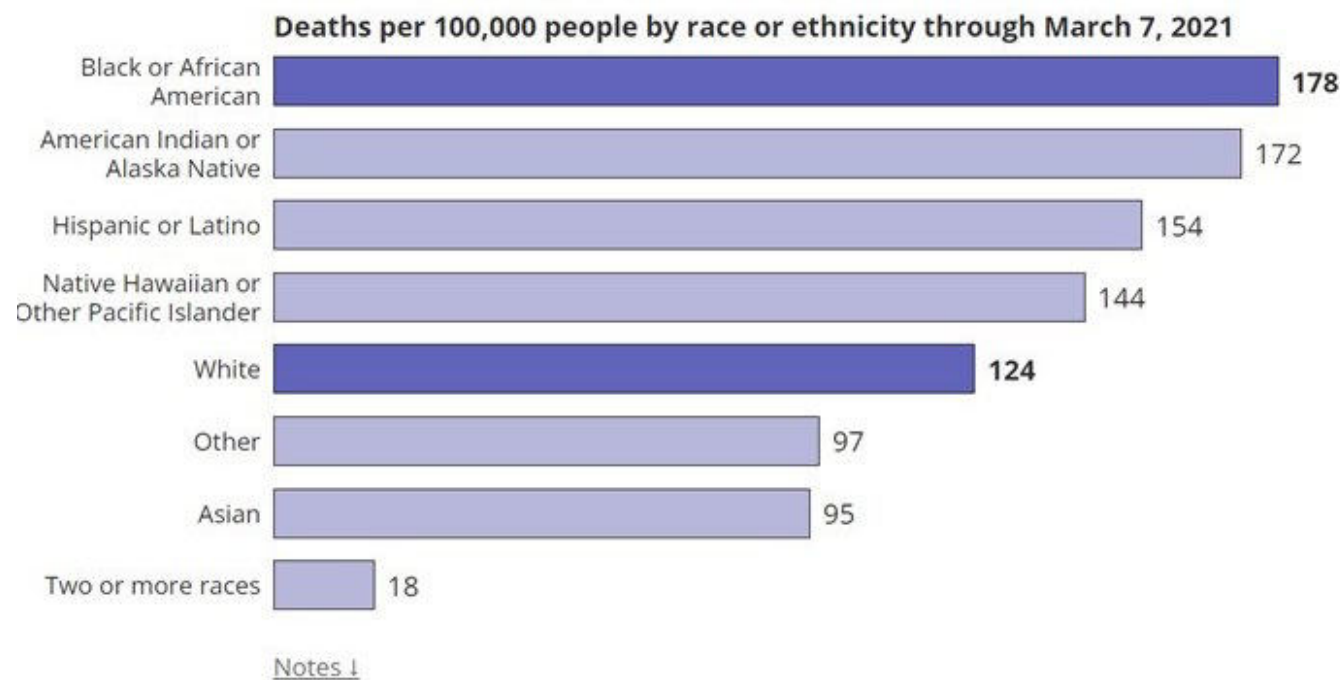
La pandemia ha afectado la niñez y la juventud, los niños no han podido asistir a las escuelas y muchos no disponen de mecanismos para recibir clases virtuales (brecha digital) y los jóvenes en su mayoría han perdido sus trabajos, como lo indica la UNICEF. En América Latina y el Caribe 13 millones de niños no pueden acceder al aprendizaje remoto; en África 121 millones, en Asia Oriental y el Pacífico 80 millones, en Oriente Medio 37 millones, y en Europa del Este Asia central 27 millones (6) (Fig. 2).

Desigualdades de género:

Las pandemias en general no afectan igual a los hombres y a las mujeres, la COVID-19 no es una excepción, desde el inicio de la pandemia se observó una mayor afectación

en los hombres que en las mujeres, aunque las mujeres se enfermaban en mayor cantidad, los hombres se enfermaban gravemente y fallecían. Esto aún no tiene una respuesta biológica clara, pero al parecer es debido a las hormonas femeninas y a la mayor actividad de los genes ligados al cromosoma X, como se ha reportado, pero sin menospreciar la influencia que sobre estas diferencias se han atribuido a los hábitos saludables de vida de las mujeres en relación con los hombres (7). Las desigualdades más importantes que si están afectando a las mujeres más que a los hombres, es que se ha triplicado la labor de las mujeres, son ellas las cuidadoras oficiales de los enfermos, las que se ocupan en su gran mayoría de los niños y los ancianos, las que en igualmente se encuentran en la primera línea de batalla

Nationwide, Black people have died at 1.4 times the rate of white people.



We've lost at least 73,462 Black lives to COVID-19 to date. Black people account for 15% of COVID-19 deaths where race is known.

Figura 3. Número de muertes por COVID-19 en EE. UU, se observa la clara diferencia entre los blancos norteamericanos y las minorías étnicas (negros afroamericanos, Indios americanos, Hispanos o latinos, hawaianos) tomado de: <https://covidtracking.com/race>).

en los centros de salud, y para completar este panorama, es un hecho comprobado que se ha incrementado la violencia doméstica de los hombres sobre las mujeres ⁽⁸⁾.

Desigualdades étnicas

En los países del Norte, que mantienen el legado del racismo, sobre todo, en los estados creados por colonos blancos, como Estados Unidos y Canadá, han dejado a las comunidades históricamente marginalizadas en más alto riesgo de sufrir los efectos de la COVID-19 y de carecer de acceso a agua limpia

y segura y al saneamiento. La literatura crítica sobre los determinantes sociales de la salud reconoce que el racismo es uno de los principales factores responsables de los peores resultados de la salud pública entre las comunidades racializadas e indígenas en Estados Unidos y Canadá ⁽⁸⁾.

Una enfermedad como la COVID-19, que puede incrementar los problemas de salud y deficiencias infraestructurales preexistentes, constituye un grave riesgo para estas comunidades, que

siempre han sido discriminadas en cuanto a educación, empleo, vivienda, atención sanitaria, entre otras. Efectivamente así ha ocurrido, la COVID-19 ha provocado la disminución de los ingresos familiares y el deterioro de la capacidad adquisitiva, entre las minorías afrodescendientes, hispanos y latinos.

Esta problemática se ha enrarecido, además por la agudización de los conflictos étnico-raciales y las protestas y movilizaciones que ocurrieron con el asesinato de George Floyd en mayo 2020, los

atropellos y vejaciones infligidos a estas minorías que han sido sistemáticamente excluidas, se incrementaron, por lo que cabe resaltar que la pandemia tiene un componente de clase y étnico-racial. Si bien el virus puede contagiar a cualquier individuo, la probabilidad de ser contagiado, y los efectos que ese contagio pueden tener en la salud y muerte de la persona varían sustancialmente según condiciones sociales, políticas, demográficas y económicas. Las estadísticas revelan esta cruda realidad, como se puede observar en la **Fig. 3** reportada por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) en USA.

¿La vacuna una esperanza de vida..., pero para quienes?

Como se escribió al inicio de este artículo, ya existían desigualdades que se evidenciaron o empeoraron con la pandemia, de tal manera que no podían ocultarse. El 04 de noviembre 2021, el director General de la OMS el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus anunció en rueda de prensa que: “Veintidós meses desde que se notificaron los primeros casos de COVID-19, y casi un año desde que se aprobaron las primeras vacunas, los casos notificados y las muertes por COVID-19 están aumentando de nuevo” recordó que ya se han registrado más de cinco millones de muertes, aunque “sabemos que la cifra real es mayor”. Y destacó que la pandemia no está acabada

“seguimos perdiendo a más de 50.000 de nuestros hermanos y hermanas cada semana”; esto es algo que “no debería estar pasando” porque tenemos las herramientas para evitarlo ⁽⁹⁾.

Lo más importante recalcó el Director de la OMS, es que a pesar del incremento de casos de COVID-19 en números casi récords, las nuevas muertes se sitúan aproximadamente en la mitad de los niveles máximos de hace un año y esto no es otra cosa que el producto de la vacunación (**Fig. 4**).

Según la página web de Our world in data, del 13 de noviembre, el 51.5 % de la población mundial ha recibido al menos una dosis de vacuna contra la COVID-19, 7.41 billones de dosis han sido administradas, y 28.5 millones se administran cada día, pero de estos solo el 4,5 % de los países de bajos ingresos han recibido al menos una dosis de ella.

Como se puede observar en el mapa de la **Fig. 5**, existe una desigualdad a nivel mundial en relación con las vacunas recibidas, esto se debe básicamente a que los países ricos han reservado sus dosis de vacunas y han dejado desasistidos a la mayor parte de la población mundial. Los países con altos ingresos lograron controlar el suministro de vacunas, así tenemos por ejemplo que el Reino Unido, compró 367 millones de dosis de vacunas

de diferentes proveedores, este número es cinco, veces más que su población de 69 millones **(10)**.

Por otra parte, Canadá, New Zelandia y Australia han comprado al menos 4 dosis de vacunas por cada uno de sus habitantes. Mientras que los países de ingresos bajos dependen del acceso a COVAX, que es el fondo para el acceso global a las vacunas, que fue puesto en marcha por la OMS **(10)**. Esta actitud de los países ricos representa una grosería que refleja el poder y la falta de escrúpulos de sus gobiernos, que hacen que su acaparamiento, incrementa la vulnerabilidad hacia la pandemia de los países de bajos ingresos que no pueden comprar vacunas.

La **Fig. 6** muestra algunos países seleccionados del sistema de datos de la página web: Our World in data (Selección propia), considerando su representatividad por continentes, para comparar el porcentaje de su población que han logrado vacunar completamente (con las dosis indicadas por los fabricantes) y los que hasta ahora tienen una sola dosis de la vacuna (Independientemente de la vacuna colocada). Como se puede observar los Emiratos Árabes Unidos tienen el mas alto porcentaje 98%, de personas vacunadas con dos dosis, mientras que países como Kenya, Etiopía, y Nigeria no llegan ni al

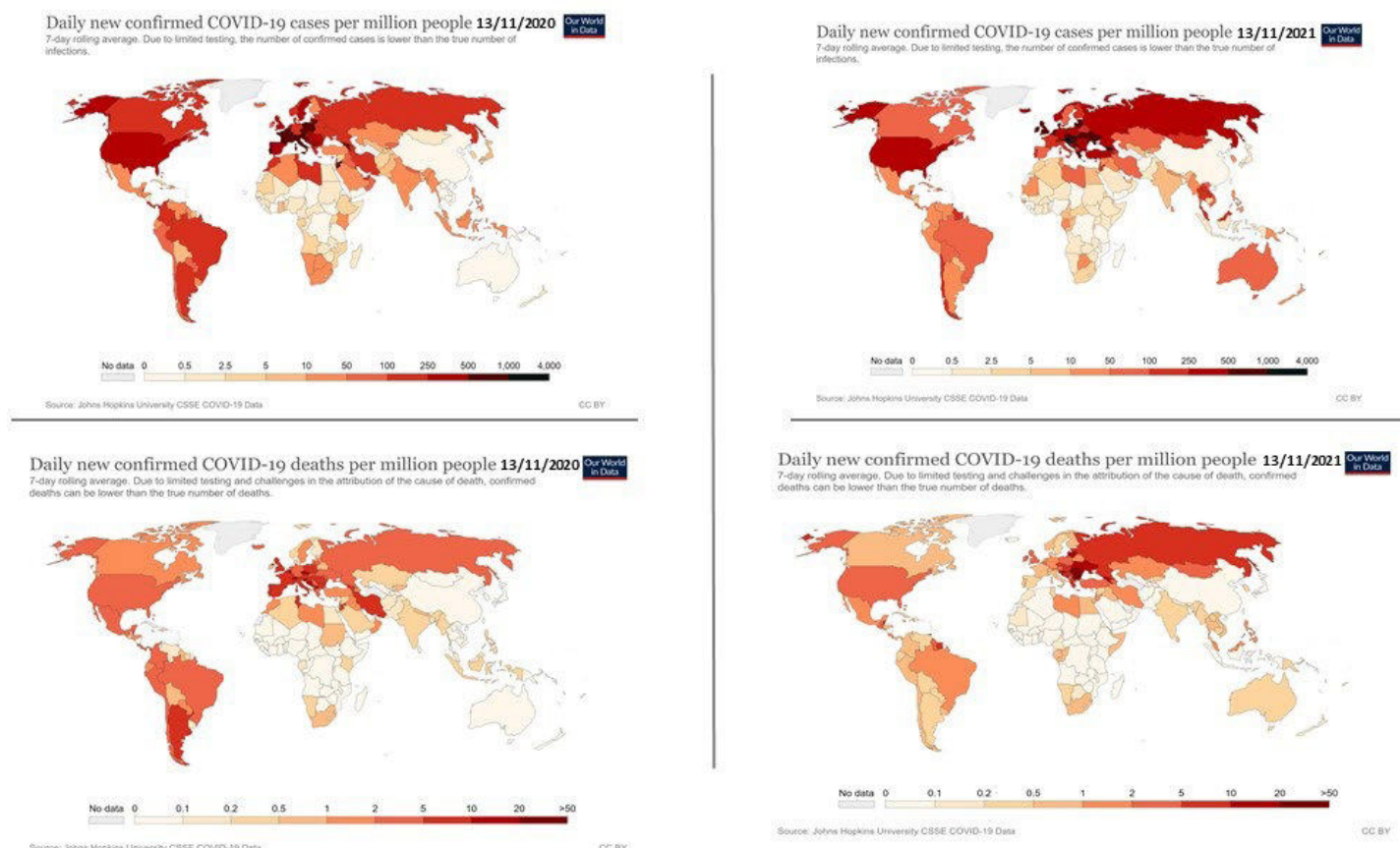


Figura 4. Mapas de la distribución mundial de nuevos casos diarios y fallecidos por la COVID-19, comparando noviembre 2020, sin vacunas y noviembre 2021 con vacunas. Tomado de https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?tab=map&zoomToSelection=true&time=2020-09-22&facet=none&uniformYAxis=0&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Align+outbreaks=false&country=USA~VEN~Africa~ARG~BOL~BRA~CHL~CHN~CUB~ECU~IND~OWID_KOS~MEX~PRY~ESP~TTO

10 %.

La desigualdad marcada de la distribución de vacunas o el “Apartheid” de las Vacunas.

Desde que la OMS declaró la pandemia, se han dado varios casos en los que la propiedad intelectual ha obstaculizado la fabricación y suministro de diagnósticos y equipos de protección, como lo denuncia la organización Médicos sin fronteras ⁽¹¹⁾. Refieren que la aprobación de las primeras vacunas contra el coronavirus ha “desnudado al emperador” ante los ojos de todos, ya que existe una evidente falta de concordancia entre la capacidad

de fabricación y la demanda global de vacunas. Los países con más capacidad de negociación (y de pago) han acaparado dosis hasta cantidades que permitirían vacunar entre tres y cinco veces a su población. Esto provoca la reducción de por sí pequeño “pastel de las vacunas” y a generar una mayor desigualdad ⁽¹¹⁾.

En 2021, la industria farmacéutica espera producir entre 10.000 y 14.000 millones de dosis de vacunas; pero ya casi dos tercios de esta han sido reclamados por los países ricos, como lo han indicado la propia industria farmacéutica ⁽¹¹⁾. Con ello estamos

en alto riesgo de lo que se ha venido llamando el “Apartheid de las vacunas”, que sin duda va a producir la muerte de muchas personas. Por otra parte, va a provocar la aparición de nuevas variantes del virus SARS CoV-2, que también incrementaría el número de personas enfermas o fallecidas. Si los primeros 2.000 millones de dosis de vacunas se distribuyeran en proporción a la población de cada país, indican la mortalidad mundial podría reducirse en un 61 %. En cambio, si los 47 países más ricos acaparan las dosis, la reducción será solo del 33 % ⁽¹¹⁾.

Solicitud de suspensión de patentes:

Existen movimientos que han estado solicitando la suspensión de las patentes de todo lo relacionado al COVID-19, de manera temporal para tratamiento, diagnóstico, vacunas, equipos de uso indispensable en los hospitales entre otras tecnologías, hasta que se alcance la inmunidad de grupo mundial, 70 – 90 % de la población inmunizada. De salir adelante, la suspensión temporal de las patentes “daría entrada a más fabricantes y permitiría superar el cuello de botella” que limita la producción actual de vacunas ⁽¹¹⁾.

Se hizo un esfuerzo público para el desarrollo de las vacunas, ya que se empleó presupuesto del gasto público de diferentes Estados (es decir dinero de los contribuyentes), para el desarrollo de vacunas (además recurrieron a las personas para realizar los ensayos clínicos), pero la industria farmacéutica ha declarado que no tienen planes de transferir su tecnología. En mayo de 2021, se creó por la OMS el acceso mancomunado a la tecnología y ninguna de las empresas farmacéuticas se ha unido a esta iniciativa, con lo cual se ha disminuido la posibilidad de incrementar la producción.

Médicos sin fronteras publicaron los fondos públicos recibidos por las farmacéuticas y les dicen, por qué si usaron semejantes

cantidades ahora quieren recibir grandes beneficios privados y no para la población.

- GlaxoSmithKline y Sanofi Pasteur: **1.740 millones de euros**
- Novavax: **1.740 millones de euros**
- AstraZeneca y la Universidad de Oxford: **1.400 millones de euros**
- Johnson & Johnson y Biological E: **1.250 millones de euros**
- Moderna: **800 millones de euros**
- Pfizer y BioNTech: **370 millones de euros**

La OMS, también ha denunciado que las empresas farmacéuticas mienten y dan excusas inaceptables para no entregar las vacunas que habían prometido: “Seguimos escuchando excusas sobre por qué los países de bajos ingresos sólo han recibido el 0,4 % de las vacunas del mundo. Una de ellas es que los países de bajos ingresos no pueden absorber las vacunas. Eso no es cierto. Con la excepción de unos pocos países frágiles, afectados por conflictos y vulnerables, la mayoría de los países de bajos ingresos están preparados” ⁽⁹⁾. “La mayoría de los países de bajos ingresos dependen de COVAX, que tiene el dinero y los contratos para comprar las vacunas en su nombre. Pero los fabricantes no han cumplido su parte”, la OMS continúa esperando ser dotados de las vacunas para poder distribuir las.

Además, el director de la OMS agregó que: “no deberían ir más vacunas del COVID-19 a los países que ya han vacunado a más del 40 % de su población, hasta que COVAX tenga las vacunas que necesita para ayudar a otros ⁽⁹⁾.”

A todas estas pareciera que se burlan del mundo cuando ya hemos visto como Pfizer anunció que después de 8 meses se puede vacunar las personas que lo requieran con una tercera dosis, y de hecho lo están haciendo, mientras que América Latina solo el 28 % de la población ha completado su esquema de vacunación.

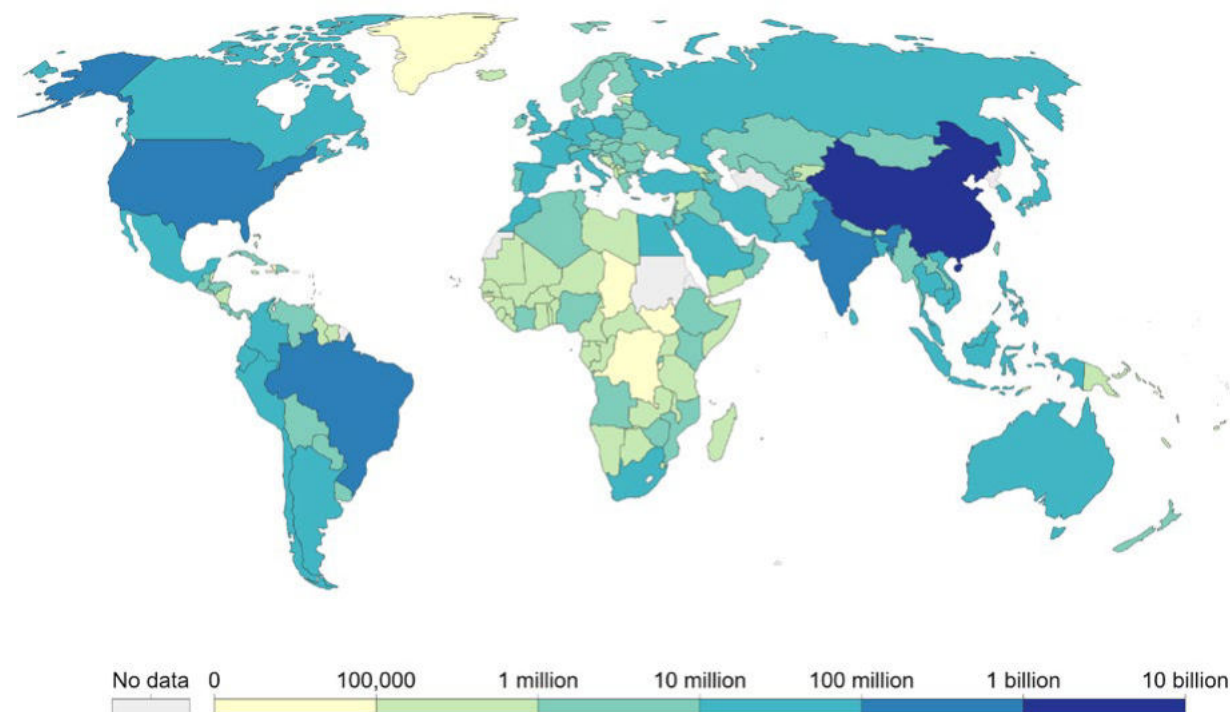
La desigualdad en el trato que se le otorga a las farmacéuticas

El tratamiento desigual a los fabricantes de vacunas por los países poderosos, se evidencia en la vacuna rusa, la Sputnik V, (planteado en el artículo “La Guerra de las Vacunas” de la Revista El Vitral de la Ciencia N° 1). Las vacunas de las grandes empresas consiguieron rápidamente su empleo de “Emergencia a nivel mundial”, pero desde que se aprobó en su Rusia el uso de la Sputnik V, se exigía a sus creadores la publicación de sus resultados en revistas reconocidas, pero aun después de publicado por la revista Lancet todos los resultados de la fase I, II e inclusive la III, continúan con el cuestionamiento de su calidad e

Number of people fully vaccinated against COVID-19

Total number of people who received all doses prescribed by the vaccination protocol.

Our World
in Data



Source: Official data collated by Our World in Data. Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.
CC BY

Figura 5. Dosis de vacunas completas (al menos dos dosis) recibidas contra la COVID-19, en el Mundo. Datos actualizados hasta el 11 de noviembre de 2021. Tomado de <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?tab=map&zoomToSelection=true&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=People+fully+vaccinated&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=false&Align+outbreaks=false&country=~ALB>.

inocuidad, a pesar que diferentes vacunas de otras empresas farmacéuticas han presentado comprobados efectos adversos.

La OMS, inclusive solicitó a Rusia más información sobre su vacuna, porque ante todo debía asegurarse que la misma fuese además de eficaz, segura, es decir que no mostrara efectos adversos que pudieran perjudicar la salud de las personas. Sin embargo, permanece la duda y no está claro por qué la OMS, continua con esa posición. Según una publicación en la página web de la revista Nature del 06 de Julio 2021, titulado “**La creciente**

evidencia sugiere que la vacuna Sputnik COVID es segura y efectiva”, escrita por Bianca Nogrady ⁽¹²⁾, se indica como esta vacuna ha incrementado su confianza a nivel mundial. La autora reseña lo siguiente: “Sputnik V..., fue la primera vacuna COVID-19 registrada para su uso en cualquier país, y desde entonces ha sido aprobada en 67 países, incluidos Brasil, Hungría, India y Filipinas. Pero la vacuna, y su hermana de una dosis, Sputnik Light, aún no ha recibido la aprobación para uso de emergencia de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o la Organización Mundial

de la Salud (OMS)”. Siendo que la aprobación de la OMS es crucial para la distribución generalizada a través de la iniciativa COVAX, de las vacunas a los países de menores ingresos, su no aceptación todavía con relación a las otras vacunas es inexplicable.

Si bien, existían dudas esas “preocupaciones”, se disiparon cuando los resultados del ensayo de fase III, publicados en febrero 2021 por los desarrolladores de la vacuna, sugirieron que esta era 91,6 % eficaz en prevenir la infección sintomática por COVID-19 y 100 % eficaz para prevenir infecciones graves. Sin

embargo, algunos científicos criticaron a los autores del artículo, por no proporcionar acceso a los datos brutos de los ensayos en etapa inicial, y expresaron su preocupación por los cambios en el protocolo de administración de la vacuna y las inconsistencias en los datos. Estas dudas, fueron respondidas por los científicos rusos alegando que habían proporcionado a las autoridades reguladoras “todos los datos necesarios para obtener la aprobación y que los datos incluidos en el artículo eran suficientes para que los lectores confirmaran la eficacia de la vacuna” ⁽¹²⁾.

Nogrady expone que, a pesar de la ausencia de la aprobación de la EMA o la OMS, de la vacuna rusa, varios países incluidos Corea del Sur, Argentina e India, ya están fabricando la Sputnik V. La India planea enviar al menos 850 millones de dosis, para ayudar a acelerar la vacunación de su población en riesgo. Muchos otros países, como Hungría e Irán, están importando Sputnik V, y se ha convertido en un elemento clave de sus campañas de vacunación. Sin embargo, el regulador de salud de Brasil, rechazó una solicitud para importar Sputnik V en abril 2021 debido a “preocupaciones por la falta de datos sobre seguridad, calidad y efectividad”, esta decisión se revirtió en junio de este año, pero la vacuna fue aprobada solo para adultos sanos ⁽¹²⁾.

Otro dato interesante, que se publicó en este artículo de Nature, fue lo reportado por la viróloga Alyson Kelvin de la Universidad de Dalhousie en Halifax, Canadá, quien dice que existe la teoría que apunta a que el trastorno de la coagulación pudiera estar asociado con las vacunas de vectores virales, pero también agrega: “No creo que tengamos la causa exacta de qué componente de esas vacunas lo está causando”, O si el Sputnik también podría verse afectado. La viróloga señala que, aunque el estudio de fase III de Sputnik V inscribió solo a 21,977 personas y que esto no era suficiente para detectar eventos adversos raros, la vacuna actualmente, se está usando ampliamente en todo el mundo, por lo tanto, si existieran estos eventos adversos ya deberían aparecer informes indicando su existencia y esto no ha ocurrido ⁽¹²⁾.

Por otra parte, los desarrolladores de Sputnik V han acusado a la Unión Europea de parcialidad, citando un comentario del comisionado de mercado interno de la UE, Thierry Breton, en marzo 2021, la UE “no tiene absolutamente ninguna necesidad del Sputnik V”. Además, otros investigadores como Kulish, sugirió que también hay una postura “pro-Pfizer” dentro de la EMA que está obstaculizando la búsqueda de autorización de Sputnik.

Finalmente, en el artículo también refieren las preocupaciones sobre la vacuna en la propia Rusia. Los resultados de una encuesta realizado en marzo 2021, indicaron que el 62 % de los rusos no planeaba vacunarse. Por lo que Rusia ahora está introduciendo vacunas obligatorias para algunos trabajadores del gobierno y otros para aumentar las tasas de vacunación. Actualmente se están realizando otros estudios en países que han aprobado la Sputnik V, incluidos Argentina, Venezuela, Rusia y Turquía, que deberían ayudar a construir una imagen más precisa de la seguridad y eficacia de la vacuna ⁽¹²⁾.

El proceso de vacunación en Venezuela

A pesar del bloqueo para la adquisición de vacunas, gracias a la asociación y el convenio firmado con Rusia en diciembre, el 13 de febrero 2021, llegó el primer lote de vacunas Sputnik V a la República Bolivariana de Venezuela. Se inició vacunando los sectores priorizados, salud, policial y educativo, continuando después con los mayores de 60 años en especial los que padecían algún trastorno o enfermedad crónica, que lo hiciera mas vulnerable a la COVID-19. Hasta septiembre de este año, se habían vacunados con dos dosis completas, 151.896, según lo reportado por la página web: Our world in data. Después de un tortuoso

camino para logra adquirir las vacunas del programa COVAX, el 7 de septiembre de 2021, la OPS/OMS indicó que Venezuela recibió 693.600 dosis de vacunas contra la COVID-19, como parte del primer envío realizado al país por ese mecanismo.

La OPS afirmó que las vacunas fueron adquiridas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, agente de adquisición reconocido ante COVAX para los países de la región de las Américas, con recursos propios del país, y constituyen el primer lote del total de 12.068.000 dosis de vacunas que recibiría Venezuela por medio de este mecanismo global ⁽¹³⁾. Esta es la primera de varias entregas que se realizarán hasta completar la cantidad de dosis de vacunas necesarias para inmunizar a aproximadamente el 20 % de la población total del país, dentro de la cual se encuentran los grupos priorizados en seguimiento a las recomendaciones de la OMS.

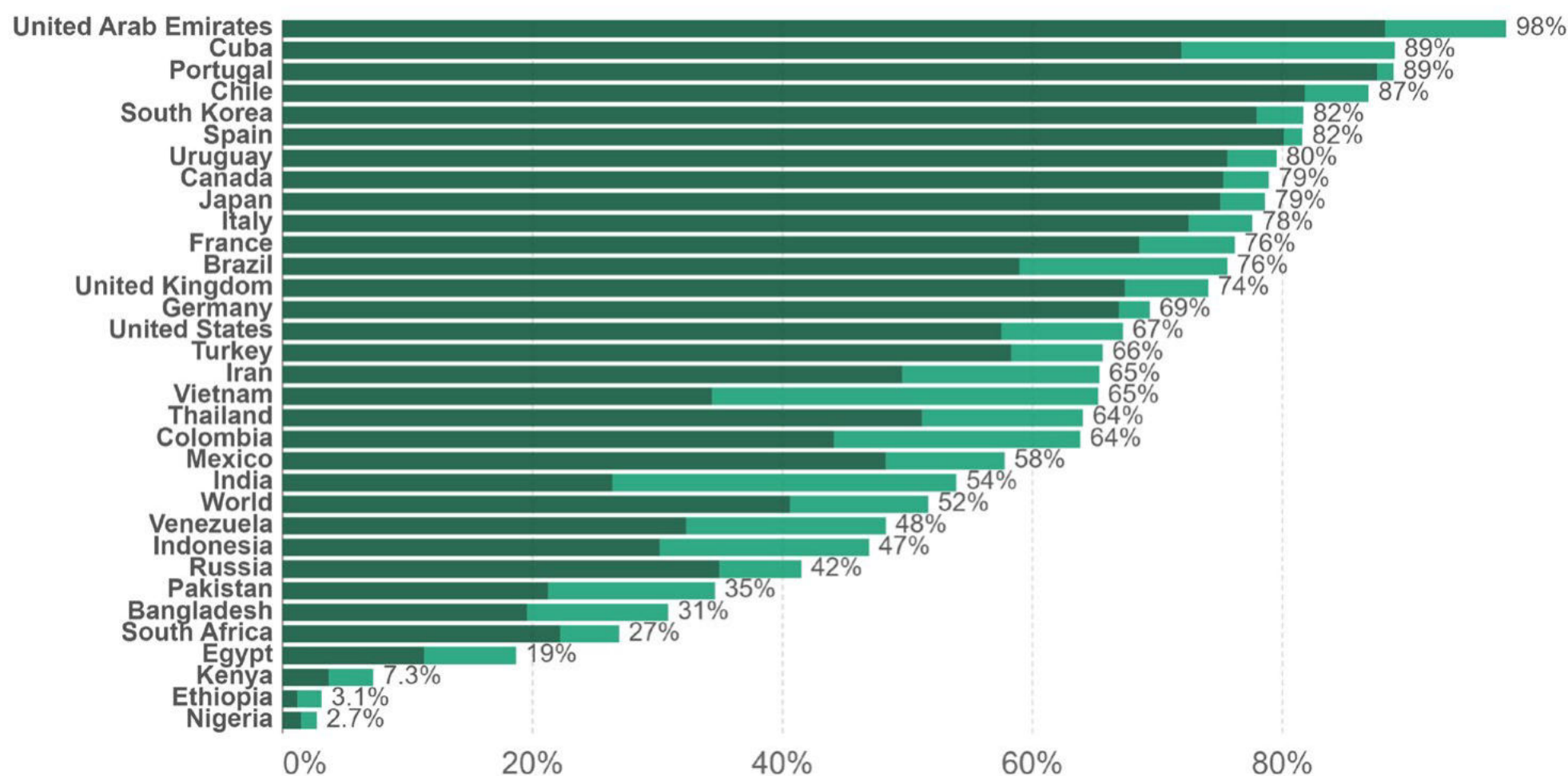
La OPS informó que ellos, Unicef y otros socios, han acompañado al MPPS en el proceso técnico de planificación de la introducción de la vacuna contra la COVID-19, Esto incluye la definición de poblaciones priorizadas y las estrategias de vacunación, además del seguimiento de los aspectos logísticos para el despliegue de la vacuna ⁽¹³⁾. Se han aunado esfuerzos para el uso de recursos de Venezuela en el exterior para garantizar

Share of people vaccinated against COVID-19, Nov 13, 2021

Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.

Our World
in Data

■ Share of people fully vaccinated against COVID-19 ■ Share of people only partly vaccinated against COVID-19



Source: Official data collated by Our World in Data. This data is only available for countries which report the breakdown of doses administered by first and second doses in absolute numbers.
CC BY

Figura 6. Proporción de personas vacunadas contra la COVID-19 que han cumplido con una dosis y dos dosis según el protocolo. Tomado de <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?tab=map&zoomToSelection=true&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=People+fully+vaccinated&Interval=Cumulative&Relative+to+Population=false&Align+outbreaks=false&country=-ALB>

la cadena de frío y conservar correctamente las vacunas.

Esta primera entrega se realizó con vacunas producidas por el laboratorio Sinovac Biotech e incluidas en la lista de uso de emergencias de la OMS. Esto significa que se ha evaluado su calidad, su seguridad, y que las vacunas cumplen las normas

internacionales de inocuidad, eficacia y fabricación, afirmó el representante de la OPS.

Venezuela recibió el 11 de noviembre 2021, un lote de vacunas de Sinopharm, esto completa 5.875.200 dosis del total de 12.068.000 pagadas por Venezuela a COVAX, en el marco del acuerdo firmado (Fig. 6).

Estas noticias alegraron a los venezolanos, que pasamos por la angustia de no podernos vacunar y ver familiares y amigos enfermarse y en el peor de los casos fallecer con la COVID-19, no es justo que Venezuela haya tenido que pasar por esto. El presidente Nicolás Maduro en una alocución transmitida por el canal del

estado VTV, dijo lo siguiente “O nos mandan las vacunas o nos devuelven el dinero. Y nosotros, si nos devuelven el dinero, sabremos dónde ir a comprar porque ya hemos conversado con instituciones mundiales, multilaterales, para hacerlo”.... “Ya basta de burla contra el pueblo de Venezuela del sistema Covax, alguien tiene metida la

mano ahí para que no vengan las vacunas a Venezuela”. Estas quejas las realizó el mandatario venezolano al asegurar que su gobierno había cumplido con el pago de US\$120 millones requerido para la adquisición de las dosis, que seguían sin recibir. Esta información fue publicada por el diario BBC de Londres (<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-57728961>).

Para finalizar este artículo no puedo menos que decir que después de todo este esfuerzo mundial por obtener la vacuna, y para nuestro país, que ha sufrido tanto conseguirla, no debería haber personas que se nieguen a recibirlas, a ellas en especial les recuerdo: todos sabemos que estar vacunados contra cualquier enfermedad es un acto de responsabilidad, tanto para nuestra salud como para la de las demás personas a nuestro alrededor, por ello siempre hemos vacunamos a nuestros niños contra múltiples enfermedades. No se justifica que, en este momento de pandemia, no nos vacunemos.

Vacunarse contra la COVID19 puede contribuir con la salvación de muchas vidas. He leído, escuchado y visto por las redes sociales y algunos amigos y familiares decir que son antivacunas y que tienen su derecho a serlo, publican sus razones, desde religiosas hasta con argumentos “científicos”, de



Figura 7. Venezuela recibió el sábado 11 de Noviembre el tercer lote de vacunas COVAX, constituido por 2.587.200 dosis, producidas por la industria China Sinopharm. Tomado de: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/venezuela-recibe-tercer-lote-de-vacunas-contra-la-covid-19-trav>

por qué no se vacunan. Algunos plantean que las vacunas contra la COVID-19 no lo son y por ello no se vacunan.

Espero que este artículo le haya dado algunos argumentos para que al menos reconsideren su negativa a vacunarse.

Adicionalmente les indico que las vacunas capacitan nuestro sistema inmunitario entrenándolo, para que podamos generar defensas (generalmente anticuerpos), como si nos expusiéramos a ese agente en su forma natural, tal cual los encontramos, pero a diferencia de estos, las vacunas son derivados de dichos agentes

pero modificados (por procesos químicos, físicos o biológicos), que hacen que no nos produzcan el daño que se esperaría de ellos. Las vacunas van a disparar nuestras defensas (anticuerpos generalmente), generando lo que llamamos memoria inmunológica, para que cuando nos enfrentemos a esos agentes causales circulantes, nuestra memoria inmunológica los reconocerá y podrá producir una rápida y efectiva respuesta, que generalmente va a lograr que no padezcamos la enfermedad o al menos que esta sea leve o moderada.

Es cierto que nos acostumbramos a que el proceso de producción

de una vacuna es muy largo, hasta más de 40 años, por lo que esta rápida obtención de la vacuna (alguien la comparó como una hazaña similar a la puesta del pie del hombre en la luna), nos produce cierto temor, pero en vez de ello debemos entender que este logro es producto de investigaciones de años y de nueva tecnología que permite este desarrollo acelerado.

Por otra parte, la rápida proliferación de variantes virales de la COVID-19, ha demostrado que ningún país estará exento de sufrir esta enfermedad, si los demás países no logran controlarla. Es por esta razón que el mundo en general debe buscar

alternativas para que todos tengamos acceso a las vacunas, no solo pensar en las ganancias económicas que pueden obtener las grandes farmacéuticas. Mientras el acceso a las vacunas dependa del lugar donde vivas (El gobierno que tengas, que tan rico sea tu país, o que alianzas políticas y económicas pueda hacer), no se podrá detener esta pandemia en el menor tiempo posible y seguirá cobrando con ello muchas vidas.

REFERENCIAS:

1. Fahmed, N., Pissarides, C., & Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet. Public health*, 5(5), e240. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2AMS](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2AMS). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270465/>

2. Galeana, P. 2020. Las Epidemias a lo largo de la Historia. <https://revistasipgh.org/index.php/anam/article/view/844/1236>

3. Gabriel Pozo. 2020. La gripe que mató a miles de pobres en pueblos y no llegó a la Gran Vía. <https://www.elindependientedegranada.es/ciudadania/gripe-que-mato-miles-pobres-pueblos-no-llego-gran-via>

4. Valenti M. 2020. La pandemia de las desigualdades. <https://www.clacso.org/la-pandemia-de-las-desigualdades/>

5. Fabian Méndez Las inequidades en la emergencia, las manifestaciones y consecuencias de la COVID-19. 2020. http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v52n1/es_1657-9534-cm-52-01-e1014778.pdf

6. ONU. Noticias. 2020. Uno de cada tres niños en el mundo no puede acceder a clases a distancia si su escuela cierra. <https://news.un.org/es/story/2020/08/1479572>

7. Uranga José Antonio. 2020. Por qué las mujeres resisten mejor la CCOVID-19. La respuesta puede estar en el cromosoma X. <https://theconversation.com/por-que-las-mujeres-resisten-mejor-la-covid-19-la-respuesta-puede-estar-en-el-cromosoma-x-140012>

8. Spronk Susan. 2021. COVID-19 y las desigualdades estructurales Clase, género, raza y justicia del agua. Cap.2. <https://www.tni.org/files/2-desigualdades.pdf>

9. OMS. 2021. La Pandemia vuelve a resurgir y Europa es el Epicentro. <https://news.un.org/es/story/2021/11/1499592>

10. TRT. Español feb. 2021. <https://www.trt.net.tr/espanol/photogallery/infografia/las-consecuencias-de-la-desigual-distribucion-de-las-vacunas-contra-el-covid-19>

11. Médicos sin frontera. 2021. <https://www.msf.es/>

actualidad/vacunas-covid-19-abismo-desigualdad

12. Nogrady Bianca. 2021. *Nature. News.* <https://www.nature.com/articles/d41586-021-01813-2>

13. OPS. 2021. <https://www.paho.org/es/noticias/7-9-2021-venezuela-recibe-primer-envio-vacunas-contra-covid-19-traves-mecanismo-covax>