

HEINRICH
BÖLL
STIFTUNG
BRUSSELS

HEINRICH
BÖLL
STIFTUNG
WASHINGTON,
DC

HEINRICH
BÖLL
STIFTUNG
BOGOTÁ

E-PAPER

Perspectivas globales sobre la vacunación por COVID-19

Distribución de la vacuna contra la
COVID-19 en Sudáfrica



SUDÁFRICA

Por **LAUREN PAREMOER** y **LESLIE LONDON**

Publicado por la Heinrich-Böll-Stiftung Unión Europea, Bruselas,
la Heinrich-Böll-Stiftung Washington, DC, y la Heinrich-Böll-Stiftung, Colombia,
Bogotá, junio de 2021

Acerca del autor y la autora

Lauren Paremoer es profesora titular del Departamento de Estudios Políticos de la Universidad de Ciudad del Cabo y miembro del Peoples Health Movement South Africa.

Leslie London es profesor de Medicina de Salud Pública en la Escuela de Salud Pública y Medicina Familiar de la Universidad de Ciudad del Cabo y miembro de Peoples Health Movement South Africa.

Contenido

Antecedentes	5
COVID-19 entre el personal sanitario	5
Limitaciones de la capacidad del sistema sanitario	6
Efectos económicos de la pandemia de COVID-19	6
Despliegue de la vacuna	7
Plazos para el despliegue de la vacuna	7
Adquisición de vacunas: principales proveedores	8
Adquisición de vacunas: proveedores más pequeños	9
Adquisiciones y preocupación por la falta de transparencia	9
Capacidad local de fabricación e investigación	10
Capacidades emergentes para producir biológicos, proteínas para el diagnóstico y vacunas	11
“Llenado y acabado” de vacunas contra la COVID-19	11
Capacidad para producir vacunas no COVID a nivel local	12
Ensayos de vacunas	12
Consecuencias previstas del despliegue de la vacuna para las perspectivas económicas de Sudáfrica	13
Aceptación de las vacunas y escepticismo	13
Las vacunas como un derecho humano	13
¿Son obligatorias las vacunas?	14
Situación de la vacunación con respecto a otras enfermedades	14
Escepticismo ante las vacunas: el miedo a la vacuna frente al miedo al virus	15
Datos de encuestas anteriores	15
Desinformación sobre las vacunas	17
Expectativas hacia los actores internacionales	17
Expectativas hacia la UE y EE.UU.	17
Expectativas hacia China y Rusia	18
Expectativas hacia otros actores internacionales	19
Opiniones sobre COVAX	19
Expectativas de los actores internacionales	19

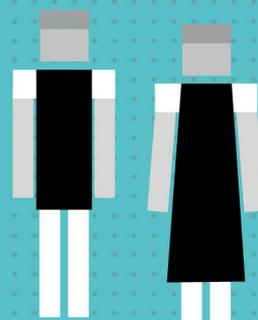
Recomendaciones	20
------------------------	-----------

SUDÁFRICA



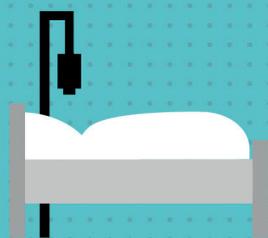
GDP per capita en USD

12.295 \$
(2017)



Población general

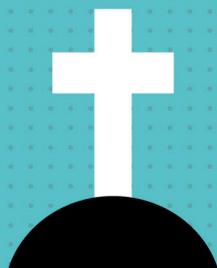
58.558.270
(2019)



Casos Covid-19

1.790.000

2021, 17 de junio



Muertes por COVID-19

58.323

2021, 16 de junio

Población completamente vacunada

2021, 16 de junio

0,81%

Población al menos parcialmente vacunada

2021, 16 de junio

3,33%



Dosis de vacuna asignada

2.426.400

Astra Zeneca

117.000

BioNtech / Pfizer

Uso de la asignación;
potencial para ser
reasignado

Antecedentes

El 2 de marzo de 2020, el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica (NICD, por sus siglas en inglés) confirmó el [primer caso](#) de COVID-19 registrado en el país. Entre el 26 de marzo y el 16 de abril de 2020 Sudáfrica suspendió todos los servicios, excepto los esenciales, y restringió severamente la circulación en su territorio. Posteriormente, el país ha experimentado dos oleadas, es decir, periodos de intensa transmisión, pasando de una incidencia semanal de 30 casos por 100.000 habitantes hasta el pico de incidencia semanal. La [primera ola](#) se produjo entre las semanas 24 y 28 de 2020, y la segunda ola desde la semana 47 de 2020 hasta la semana 1 de 2021. Hasta el [8 de mayo de 2021](#), Sudáfrica había experimentado un total de 1.595.817 casos confirmados de COVID-19 y 54.724 muertes, con una tasa de recuperación del 94,9%.

Una proporción significativa de la mortalidad, como consecuencia de la epidemia, no se refleja en las estadísticas oficiales porque las personas pueden morir de COVID-19 antes de llegar a un centro de salud o de ser diagnosticadas. El Consejo Sudafricano de Investigación Médica ([SAMRC](#), por sus siglas en inglés) estima que al 1 de mayo de 2021 se produjeron 157.542 muertes más como consecuencia de la epidemia. De ellas se estima que entre el 85% y el 95% (entre 133.911 y 149.665) de las muertes [se deben al COVID-19](#), lo que significa que las estadísticas oficiales sólo informan alrededor del 36% de las muertes por COVID-19 en el país.

COVID-19 entre el personal sanitario

Un [informe de prensa](#) del 16 de noviembre de 2020 cita al Ministro de Salud indicando que un total de 35.490 “trabajadores sanitarios” se habían “infectado” con el COVID-19 en ese momento, pero no indica explícitamente que esta cifra incluya tanto a trabajadores del sector público como del privado. Según el Instituto Nacional de Salud Laboral ([NIOH](#), por sus siglas en inglés), 330 trabajadores sanitarios murieron durante la primera ola, y 423 durante la segunda. El hecho de que no exista una base de datos precisa sobre las infecciones de los trabajadores sanitarios por el COVID-19 es un reflejo de la [debilidad](#) de los [sistemas de salud laboral](#) en el sector sanitario antes del COVID-19, [lo cual sólo se está abordando parcialmente en la actual respuesta a la epidemia](#).

Se han publicado muy pocos datos sobre las tasas de prevalencia del COVID-19 entre los trabajadores sanitarios de la comunidad (CHW, por sus siglas en inglés) y los trabajadores sanitarios aliados (por ejemplo, los porteadores). A mediados de marzo de 2021, el [NIOH](#) informó que de los 6.758 trabajadores ingresados en el hospital por COVID-19 hasta esa fecha, el 59,8% eran enfermeros, el 21,7% porteadores o administradores, el 8,6% trabajadores sanitarios aliados, el 6,7% médicos, el 2,4% paramédicos y el 1% científicos de laboratorio.

Limitaciones de la capacidad del sistema sanitario

A lo largo de 2020, los departamentos de salud provinciales se esforzaron por reforzar el acceso a las [camas de cuidados intensivos](#) mediante la celebración de [acuerdos a nivel de servicio](#) (SLA, por sus siglas en inglés) con los hospitales del sector privado. Estas [complejas](#) negociaciones se llevaron a cabo provincia por provincia y, al final, únicamente una provincia —el [Cabo Occidental](#)— concluyó con éxito un acuerdo de nivel de servicio con el sector privado (hubo poca necesidad de utilizarlo, ya que el sector público fue capaz de gestionar su carga de pacientes).

Los trabajadores sanitarios de la comunidad son la base del sistema sanitario sudafricano y prestan atención sanitaria primaria a los hogares de las comunidades más marginadas de Sudáfrica, que comprende servicios preventivos, de promoción, curativos, de rehabilitación y paliativos. Los CHW suelen recibir una mala paga y de forma irregular, y no tienen prestaciones laborales. El gobierno ha [dependido del trabajo del personal CHW en los esfuerzos de prevención, educación y monitoreo](#) del COVID-19, pero no siempre les ha proporcionado [equipos de protección personal \(EPP\) o de formación adecuados](#). A pesar de la expectativa de una tercera oleada, el Departamento Nacional de Salud (NDoH, por sus siglas en inglés) sigue siendo [ambivalente](#) en cuanto a la [contratación del personal CHW](#), ya que no se han abordado sus [condiciones de explotación](#) durante la pandemia. En algunas provincias, por ejemplo en [Cabo Oriental](#), el personal de CHW ha estado luchando contra los despidos después de que el gobierno provincial afirmara que se había quedado sin fondos para pagarles en marzo de 2021. Los médicos formados a nivel local también tienen problemas para encontrar [puestos de trabajo](#) al igual que dificultades con sus [salarios](#), esto como consecuencia del mal funcionamiento de los servicios sanitarios en algunas provincias del país.

Efectos económicos de la pandemia de COVID-19

La reciente [encuesta Corona Virus Rapid Mobile](#) mostró que la desigualdad sanitaria se multiplicó por seis veces en Sudáfrica bajo la COVID-19, lo que sugiere que la crisis afectó la salud de las personas pobres mucho más que la de las personas relativamente acomodadas. Durante el primer y segundo trimestre de 2020, que coincidieron con el fuerte cierre de Sudáfrica, [el PIB cayó algo más del 16% y el gasto de los hogares se redujo en un 49,8%](#). Las mujeres constituyeron [dos tercios](#) de las personas que perdieron su empleo entre febrero y abril de 2020. Según un reciente [informe](#) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), es probable que muchos hogares que antes de la pandemia se situaban en el umbral de la pobreza, o justo por encima de él, caigan en la pobreza. Esto proyecta que “alrededor del 54% de los hogares que han sido empujados de un empleo permanente a trabajos informales es probable que caigan en la pobreza, y que alrededor del 34% de los categorizados como clase media también sea probable que caigan en la vulnerabilidad o la pobreza”. Los hogares que dependían de familiares o amigos con empleo para subsidiar sus ingresos vieron cómo esto [desaparecía](#) en el contexto de la pérdida de tres millones de empleos sufrida durante el primer semestre de 2020.

Desde marzo de 2020, el Gobierno nacional puso en marcha casi 1.200 medidas de protección social destinadas a paliar los efectos de la COVID-19, medidas que proporcionaron apoyo al 63% de la población. Los [planes de transferencia de efectivo](#) constituyeron un tercio de estas medidas. En marzo de 2020, el Gobierno introdujo una subvención especial para el alivio de la angustia social de la COVID-19 (SRD, por sus siglas en inglés), por valor de 350 rands. En septiembre de 2020 la subvención había alcanzado a 4,3 millones de personas beneficiadas (el 12% de la población adulta); el 33% de esta población vive en el quintil más pobre de los hogares. [Las organizaciones de la sociedad civil](#) (CSO, por sus siglas en inglés) han pedido que dicha subvención se [mantenga](#) hasta que el gobierno introduzca un plan de renta básica, que su [valor se incremente](#) hasta el umbral de pobreza alimentaria de 585 rands, y que se considere que las personas beneficiadas del subsidio infantil (del cual el 95% son mujeres) puedan recibirlo. El SRD COVID-19 [no está disponible para las personas que ya reciben subsidios sociales](#). Así, se ha denegado el acceso a esta subvención a las mujeres que ya reciben subvenciones relativamente modestas para el cuidado de sus hijos (el 55% de los beneficiarios de la subvención SRD son hombres).

Gran parte del gasto de ayuda del gobierno en COVID-19 se ha financiado mediante préstamos. En julio de 2020, Sudáfrica obtuvo un préstamo de 4.300 millones de dólares (o 70.000 millones de rands, según los tipos de cambio de la época), a una tasa de interés del 1,1%. Los [críticos](#) han argumentado que el préstamo puede estar basado en un entendimiento implícito de que el gobierno debe aplicar políticas de austeridad, y que podría ser difícil de devolver si el rand se devalúa. El gobierno también ha suscrito préstamos con el Nuevo Banco de Desarrollo (1.000 millones de dólares o 16.500 millones de rands en su momento) y el Banco Africano de Desarrollo (288 millones de dólares o 5.000 millones de rands en su momento).

Despliegue de la vacuna

Plazos para el despliegue de la vacuna

El [3 de enero de 2021](#), el Gobierno anunció su [estrategia de despliegue de vacunación](#). La fase 1 de la estrategia de despliegue pretende vacunar a 1,5 millones de trabajadores sanitarios entre febrero y abril de 2021. Las vacunaciones comenzaron el 18 de febrero, pero, a falta de una vacuna registrada en Sudáfrica, el programa fue incluido en el brazo de implementación de un ensayo de vacunas de Johnson & Johnson (J&J). Hasta el [22 de abril de 2021](#) se calcula que se había vacunado a un total de 292.623 trabajadores sanitarios.

El [registro para la fase 2](#) del proceso de vacunación, dirigido a personas de 60 años o más, se abrió durante la segunda semana de abril. El gobierno ha puesto a disposición un portal de registro en línea y ha establecido una línea de atención telefónica COVID-19, también ha prometido establecer equipos móviles de divulgación, un servicio de WhatsApp y el registro

en persona en los centros de vacunación para ayudar a las personas con acceso limitado a Internet. La fase 3 pretende vacunar al resto de la población adulta (unos 22 millones de personas) entre noviembre de 2021 y febrero de 2022.

Adquisición de vacunas: principales proveedores

La adquisición de vacunas está siendo gestionada por el NDoH. El sector privado —incluidos los planes médicos privados— ha indicado que está dispuesto a ayudar a financiar la adquisición de vacunas y a poner en marcha su despliegue según las directrices nacionales. La mayor parte de las vacunas sudafricanas son suministradas por Pfizer (30 millones de dosis para cubrir a 15 millones de personas) y Johnson & Johnson (31 millones de dosis). Las vacunas de J&J se obtuvieron a 10 dólares cada vacuna, sin reembolsos en caso de que se cancelara el pedido, y con la condición de que J&J recibiera [una carta del Departamento de Comercio e Industria \(DTI, por sus siglas en inglés\) avalando la inversión local](#) que la empresa había realizado en Aspen Pharmaceuticals. Además, el gobierno debía crear un [fondo de compensación](#) por el que indemnizaría a J&J y asumiría la responsabilidad estatal por cualquier lesión relacionada con la vacuna. Se calcula que el fondo podría costar hasta 250 millones de rands en el primer año. Las vacunas de Pfizer también se vendieron a la NDoH a 10 dólares cada dosis, y este acuerdo también está sujeto a los [requisitos de indemnización y compensación sin culpa](#). Pfizer, inicialmente, exigió que el gobierno sudafricano utilizara activos soberanos como garantía de los costes de cualquier caso legal futuro derivado de lesiones relacionadas con las vacunas, pero posteriormente [retiró esta exigencia](#). Al parecer Pfizer ha intentado imponer esta exigencia a [varios países](#) que pretenden asegurarse el suministro de sus vacunas.

El 5 de enero de 2021, Pfizer presentó su expediente ante la Autoridad Reguladora de Productos Sanitarios de Sudáfrica (SAHPRA, por sus siglas en inglés) para su aprobación reglamentaria; la aprobación reglamentaria de la Sección 21, que permite a SAHPRA dar acceso a las tecnologías sanitarias de forma excepcional, se obtuvo el 16 de marzo de 2021. El 12 de febrero, la SAHPRA concedió la [aprobación de estudio urgente](#) para la vacuna de J&J; en el marco del Estudio de Implementación de Sisonke, la vacuna de J&J se puso en marcha a partir del 17 de enero como parte de un esfuerzo más amplio por permitir la vacunación del personal sanitario sudafricano. El 14 de abril de 2021, el despliegue de la vacuna J&J se [detuvo brevemente](#) debido a la preocupación por algunos efectos secundarios muy poco frecuentes que implicaban niveles bajos de plaquetas y coágulos de sangre. Esta decisión se basó en los [informes de estos efectos secundarios en los EE.UU.](#), aunque ninguno de estos efectos secundarios había sido reportado por los participantes del ensayo en Sudáfrica. El 19 de abril, la SAHPRA [recomendó](#) que se reanudara el ensayo, pero que se aplicara el cribado y el monitoreo de los participantes con alto riesgo de sufrir coágulos de sangre, que se actualizaran los formularios de consentimiento para incluir este raro efecto secundario y que se dispusiera de un tratamiento clínico inmediato en caso de que se produjera dicho efecto secundario.

Adquisición de vacunas: proveedores más pequeños

El NDoH ha asegurado cantidades más pequeñas de vacunas a través de un acuerdo bilateral con el Instituto del Suero de la India (1,5 millones de dosis de la vacuna de AstraZeneca, que recibió la aprobación de la [Sección 21 por parte de la SAHPRA el 22 de enero de 2021](#)), [COVAX](#) (para cubrir el 10% de la población de Sudáfrica) y el Equipo de Trabajo de Adquisición de Vacunas de África (AVATT, por sus siglas en inglés). Las vacunas COVAX se obtienen mediante un acuerdo de “compra comprometida”, que no permite a los países optar por no utilizar una vacuna específica, y se obtuvo después de que el [Fondo de Solidaridad](#), una plataforma de financiación del sector privado, ayudara al gobierno a pagar el depósito para la asignación de vacunas a Sudáfrica. El proceso COVAX estaba destinado a cubrir el 10% de la población. Sin embargo, los acuerdos bilaterales posteriores han superado con creces las compras de COVAX, por lo que no está claro qué papel desempeñarán las vacunas garantizadas por COVAX en el despliegue de Sudáfrica. Dadas las continuas mutaciones del virus causante de la COVID-19, tampoco está claro si las vacunas obtenidas a través de COVAX serán eficaces contra las cepas virales dominantes en Sudáfrica.

También se está contratando a otros productores de vacunas, como los fabricantes de la vacuna Sputnik V, Sinovac, Sinopharm y Moderna. Sin embargo, en el momento de redactar este informe, ninguno de estos compromisos ha llegado a un acuerdo para la compra de estas vacunas.

Adquisiciones y preocupación por la falta de transparencia

Los pagos, tanto para COVAX como para las compras bilaterales, se liberaron mediante una [aprobación especial](#) del Tesoro Nacional en 2020 y enero de 2021, esto para desviarse de los procedimientos estándar de adquisición. Dicha aprobación permitió al NDoH renunciar a los procedimientos de adquisición estándar, de licitación abierta, para poder contratar directamente con Pfizer, AstraZeneca, Moderna y Johnson & Johnson, o cualquier otro fabricante que tenga existencias de vacunas disponibles. La [aprobación se concedió](#) el 6 de enero de 2021, por un periodo de seis meses.

Sin embargo, el historial de Sudáfrica en materia de adquisiciones durante la epidemia de COVID-19 es, en general, preocupante. Durante las primeras etapas de la pandemia, la adquisición de EPP se descentralizó a los gobiernos provinciales, pero se dijo que esta descentralización había desempeñado un papel importante al [permitir la corrupción](#) en la adquisición de EPP. Tal vez debido a la preocupación por la corrupción que empañó las primeras adquisiciones de EPP, todas las adquisiciones de EPP y otros materiales necesarios para desplegar la campaña de vacunación serán [responsabilidad del NDoH](#).

El [Instituto Biovac](#) (Biovac) ha sido una fuente importante de infraestructura de almacenamiento y distribución en la Fase 1 del despliegue de la vacuna. Biovac se estableció en 2003 como una asociación público-privada (APP) entre el NDoH y el Consorcio Biovac para promover la capacidad nacional de fabricación de vacunas. Entre 2003 y 2018, Biovac tuvo un acuerdo exclusivo con el NDoH para adquirir, almacenar y distribuir vacunas para el Programa Nacional Ampliado de Inmunización (EPI, por sus siglas en inglés). En 2018, este acuerdo finalizó y la APP se dio por terminada. Biovac se convirtió entonces en una [empresa conjunta](#) entre el Departamento de Ciencia e Innovación (DSI, por sus siglas en inglés) (que posee el 35% de las acciones), la Agencia de Innovación Tecnológica (una entidad del DSI que posee el 12,5% de las acciones de Biovac) e Immunotek. Sin embargo, Biovac sigue siendo el principal proveedor de vacunas del NDoH, habiendo conseguido el 85% de una licitación de 11.400 millones de rands para suministrar vacunas infantiles desde junio de 2020 hasta diciembre de 2023.

La contratación de una sola fuente se está utilizando para garantizar los servicios de Biovac para el almacenamiento y la distribución de vacunas durante los tres primeros meses de la puesta en marcha. Se han presentado ofertas cerradas a Biovac Institute, Imperial Health Sciences, DSV Global Transport and Logistics y United Pharmaceutical Distributors para prestar estos servicios durante [seis meses](#). No está claro si estos seis meses comienzan después de los tres meses asignados a Biovac. Se utilizaron [procedimientos estándar de licitación abierta](#) para garantizar la prestación de servicios de importación y logística para apoyar su programa de vacunación desde el 1 de abril hasta el 31 de diciembre de 2021.

Capacidad local de fabricación e investigación

Sólo dos entidades sudafricanas, Biovac y Aspen Pharmacare (una empresa farmacéutica mundial de propiedad sudafricana), están [activas en el campo de la producción de vacunas](#). Sin embargo, incluso si Sudáfrica tuviera mayor capacidad de fabricación de vacunas, las disposiciones del Acuerdo sobre los [TRIPS](#) (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual, por sus siglas en inglés), que inhiben la transferencia de tecnología, y la [lentitud de la reforma de la legislación local sobre patentes](#), seguirían planteando importantes obstáculos para producir terapias COVID-19 localmente. Ninguna institución sudafricana tiene actualmente la capacidad de producir ingredientes activos para vacunas a escala comercial, aunque Biovac y algunas universidades tienen conocimientos técnicos e infraestructura física para ello. Podría decirse que Biovac lograría desarrollar esta capacidad si se invirtieran suficientes recursos financieros y humanos en ello, pero podría costar hasta [8.900 millones de rands \(unos 647 millones de dólares, utilizando los tipos de cambio de principios de junio de 2021\)](#) llevarlo a cabo.

Capacidades emergentes para producir biológicos, proteínas para el diagnóstico y vacunas

El Consejo de Investigación Científica e Industrial (CSIR, por sus siglas en inglés) está desarrollando una [instalación de fabricación en su campus de Pretoria](#) que tendrá capacidad para producir cantidades suficientes de productos biológicos para ensayos clínicos, con lo que espera eliminar la necesidad de contratar este servicio con empresas extranjeras. La [Unidad de Biofarmacia](#) de la Universidad de Ciudad del Cabo (UCT, por sus siglas en inglés) ha desarrollado procesos que utilizan líneas celulares vegetales para fabricar terapias y vacunas basadas en proteínas, pero ha concedido licencias de esta tecnología a empresas extranjeras debido a la ausencia de instalaciones de fabricación locales. Otras dos entidades, [CSIR y AzarGen](#), están desarrollando tecnologías similares para el tratamiento del VIH, la rabia y el cáncer. Sudáfrica ha tenido cierto éxito en la producción de proteínas para diagnósticos COVID-19 de fabricación local e internacional: [CapeBio y Cape Bio Pharms](#), creadas con el apoyo del CSIR y la UCT respectivamente, están produciendo proteínas para el diagnóstico y han desarrollado un kit de prueba PCR que utiliza enzimas locales. Esto se considera un primer paso importante hacia la producción de proteínas para su uso en terapias y vacunas. En diciembre de 2020, Cape Bio Pharms anunció que el Banco Europeo de Inversiones (EIB, por sus siglas en inglés) le había concedido un préstamo de 900 millones de rands para establecer una instalación en Mauricio. Se llamará Cape Biologix y funcionará como una filial de Cape Bio Pharms, que produciría terapias y vacunas a base de plantas. [Spotlight, una publicación en línea editada por Treatment Action Campaign y SECTION27, especializada en información sobre salud](#), informa que “Cape Bio Pharms trató inicialmente de obtener financiación para construir una instalación en Sudáfrica, pero que este país no cumplía los requisitos para recibir el préstamo obtenido por Cape Bio Pharms de parte del EIB” y que el Departamento de Ciencia e Innovación “no respondió a las solicitudes de comentarios sobre los retos a los que se enfrentan las empresas sudafricanas a la hora de obtener financiación para la localización de la capacidad de fabricación y el papel que puede desempeñar el gobierno para solucionar este déficit de financiación”.

“Llenado y acabado” de vacunas contra la COVID-19

Algunas plantas farmacéuticas sudafricanas tienen capacidad de llenado y acabado, es decir, capacidad para llenar viales de vacunas y terminar el envasado de las mismas. En junio de 2020, el director general de Biovac, el Dr. Morena Makhoane, dijo a los parlamentarios que [Biovac podría desarrollar la capacidad](#) de llenar y terminar 10 millones de viales y 12 millones de jeringas precargadas de vacunas contra la COVID-19 en un plazo de 12 a 18 meses, si pudiera asegurar un acuerdo de transferencia de tecnología con un fabricante internacional. En octubre y noviembre de 2020, se informó que Biovac estaba participando en conversaciones con la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias ([CEPI](#), por sus siglas en inglés) y con un fabricante internacional no revelado para fabricar componentes de las vacunas contra la COVID-19, pero en enero de 2021 no

se había anunciado públicamente ningún acuerdo en este sentido. En marzo de 2021, Spotlight informó que Biovac había concluido recientemente un [acuerdo de transferencia de tecnología con ImmunityBio](#), una empresa estadounidense, para fabricar su vector viral COVID-19.

Capacidad para producir vacunas no COVID a nivel local

En noviembre de 2020, Biovac anunció que [pronto comenzaría la producción local de una vacuna combinada](#) (Hexaxim) eficaz para la difteria, el tétanos, la tos ferina, la Haemophilus influenzae tipo b, la hepatitis B y la poliomielitis, con el objetivo de [surtir 4 millones de dosis en 2021](#). En enero de 2021, Biovac anunció que empezaría a producir una vacuna para prevenir la infección neumocócica en niños, [Prevenar-13](#), en un plazo de seis meses, utilizando componentes proporcionados por Pfizer. Aspen Pharmacare ha conseguido un contrato con J&J para llenar y terminar su vacuna contra la COVID-19. Su capacidad de llenado y acabado es mucho mayor que la de Biovac ([Aspen puede producir 300 millones de dosis al año](#)). Se asignarán [nueve millones de dosis](#) de la vacuna para uso doméstico, aunque esta garantía no se aseguró sino hasta enero de 2021, después de presionar a J&J para que asignara una parte de su producción al mercado de Sudáfrica.

Ensayos de vacunas

Sudáfrica cuenta con una sólida infraestructura de investigación biomédica, y se han ensayado tres vacunas a [nivel local](#): el ensayo de fase IIb de AstraZeneca (iniciado en junio de 2020); el primer ensayo de fase III de la vacuna contra la COVID-19 de Johnson & Johnson; y el ensayo de fase IIb de Novavax (estos dos últimos iniciados en septiembre de 2020). Estos ensayos tienen la ventaja de ayudar a determinar la eficacia de las vacunas contra las variantes locales de COVID-19. También se están desarrollando ensayos con otros agentes. Por ejemplo en febrero de 2021, una empresa local de inmunoterapia, Genlab, anunció que una colaboración entre ella y una empresa danesa de biotecnología (Immunitytrack) había permitido desarrollar ["la primera vacuna contra el COVID-19 de origen africano, llamada Shantivax"](#). La empresa ha indicado que la vacuna está siendo [sometida a pruebas preclínicas](#) y que los ensayos clínicos de la misma tendrán lugar hacia finales de 2021 o principios de 2022. SAHPRA ha indicado que no ha recibido ["ninguna comunicación o solicitud para la vacuna"](#).

Consecuencias previstas del despliegue de la vacuna para las perspectivas económicas de Sudáfrica

Muchas publicaciones han hablado de los efectos económicos de la pandemia, pero se ha escrito menos sobre los beneficios económicos previstos del despliegue. El ministerio de hacienda sudafricano ha adoptado la posición de que el despliegue de la vacuna es esencial para asegurar la estabilidad de la economía sudafricana, pero argumenta que esta intervención por sí misma es probable que tenga beneficios significativos en términos de crecimiento económico, creación de empleo y mayor equidad en la distribución de la renta y la riqueza. La Declaración Presupuestaria a Mediano Plazo de 2020, publicada en octubre de ese año cuando Sudáfrica aún no había emprendido activamente la adquisición de vacunas, sostenía que cualquier campaña de vacunación futura “probablemente mejoraría el sentimiento, la productividad y el crecimiento a corto y mediano plazo”, sin cuantificar el probable impacto de la intervención. La [Revisión del Presupuesto de febrero de 2021](#) situó una campaña de vacunación masiva como “la prioridad inmediata del Gobierno” para “apoyar la reapertura de la economía y el crecimiento del PIB del 3,3% este año [...] moderándose a una media del 1,9% en 2022 y 2023”. Sin embargo, este documento sostiene repetidamente que las perspectivas económicas siguen siendo inciertas, incluso si la campaña de vacunación resulta eficaz, y que la mejor manera de hacer frente al desempleo, la pérdida de ingresos y el crecimiento económico es abordar las “limitaciones estructurales” de Sudáfrica, que, según el ministerio de Hacienda, consisten en los elevados “costes de hacer negocios”, el suministro eléctrico poco fiable, la baja confianza de los inversores, la debilidad de los mercados laborales, las empresas públicas con problemas financieros, la baja confianza de los consumidores y el escaso gasto de capital de las empresas. Preocupantemente, a pesar de la profundización de la desigualdad, el desempleo y la pobreza provocados por el COVID-19, el [ministerio de hacienda](#) ha indicado que “en los próximos tres años, los pagos anuales del servicio de la deuda superarán el gasto del gobierno en la mayoría de las funciones, incluyendo la salud, los servicios económicos y la paz y la seguridad”. Por lo tanto, incluso si la campaña de vacunación fuera efectiva —es decir, una cobertura del 67% a finales de 2021 o principios de 2022— la proporción del gasto nacional en servicios sociales se mantendrá, en el mejor de los casos, en los niveles actuales, a pesar de la profundización de los niveles de vulnerabilidad socioeconómica y el aumento de los niveles de desigualdad.

Aceptación de las vacunas y escepticismo

Las vacunas como un derecho humano

Mientras que el Régimen de Propiedad Intelectual de la Organización Mundial del Comercio (OMC) trata las vacunas como una mercancía, el [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU](#) ha argumentado claramente que el acceso a una vacuna segura y eficaz contra la COVID-19 es un componente esencial tanto del derecho humano a la salud

como del derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico. Como tal, los Estados tienen la obligación, hasta el máximo de sus recursos disponibles, de garantizar el acceso a las vacunas, sin ninguna discriminación. Además, las dimensiones internacionales de los derechos humanos implican que los Estados tienen un deber de cooperación internacional para garantizar el acceso a las vacunas contra la COVID-19. El Comité hizo un claro llamamiento para que los Estados apoyen las propuestas de exención, incluso haciendo uso de sus derechos de voto en el seno de la OMC.

¿Son obligatorias las vacunas?

La vacunación contra la COVID-19 no será obligatoria en Sudáfrica y estará disponible gratuitamente para todos los adultos, incluidos los no ciudadanos. Las vacunas infantiles no son, estrictamente hablando, obligatorias, pero los niños deben tener una prueba de vacunación para inscribirse en la escuela primaria. Esta política ha logrado mantener niveles suficientemente altos de inmunidad de la población para las enfermedades infecciosas infantiles.

Situación de la vacunación con respecto a otras enfermedades

Antes del brote de COVID-19, Sudáfrica no había alcanzado el objetivo de cobertura de vacunación del 95% de la población para la inmunización con DPT recomendado por la OMS, ni el objetivo del 91% establecido por el gobierno nacional. El SAHR 2020 reporta las siguientes tasas de cobertura para ambos sexos en 2019/2020:

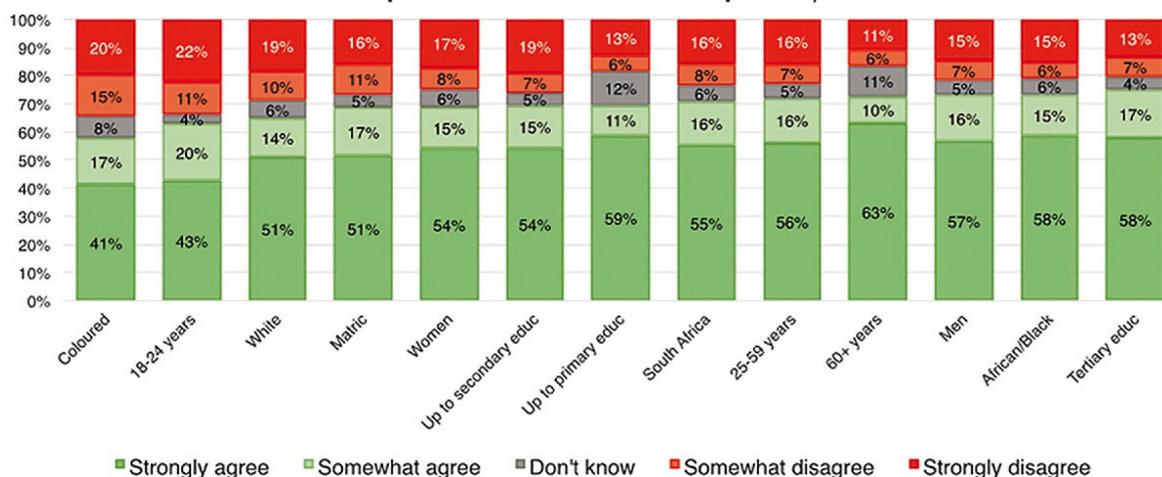
BCG (tuberculosis)	85%
DTaP-IPV-Hip-HBV tercera dosis (difteria, tétanos, tos ferina, polio, Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y hepatitis B)	84.5%
Segunda dosis de sarampión	79.6%
Tercera dosis de PCV (enfermedad neumocócica)	86.5%
Segunda dosis de RV (rotavirus)	83.1%
Cobertura de vacunación en menores de un año	83.5%

Según los informes de prensa, el confinamiento debido a la COVID-19 ha tenido un impacto negativo en las tasas de vacunación infantil. En junio de 2020, Spotlight informó que la cobertura nacional de inmunización cayó del 82% en abril de 2019 al 61% en abril de 2020; la tasa de cobertura de la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión cayó del 77% al 55% en el mismo período. Las provincias del Noroeste (43%) y del Cabo Occidental (46%) experimentaron la tasa más baja de cobertura de la segunda dosis de sarampión, y el Cabo Norte (67%) y Mpumalanga (66%) fueron las menos afectadas.

Escepticismo ante las vacunas: el miedo a la vacuna frente al miedo al virus

El 12 de mayo de 2021, el [periódico en línea Daily Maverick](#) informó que los sudafricanos muestran altos índices de aceptación de las vacunas, ya que “más del 71% de los adultos encuestados en el [estudio NIDS-CRAM Wave 4](#) sobre los impactos de COVID-19 dijeron que se vacunarían si la inyección estuviera disponible” (la representación visual de los resultados de la encuesta es incluida a continuación).

Figura 1: Porcentaje de encuestados que están de acuerdo / en desacuerdo con la afirmación “si la vacuna para COVID-19 estuviera disponible, la obtendría”



Source: Burger et al. (2021) Using weighted NIDS-CRAM Wave 4 data. Note that the Indian/Asian sub-sample is excluded since the sample is too small to accurately reflect this group.

Fuente: [Daily Maverick](#)

Según la encuesta, las personas mayores y las que tienen comorbilidades eran menos propensas a dudar de las vacunas que los jóvenes y las personas que sólo tienen estudios primarios. Además, la raza no es un predictor significativo de las dudas sobre las vacunas. La confianza en las redes sociales como fuente de información está positivamente correlacionada con la indecisión sobre las vacunas. [Las razones para dudar de las vacunas](#) incluyen el miedo a los efectos secundarios, las dudas sobre la eficacia de las vacunas o las creencias “antivacunas”.

Datos de encuestas anteriores

Una [encuesta de IPSOS](#) realizada del 28 al 31 de enero de 2021, en colaboración con el Foro Económico Mundial, encuestó a una muestra que describe como “más urbana, más educada y/o más afluente que la población general. Los resultados de la encuesta para estos países deben considerarse como un reflejo de las opiniones del segmento más “conectado” de sus poblaciones.” A pesar de esta limitación, los datos se presentan como si fueran ampliamente representativos de la población en general, quizás porque las respuestas fueron ponderadas para reflejar el perfil demográfico de la población adulta, según los datos del censo más reciente.

La encuesta de IPSOS se realizó cuando Sudáfrica llegó al final de su segunda ola. La recolección de respuestas muestra que, en enero de 2021, el 61% de la población "sudafricana" indicó que estaba dispuesta a vacunarse si la vacuna estuviera disponible, frente al 53% de la población para diciembre de 2020. Al mismo tiempo, el 25% de las personas encuestadas se mostró "muy en desacuerdo" con la propuesta de que se vacunarían contra el COVID-19 si la vacuna estuviera disponible, lo que indica una resistencia significativa entre algunas personas a ser vacunadas. Entre la población sudafricana que duda de la vacuna, el 39% expresó su preocupación por los posibles efectos secundarios, el 33% se mostró preocupado por el hecho de que los ensayos clínicos hubieran avanzado demasiado rápido, el 6% dudó de la eficacia de las vacunas, el 6% pensó que su riesgo de contraer la COVID-19 era demasiado bajo para justificar la vacunación, y el 9% "citó las opiniones anti-vacunación como razón de su decisión" (el 7% restante adujo "otras" razones). La encuesta informó además que el 47% de la población sudafricana apoyaría la vacunación obligatoria para todas las personas adultas, el 50% se opuso y el resto indicó que "no sabe".

Se llevó a cabo una [encuesta en línea del HSRC](#) durante el pico de la segunda ola (del 29 de diciembre de 2020 al 6 de enero de 2021) con 10.618 encuestados. Los resultados son "ampliamente representativos de la población en general" y las respuestas se ponderaron por raza, educación y edad. En general, el 67% de los adultos está dispuesto a vacunarse si la vacuna se encuentra disponible, el 18% dijo que "definitivamente o probablemente no se vacunaría" y el 15% afirmó "no saberlo". Las dos razones más citadas para la aceptación de la vacuna fueron la protección de uno mismo (29%) y la protección de los demás (25%), y las razones más comunes para la no aceptación de la vacuna fueron la preocupación por los efectos secundarios (25%) y la eficacia (18%), la "falta de confianza en la vacuna, sin otra explicación" (14%) y la falta de información sobre las vacunas (10%). La encuesta muestra que la edad, la educación y la evaluación de la actuación del gobierno se correlacionan con la "aceptación de la vacuna", es decir, con la disposición a vacunarse:

- El 71% de las personas que tenían "menos que el nivel-matriculación" estaban dispuestas a vacunarse, en comparación con sólo el 59% de las personas con una cualificación terciaria.
- El 74% de las personas de 55 años o más se vacunarían, frente al 63% de las personas de 18 a 24 años.
- La aceptación de la vacuna fue del 73% entre los encuestados que pensaban que el Presidente Ramaphosa estaba haciendo un buen trabajo, pero sólo del 36% entre los que pensaban que estaba haciendo un trabajo malo o muy malo.

Entre los ciudadanos de a pie de todas las profesiones y condiciones sociales, las [opiniones son muy divergentes](#), por lo que es urgente garantizar el acceso a la [información para empoderar a las personas](#) y así puedan tomar decisiones informadas sobre las vacunas.

Desinformación sobre las vacunas

En marzo de 2020, el gobierno publicó una normativa en línea con la Ley de Gestión de Catástrofes que convertía en delito la difusión de desinformación sobre la pandemia de coronavirus. A pesar de ello, las [redes sociales](#) han funcionado como un medio de desinformación tanto sobre el virus como sobre las vacunas contra la COVID-19. La encuesta del HSRC mencionada anteriormente identifica varias ideas erróneas que ayudan a explicar las dudas sobre las vacunas en Sudáfrica. Entre ellas se encuentran las creencias de que el coronavirus no existe, que el COVID-19 no está presente en Sudáfrica, que la vacuna forma parte de una conspiración para controlar o perjudicar a la gente, o para hacer frente a la superpoblación. Algunos encuestados creen que la pandemia está causada por las torres 5G, y que por tanto la vacuna será ineficaz. Otros expresaron su preocupación porque la vacuna lleve la marca del diablo y que, por tanto, los cristianos deben evitarla.

Expectativas hacia los actores internacionales

Expectativas hacia la UE y EE.UU.

Sudáfrica ha presionado mucho contra quienes se oponen a la propuesta de exención de la propiedad intelectual para las tecnologías contra la COVID-19 en la Organización Mundial del Comercio (OMC), propuesta planteada conjuntamente con la India en octubre de 2020, y [copatrocinada ahora por más de 50 países](#). Los funcionarios sudafricanos en Ginebra han presionado a los representantes de la UE y de Estados Unidos en la OMC para que apoyen la solicitud de exención. A nivel local, los activistas sudafricanos han generado apoyo para la propuesta de exención a través de protestas pacíficas llevadas a cabo en febrero de 2021 frente a las embajadas de los países que se oponen a las solicitudes de exención, con artículos de opinión en los periódicos, y con una carta conjunta enviada a altos funcionarios de los EE.UU. en enero de 2021, instando a la administración Biden a utilizar su influencia política y los derechos de propiedad de la vacuna Moderna para promover el acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19 a nivel mundial. Los activistas también han presionado al gobierno noruego, que copreside el Acelerador de Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 junto con Sudáfrica, para que apoye la solicitud de exención. La acción solidaria internacional, a través de las redes de la sociedad civil, parece haber desempeñado un papel importante en el cambio de posición de la administración Biden sobre la exención, y en asegurar una mayor flexibilidad por parte de actores clave, como el Ministro de Desarrollo noruego, a través del compromiso de los socios de la sociedad civil de Noruega y Sudáfrica. No está claro qué compromisos han tenido los funcionarios, con sede en Pretoria, con la UE y EE.UU. sobre el acceso a las vacunas.

En una reciente cumbre de los [CDC de África](#) (Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades) sobre el desarrollo de la capacidad de fabricación de vacunas a nivel local, los funcionarios gubernamentales de todo el continente, incluidos los de Sudáfrica,

señalaron que acogerían con agrado las inversiones extranjeras destinadas a crear capacidad de producción farmacéutica local. Sin embargo, en la conferencia no se prometieron garantías explícitas de subvenciones estatales, exenciones fiscales, préstamos favorables u otros incentivos para los inversores privados, ni hubo ningún compromiso explícito de subordinar el interés político nacional a una posición común africana. La mayoría de las empresas con ánimo de lucro a las que se les dio una plataforma para hablar en la conferencia eran del norte global (por ejemplo, J&J, Moderna, GSK y Samsung Biologics), aunque algunas empresas africanas (Aspen Pharmacare) e indias (Bharat Biotech) hicieron aportes.

Expectativas hacia China y Rusia

Es probable que la geopolítica desempeñe un papel importante a la hora de decidir quién proporciona las vacunas (y la tecnología relacionada con ellas) a las poblaciones del continente africano y de Sudáfrica en particular. El interés tanto de China como de Rusia parece alto, con mucho peso político en estos compromisos. El [Daily Maverick](#) ha informado que el gobierno ruso ha ofrecido 300 millones de dosis de la vacuna Sputnik, con financiación, a la Unión Africana, y que el gobierno chino ha prometido casi el 25% de todas sus donaciones de vacunas al continente. Como ya se ha dicho, los funcionarios del NDoH han entablado conversaciones con los productores rusos y chinos de la vacuna contra la COVID-19. Sin embargo, parece que no se ha dado prioridad a la adquisición de las vacunas de fabricación rusa porque, según el director general adjunto del NDoH, el Dr. Anban Pillay, el NDoH ["estaba preocupado por el vector del adenovirus 5 utilizado en la vacuna \[Sputnik\], que en estudios anteriores ha parecido hacer a las personas más susceptibles a la infección por el VIH"](#).

En noviembre de 2020, el embajador chino en Sudáfrica, Chen Xiaodong, [fue citado](#) prometiendo que China "dará protagonismo al importante papel que juega Sudáfrica como puente para la cooperación de los BRICS con África". Además, afirmaron que "bajo la guía de la cooperación en salud pública de los BRICS, promoveremos el desarrollo del Centro de I&D (investigación y desarrollo) de Vacunas de los BRICS, avanzaremos en la investigación y los ensayos colectivos de vacunas de los países BRICS, incluyendo China y Sudáfrica, estableceremos plantas, autorizaremos la producción y reconoceremos los estándares de cada quien. Apoyaremos a las empresas chinas ubicadas en países africanos, incluida Sudáfrica, en la realización de los ensayos clínicos de la vacuna de la fase 3, y exploraremos el uso de la medicina tradicional en la prevención y el control del COVID-19, para ayudar a los países africanos a vencer la pandemia en una fecha temprana".

En febrero de 2021 [se citó](#) al ministro de Sanidad, Zweli Mkhize, diciendo que el NDoH tenía "interés" en la vacuna de Sinopharm porque "parecía muy prometedora según los datos disponibles", y que consideraría las vacunas Sinovac y Sputnik V. El 10 de marzo, la [SAHPRA anunció](#) que había recibido un expediente de Sinovac solicitando la aprobación reglamentaria, y el 29 de marzo de 2021, [Daily Maverick](#) informó que Sinovac había anunciado que destinaría 5 millones de dosis de CoronaVac a Sudáfrica. Sin embargo, en el momento de escribir este

artículo, la SAHPRA [aún no había aprobado el uso de esta vacuna en Sudáfrica](#). Ese mismo mes, la prensa [citó](#) al embajador Xiadong diciendo que Pekín estaba “dispuesto a tomar medidas más enérgicas para apoyar a Sudáfrica en la superación de la COVID-19 y otras dificultades, con el fin de lograr una mejor recuperación económica y un desarrollo sostenible después de la Covid”, aunque es difícil saber qué significa esto en términos concretos.

Expectativas hacia otros actores internacionales

Opiniones sobre COVAX

Una de las opiniones, principalmente de la sociedad civil a nivel mundial pero no muy articulada en Sudáfrica, es que el COVAX en realidad es un obstáculo para la equidad. Esto se debe a que consolida los mecanismos de mercado, no es transparente y ha otorgado a actores no-elegidos poderes de decisión que tienen consecuencias de vida o muerte. Actores locales como la Campaña de Vacunación de los Pueblos (PVC, por sus siglas en inglés) creen que es importante que los actores internacionales reconozcan los límites del COVAX y dejen de utilizarlo como justificación para oponerse a la exención. Si lo siguen utilizando en ese sentido, se oponen de hecho a la equidad de las vacunas al posponer el desarrollo de la capacidad de fabricación local. Un segundo punto de vista es que el COVAX ya está aquí y está aquí para quedarse, por lo que debe hacerse funcionar de manera que no perpetúe la desigualdad en materia de vacunas, por ejemplo, garantizando la transparencia y el fin de los acuerdos de no divulgación (NDA, por sus siglas en inglés), una participación más activa de la sociedad civil en la toma de decisiones, etc.; el Peoples Health Movement South Africa ([PHM-SA](#)) y otras CSO de Sudáfrica apoyan, en mayor o menor medida, este punto de vista.

Expectativas de los actores internacionales

Los gobiernos del Norte han destinado importantes fondos públicos a la I&D (investigación y desarrollo) de vacunas, pero parecen contentos de permitir que las empresas privadas exploten la propiedad intelectual. Esto va en detrimento de las poblaciones del norte global y de los países de renta baja y media (PRBM). Lo que se espera es que los gobiernos del norte insistan en poder abrir las protecciones de las patentes para que todas las poblaciones estén protegidas, mientras que las corporaciones pueden obtener beneficios justos, pero no beneficios a costa de los derechos humanos de las personas. Una forma de hacerlo es apoyando la exención de la OMC, especialmente ahora que Estados Unidos ha indicado que está dispuesto a pasar a las negociaciones basadas en textos. Además, deberían destinar fondos a la transferencia de tecnología, sobre todo al sur global, o supeditar cualquier financiación pública de empresas privadas que persigan el desarrollo de vacunas a la obtención de resultados claros para la transferencia de tecnología. En términos más generales, las instituciones financieras deberían reconocer la necesidad de invertir en la capacidad de producción en los PRBM, incluida la importancia de asegurar los mercados para la producción local.

Recomendaciones

Recomendaciones clave:

1. Debemos reconocer que la propiedad intelectual no es un fin en sí mismo, sino que sólo merece la pena protegerla si genera un beneficio social. Cuando conduce a perjuicios sociales, debemos suspenderla.
2. Apoyar la exención de todos los diagnósticos, tratamientos y vacunas de COVID-19, o al menos no oponerse a ella.
3. La exención por sí sola no será suficiente: es fundamental el apoyo político, técnico y financiero para la transferencia de tecnología. Necesitamos diversas fuentes de producción en todos los continentes, y entre los PRBM y aquellos países de ingresos altos (HIC, por sus siglas en inglés).
4. De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), las partes del pacto deben cumplir su obligación legal de garantizar que sus compromisos en el comercio internacional, la financiación y la investigación científica promuevan el derecho a la salud. Reconocer el acceso a las vacunas como un derecho humano (véase la posición del [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales](#)) y a las vacunas como un bien público es un aspecto de esto.
5. La OMS debe reforzarse como organismo principal que coordina todas las políticas y mecanismos para distribuir el acceso a diagnósticos, dispositivos, tratamientos y vacunas esenciales durante las emergencias sanitarias internacionales. Los estados miembros de la OMS deberían tener un papel significativo en estos procesos, y deberían asegurar, a través de sus contribuciones independientes, que la OMS cuente con los recursos suficientes para desempeñar este papel de forma efectiva.
6. Las recomendaciones del Panel de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el acceso a los medicamentos deben aplicarse urgentemente para crear un panorama de I+D más justo y transparente, una mayor capacidad de fabricación de medicamentos en el sur global y un acceso más equitativo a los medicamentos y a las medicinas esenciales. Es preocupante que estas recomendaciones hayan sido sistemáticamente ignoradas por la comunidad internacional desde su publicación en 2016. Destacan las recomendaciones dirigidas a limitar las mismas acciones que han hecho necesaria la solicitud de exención de los TRIPS, a saber:

- a. La inclusión de disposiciones *TRIPS plus* en los acuerdos comerciales.
 - b. Que los gobiernos y el sector privado impongan “amenazas, tácticas o estrategias explícitas o implícitas que socaven el derecho de los miembros de la OMC a utilizar las flexibilidades de los TRIPS”.
 - c. Que las instituciones que reciben financiación pública no den “prioridad a los objetivos de salud pública por sobre los beneficios económicos en sus prácticas de concesión de patentes y licencias”.
 - d. La falta de transparencia de las empresas del sector privado en cuanto a los costes de I+D, comercialización, fabricación y distribución, los datos de los ensayos clínicos y los acuerdos de licencia y compra de sus productos con los gobiernos.
7. Las organizaciones de la sociedad civil del Norte deberían presionar a sus gobiernos para que se cumpla lo anterior con el objetivo de:
- a. Facilitar un acceso más rápido y equitativo a las vacunas contra la COVID-19 en todo el mundo, algo que tendrá beneficios para la salud pública tanto en el norte como en el sur, ya que “nadie está seguro hasta que todo el mundo esté seguro”.
 - b. Promover cambios estructurales destinados a mejorar y democratizar la investigación mundial, la vigilancia de las enfermedades y la capacidad de fabricación de medicamentos con el fin de garantizar una respuesta más eficaz ante futuras emergencias sanitarias internacionales.
 - c. Movilizarse para garantizar que los gobiernos se enfrenten a sanciones políticas por parte de sus propios votantes si descuidan sus obligaciones en materia de derechos humanos. La pandemia del COVID-19, y la del VIH/SIDA antes de la primera, ha demostrado que el cabildeo y el apoyo nacional por parte de la sociedad civil en el norte global, junto con las acciones de los estados en el sur global y la sociedad civil, son cruciales para garantizar que las voces de las personas en el sur global no sean sistemáticamente ignoradas.

Imprint

Heinrich-Böll-Stiftung European Union, Brussels, Rue du Luxembourg 47-51,
1050 Brussels, Belgium

Heinrich-Böll-Stiftung Washington, DC, 1432 K St NW, Washington, DC 20005, USA

Heinrich-Böll-Stiftung, Colombia, Bogotá, Cl. 37 No. 15-40, Bogotá, Colombia

Contact, Heinrich-Böll-Stiftung European Union, Brussels

Anna Schwarz, Head of Programme, Global Transformation
E Anna.Schwarz@eu.boell.org

Contact, Heinrich-Böll-Stiftung Washington, DC

Christin Schweisgut, and Philipp Kuehl, Programme Directors, Global Development Policy
E Philipp.Kuehl@us.boell.org

Contact, Heinrich-Böll-Stiftung, Bogotá, Colombia

Angela Valenzuela Bohórquez, responsable de comunicaciones
E: angela.valenzuela@co.boell.org

Place of publication: <http://eu.boell.org> | <https://us.boell.org> | <https://co.boell.org>

Release date: June 2021

Editor: Chris Meikle, Brussels

Illustrations: Pia Danner, p*zwe, Hannover

Traducción al español: Andrés Padilla Ramírez

Layout: Micheline Gutman, Brussels - Rosy Botero, Bogotá

License: Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0),
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Las opiniones expresadas en este informe son las del autor y la autora y no necesariamente reflejan las opiniones de la Heinrich-Böll-Stiftung European Union, Brussels, Heinrich-Böll-Stiftung Washington, DC. y Heinrich-Böll-Stiftung Colombia, Bogotá