

## **Inequidad en la vacunación contra la Covid 19**

Tomado de The New England Journal of Medicine, junio 20 a 24 de 2022

La primera evidencia de que la vacuna contra la Covid 19 daba una robusta protección contra el SARS CoV 2, fue publicada en el mes de diciembre 2020, menos de un año después de que el genoma del virus fue reportado. Este rápido desarrollo de las vacunas fue un gran triunfo: el 62% de la población mundial ha recibido por lo menos la primera dosis y 54% ha recibido dos dosis.

Las apariencias, sin embargo, eran engañosas: la verdad era diferente. La disponibilidad de esta vacuna difería enormemente alrededor del mundo; mientras varios países ricos tenían un excedente de cobertura del 90%, sólo el 11% de la gente estaba cubierto en los países pobres y, había recibido únicamente la primera dosis de la vacuna; 25% de los trabajadores de la salud estaban vacunados con las dos dosis al mes de noviembre del 2021, esto es antes de la ola del Omicrón.

Aproximadamente, 3 mil millones de personas no habrían recibido la primera dosis, a pesar de que completada la tercera fase de investigación ya habían dado paso a la vacunación en países subdesarrollados. Los países con incapacidad de producir vacunas dirigían este grupo, mientras los países ricos que sí tenían la capacidad de producir vacunas priorizaron el consumo local y luego vendieron a otros países ricos. Esto no es sorpresa, pues gerentes de estas compañías tenían primero que pensar en sus ganancias y, lógicamente, vendieron a países ricos con capacidad de pago.

Un nuevo desafío sobre la distribución global de las vacunas ha hecho su aparición, y es que los anticuerpos generados por las mismas desaparecen o disminuyen en pocos meses, necesitando una nueva dosis o “refuerzo”, que obliga al organismo a producir un nivel adecuado de anticuerpo.

En países desarrollados, la emergencia rápida de la variante Omicrón ha aumentado la urgencia de colocar estas nuevas dosis “refuerzo”. Israel, país que está al frente de los países ricos ya está colocando una cuarta dosis y posiblemente se necesitarán más dosis, hasta que se desarrolle una nueva vacuna única en el futuro. Estos problemas vislumbran el hecho de que estas nuevas y únicas vacunas estarán dirigidas nuevamente a los países más ricos, retrasando de esta manera la disponibilidad de vacunas para los países más pobres.

Pedidos de la OMS en retrasar en los países más ricos la colocación de refuerzos o “boosters”, para priorizar la colocación de la primera dosis en 3 mil millones de personas que aún no la tienen no han sido escuchadas. Existe, además, el peligro de que las vacunas viejas sean dadas a los países más pobres cuando una nueva generación de vacunas nuevas, más efectivas, sean fabricadas.

Los dos países con mayor población, China e India, han mejorado su situación vacunando su población con vacunas producidas por ellos mismos, pero la mayoría de países, sobre todo los más pobres, no tienen capacidad de producir sus propias vacunas por lo que lo hacen completamente dependientes. Afortunadamente, aún una dosis de la mayoría de las vacunas parece ser adecuada para los pobladores que ya han tenido una infección por Covid 19.

En los países en los que se puede vacunar una alta proporción de su población y se puede poner “refuerzos”, la infección puede ser controlada; en aquellos con baja cobertura de vacunación se puede producir una alta morbilidad y mortalidad, dificultades en los sistemas de salud, problemas en el personal de servidores de la salud y interrupción económica de la sociedad. Se ha argumentado que los países ricos

por su propio interés deben ayudar en la vacunación de la población de países pobres, puesto que la difusión descontrolada del SARS CoV 2 puede producir nuevos mutantes resistentes a las vacunas y el virus continuará su circulación, mutando incluso en poblaciones que han recibido muy alta tasa de vacunación. La moral y la justicia social argumentan que la morbilidad y la mortalidad producida por el virus deben ser prevenidos en todos los países, ricos y pobres en todo el mundo.

La vacuna Oxford de ASTRAZENECA y otras han cedido voluntariamente su propiedad intelectual con el fin de capacitar en otros países su producción. El *Baylor College of Medicine* ha hecho también disponible su vacuna de proteína subunidad que ha recibido su autorización de emergencia en India. Pero los autores de la vacuna ARNm mensajero, se han mantenido reticentes a ceder su propiedad intelectual, a pesar de que la investigación que llevó a su descubrimiento fue hecho con fondos públicos.

La solución es clara: los países pobres y menos desarrollados necesitan manufacturar sus propias vacunas, no pueden confiar en adquirir los restos o excesos de producción de los países ricos. Un reporte del año 2017 estimó que sobre el 99% de las vacunas utilizadas en el África eran importadas, a pesar que en el año 1997, 55 países del África eran capaces de producir vacunas; en el año 2015 presiones regulatorias habían reducido a menos de 20 países.

Un estudio sostenido debe ser realizado con el fin de realizar los arreglos de transferencia tecnológica. La OMS ha creado ya centros de producción de vacunas tipo ARNm en Sudáfrica y otros cinco países africanos. La misma OMS ya hizo en el pasado exitosamente centros para la producción de antirretrovirales baratos para el tratamiento del SIDA, incluso en los países más pobres.

Finalmente, se crearán los mecanismos regulatorios necesarios cuando las nuevas vacunas para el virus del SARS CoV 2 sean producidas, adaptándose al hecho de que la mayoría de las personas tienen ya inmunidad parcial producida por la infección.

La inequidad en la repartición de las vacunas es síntoma de una falla gubernamental global en la pandemia.