

HEINRICH
BÖLL
STIFTUNG
BRUSSELS

HEINRICH
BÖLL
STIFTUNG
WASHINGTON,
DC

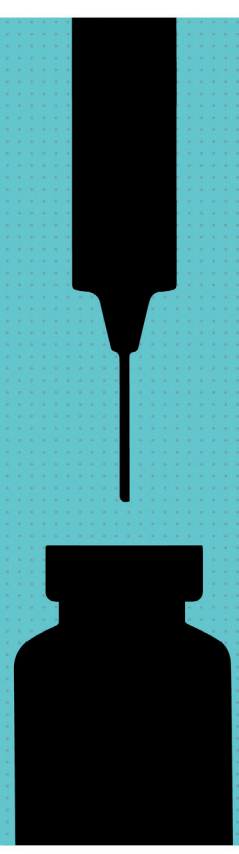
HEINRICH
BÖLL
STIFTUNG
BOGOTÁ

ZU-LAT
Equality and Human Rights

E-PAPER

Perspectivas globales sobre la vacunación por covid-19

Acceso a la vacuna covid-19 en Israel



ISRAEL

Por **SHELLY KAMIN-FRIEDMAN**

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

Dr. Shelly Kamin-Friedman es especialista en derecho médico y derecho de la salud pública. Su investigación se centra en los aspectos legales, éticos y políticos de las estrategias para aumentar el cumplimiento de la vacunación. Es profesora numeraria de la Universidad Ben-Gurion y de la Universidad de Haifa, y autora de los documentos de orientación política: *Right to vaccination* y *Dealing with vaccine hesitancy* ['Derecho a la vacunación' y 'Haciendo frente a las dudas sobre las vacunas', ambos documentos en inglés] escritos bajo los auspicios del Instituto **Zulat** para la Igualdad y los Derechos Humanos y de Physicians for Human Rights [Médicos por los Derechos Humanos] — Israel.

La Dra. Shelly Kamin-Friedman ha contado con el apoyo de un equipo directivo conformado por:

- Profesor Nadav Davidovitch- Profesor de Salud Pública, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Ben-Gurion, Israel.
- Profesor Dani Filc – Profesor de Política y Gobierno, Universidad Ben-Gurion, Israel.
- Prof. Nihaya Daoud - Profesora de Salud Pública, Universidad Ben-Gurion, Israel.

Zulat para la Igualdad y los Derechos Humanos es un instituto único que combina la investigación y el análisis a través de las redes sociales y los medios de comunicación convencionales, y actúa como puente entre el ámbito político y la sociedad civil. Como activistas Think Tank luchamos por establecer una agenda alternativa, cambiar el discurso público y promover políticas y legislación para defender la democracia y los derechos humanos.

Contenido

Situación del país	5
Estado de la pandemia de COVID-19 en Israel	5
¿Cuál es el estado actual del despliegue de la vacuna en el país?	7
BriLife, una vacuna israelí basada en vectores	8
¿Qué vacunas se utilizan y quién las proporciona?	9
¿Cuándo se aprobaron las vacunas COVID-19 en Israel?	10
¿Por qué se eligió una determinada vacuna en lugar de otras?	10
¿Las vacunas son gratuitas para toda la población?	10
¿Qué calendario seguirán las vacunaciones y cuándo se espera que las vacunas estén ampliamente disponibles para el público en general?	11
¿Cuáles son las consecuencias previstas del despliegue de la vacuna para las perspectivas económicas de Israel?	12
Implicaciones culturales y sociopolíticas en cuanto a la aceptación de la vacuna: ¿la gente confía o desconfía de la vacuna en cuanto a su seguridad, y está más preocupada por el virus o por la vacuna?	13
¿Es obligatoria la vacunación?	14
¿Cuál es el estado de vacunación de la población con respecto a otras enfermedades que podrían servir de ejemplo?	15
¿Es la desinformación sobre las vacunas un factor relevante?	15
Expectativas de los actores internacionales	17
¿Qué se espera en su país de otros actores internacionales, como los que participan en COVAX?	17
¿Cómo han jugado las alianzas políticas en el contexto de la vacunación?	22
Conclusión	23
Referencias	25

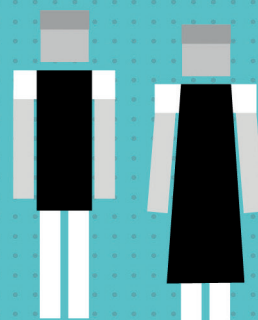
ISRAEL



GDP per capita en USD

33,132

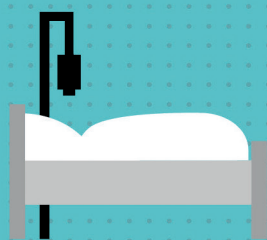
(2017)



Población general

9.053.300

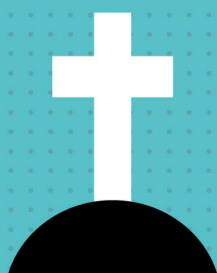
(2019)



Casos covid-19

839.747

2021, 17 de junio



Muertes por covid-19

6.427

2021, 17 de junio

Población completamente vacunada

2021, 17 de junio

59,49 %

Población al menos parcialmente vacunada

2021, 17 de junio

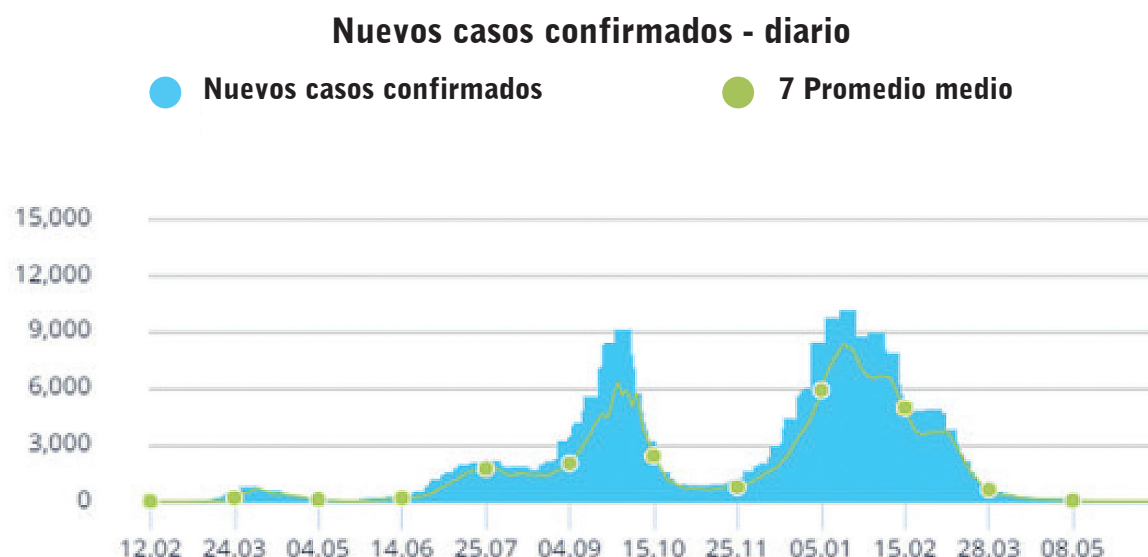
63.43 %



Situación del país

Estado de la pandemia de COVID-19 en Israel

Israel se ha enfrentado, hasta ahora, a tres "oleadas" de la pandemia de COVID-19.



<https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general> (14 de junio de 2021) [5]

La primera oleada comenzó el 27 de febrero de 2020 tras la identificación del primer portador israelí de COVID-19. El portador era un ciudadano que había regresado de Italia tres días antes ^[1].

Un aumento exponencial del número de casos confirmados llevó a un cierre total del país, que se impuso el 7 de abril de 2020, durante un periodo de tres días. Se prohibió a la gente alejarse más de 100 metros de su lugar de residencia, excepto para comprar alimentos y/o medicamentos. El público cumplió con las disposiciones de este cierre estricto y la morbilidad disminuyó ^[2].

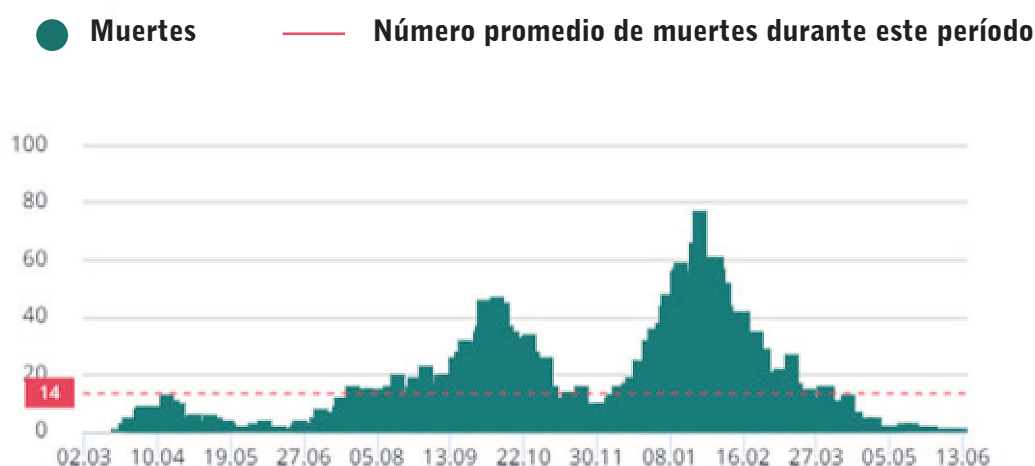
Sin embargo, tras la reapertura de la economía, el número de portadores confirmados y de enfermos graves empezó a aumentar de nuevo. El fuerte aumento de la morbilidad fue seguido por un segundo cierre total el 18 de septiembre de 2020 ^[3].

Tras las dos primeras oleadas, el Ministerio de Sanidad recomendó que la reapertura de la economía se diera por etapas en función de los índices de sanidad, transcurriendo 14 días entre una etapa y la siguiente. Sin embargo, las recomendaciones del Ministerio no se implementaron en la práctica. Las etapas de reapertura de la economía se llevaron a cabo, y el número de casos confirmados comenzó a aumentar de nuevo, especialmente en las localidades árabes.

El 19 de diciembre de 2020 se inició una campaña de vacunación en Israel, tras la aprobación de la vacuna de Pfizer por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) [4]. Sin embargo, el número diario de casos confirmados y de muertes siguió aumentando.

El 27 de diciembre de 2020 el gobierno resolvió imponer un tercer bloqueo que incluía el cierre del comercio, la imposición de restricciones en los lugares de trabajo y el funcionamiento parcial del sistema educativo. Aun así, el aumento de la morbilidad y la mortalidad continuó.

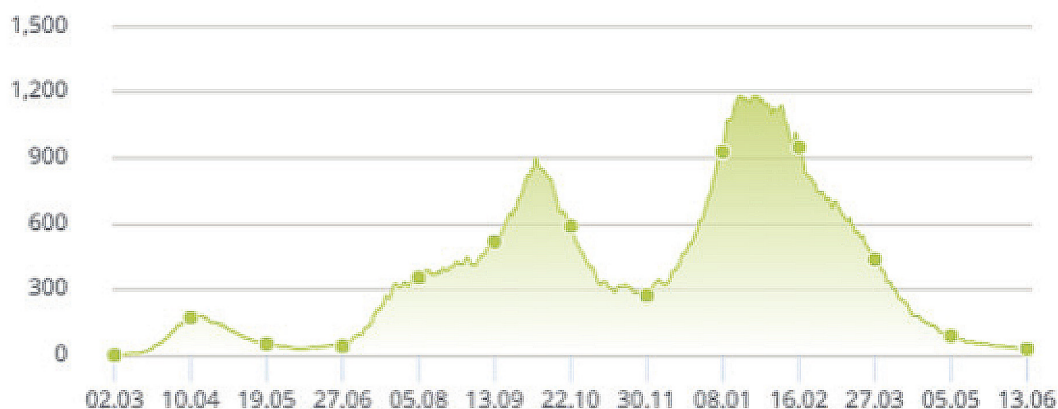
Muertes - Diarias



<https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general> (14 de junio de 2021) [5]

En febrero de 2021, cuando el 34,98% de la población había sido vacunada con la primera dosis y el 20,26% con las dos dosis de la vacuna [5], se inició un lento descenso del número de casos diarios confirmados, del número de enfermos graves y del número de muertes. El 10 de marzo de 2021, el coeficiente de infección (R) alcanzó el 0,9, lo que supuso el cese de la propagación del virus [5]. La economía se abrió e Israel volvió a la normalidad casi completa al aumentar la tasa de vacunación y disminuir la tasa de morbilidad.

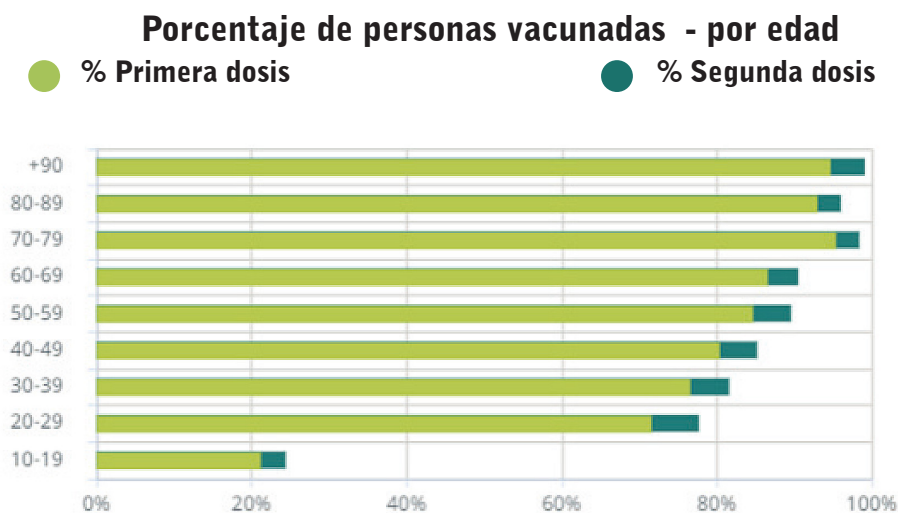
Número de enfermos graves - Activos



<https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general> (14 de junio de 2021) [5]

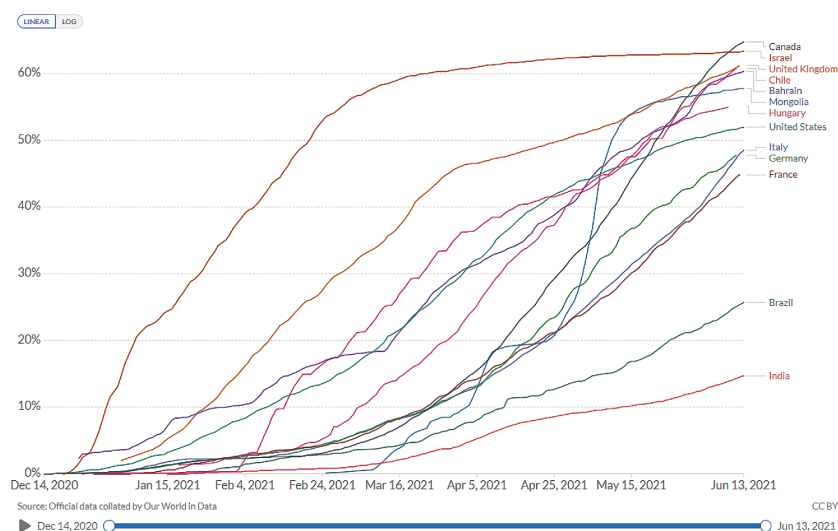
¿Cuál es el estado actual del despliegue de la vacuna en el país?

Como se ha señalado anteriormente, la campaña de vacunación de Israel comenzó el 19 de diciembre de 2020, aproximadamente una semana después de que la FDA concediera la aprobación de emergencia para la vacuna de Pfizer (BNT162b2) ^[6]. En el momento de escribir este artículo (14 de junio de 2021), casi cuatro meses después de que comenzara la campaña de vacunación, 5.476.317 personas han sido vacunadas con la primera dosis, y 5.144.382 con ambas dosis. En el grupo etario de más de 90 años se vacunó al 94,6 % de la población; en el siguiente grupo de edad, que va de 80 a 89 años, se vacunó al 93 %; en el grupo de edad de 70 a 79 años al 95,4 %; en el grupo de edad de 60 a 69 años se vacunó al 86,6 %; y en el grupo de edad de 50 a 59 años se vacunó al 84,6 %. Si se examina comparativamente, el número de vacunados en Israel es uno de los más altos del mundo.



<https://datadashboard.health.gov.il/COVID-19/general> (14 de junio de 2021) [5]

Proporción de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna COVID-19



<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (14 de junio de 2021) [9]

No obstante, las tasas de vacunación no se distribuyen uniformemente entre los distintos grupos de población. Los ciudadanos árabes y la población ultraortodoxa, que son los que más han sufrido la pandemia, se vacunan en menor proporción que el público en general.

BriLife, una vacuna israelí basada en vectores

El Instituto Israelí de Investigación Biológica (IIBR) ha estado trabajando en el desarrollo de una vacuna israelí como parte de los esfuerzos de Israel para frenar la propagación de COVID-19. BriLife es una vacuna basada en un vector que toma el virus de la estomatitis vesicular (VSV) y lo diseña genéticamente para que exprese la proteína pico del coronavirus SARS-CoV-2 beta en su envoltura ^[7].

La refrigeración necesaria para el transporte de la vacuna (2-8 grados centígrados) es mucho más conveniente que la requerida para las vacunas de ARNm, por lo que se espera que su coste sea menor que el de la vacuna de Pfizer.

El desarrollo de BriLife, financiado por el Estado de Israel, se encuentra actualmente en la fase II después de que no se encontraran efectos secundarios significativos en la fase I. La fase actual incluye extensas pruebas de seguridad en unos 1.000 voluntarios, y está siendo gestionada por la empresa biotecnológica estadounidense IQVIA ^[8].

Los elevados gastos que conlleva el desarrollo de BriLife han suscitado críticas públicas. Un argumento afirma que para cuando se apruebe una vacuna israelí, siempre que los ensayos clínicos tengan éxito, la población del país ya estará ampliamente vacunada. Otro argumento afirma que el IIBR se creó para hacer frente a las amenazas a la seguridad y que opera bajo un manto de secretismo. La información sobre el progreso del desarrollo de la vacuna es, por ello, confidencial y no se divulga al público. Los críticos también mencionaron un experimento realizado anteriormente en secreto por el IIBR como parte del desarrollo de una vacuna contra el ántrax, un experimento que se llevó a cabo en soldados de una manera que no cumplía con los principios de la Declaración de Helsinki ^[9].

Los ensayos clínicos realizados con la vacuna israelí también han encontrado dificultades éticas. Se planteó la cuestión de si los participantes en el ensayo podían considerarse inmunizados contra el virus del mismo modo que las personas vacunadas con la vacuna de Pfizer, a pesar de que la eficacia de la vacuna israelí aún no se ha demostrado y dado que algunos participantes recibieron en realidad un placebo ^[10]. La legislación que supedita la admisión a lugares públicos o comerciales a la presentación de un pase verde estipula que los participantes en el ensayo clínico israelí tienen derecho a dicho pase del mismo modo que las personas “en recuperación” o las vacunadas con la vacuna de Pfizer ^[11].

¿Qué vacunas se utilizan y quién las proporciona?

Paralelamente al esfuerzo por desarrollar una vacuna israelí, el Estado de Israel firmó APAs (Acuerdos de Compra Anticipada, por sus siglas en inglés) con Moderna ^[12], Pfizer ^[13] y AstraZeneca ^[14], cuando las tres vacunas se encontraban en la fase III de investigación clínica y antes de haber recibido la aprobación de la FDA.

La aprobación de la FDA para la vacuna de Pfizer se concedió el 11 de diciembre de 2020, y la campaña de vacunación de Israel comenzó el 19 de diciembre de 2020. Las vacunas fueron administradas por las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), los hospitales y el Magen David Adom (MDA), también conocido como la Organización de Rescate de Israel, que se encarga de vacunar a los residentes de las residencias de ancianos y de los centros de vida asistida.

El éxito de Israel en la obtención de un rápido suministro de vacunas se atribuye a sus características generales y a las cualidades únicas de su sistema sanitario ^[13]. El hecho de ser un país pequeño facilitó el transporte de las vacunas a localidades remotas en las condiciones de refrigeración necesarias. A su vez, el hecho de que la población sea relativamente joven (sólo el 12% tiene más de 65 años) permitió la rápida vacunación de la población de riesgo, y el clima templado de diciembre de 2020 facilitó que las personas mayores se presentaran en los centros de vacunación. En cuanto al sistema sanitario, la ley israelí ^[15] obliga a cada residente a pertenecer a una de las cuatro HMO sin ánimo de lucro. Éstas mantienen registros informatizados de cada miembro, incluyendo la edad y los riesgos de salud, y así facilitan el seguimiento de las poblaciones de riesgo, así como los esfuerzos dirigidos a conseguir que se vacunen ^[16].

Las HMO están preparadas desde hace tiempo para hacer frente a un evento biológico inusual y son expertas en el despliegue rápido de centros de vacunación en todo el país. Además de su red nacional de clínicas, las HMO también abrieron centros de vacunación combinados en zonas periféricas, y el personal médico vacunó a las personas confinadas en sus casas. Las citas para la vacunación en los HMO se hacían por teléfono o a través de sus sitios web o aplicaciones para teléfonos móviles, y un aparato nacional de registro ayudaba a seguir el número de vacunados y los efectos secundarios ^[13].

Para evitar que las vacunas se desperdiciaran una vez retiradas de la refrigeración, cada bandeja de 1.000 dosis se dividió ingeniosamente en contenedores más pequeños que se transportaron a zonas remotas con un bajo número de posibles vacunados. Además, las vacunas que quedaban por “no presentarse” se ofrecían a las personas que aún no habían llegado a su turno de vacunación según las normas de priorización. Esta medida provocó un cierto grado de desigualdad en la vacunación (los jóvenes alfabetizados digitalmente, a diferencia de otros grupos, identificaron fácilmente los centros de vacunación en los que había vacunas sobrantes), pero esta desigualdad fue muy efímera dado que las vacunas se ofrecieron pronto a toda la población.

¿Cuándo se aprobaron las vacunas COVID-19 en Israel?

La aprobación de la FDA para las vacunas BNT162b2 fue seguida de deliberaciones de expertos sanitarios israelíes, que recomendaron la administración de la vacuna en Israel. No obstante, hay que señalar que las vacunas BNT162b2 aún no han sido registradas en el Directorio de Medicamentos del Ministerio de Sanidad. La ley israelí estipula que la venta de un medicamento terapéutico o profiláctico está condicionada a dicho registro, pero hace una excepción para los medicamentos importados del extranjero con el fin de proteger a los residentes de Israel de una enfermedad epidémica ^[17].

¿Por qué se eligió una determinada vacuna en lugar de otras?

Los APA firmados con Pfizer, junto con la capacidad de suministrar las vacunas al público, llevaron a la decisión de Pfizer de adelantar sus envíos a Israel. Otra consideración que se tuvo en cuenta con respecto a esta decisión fue el buen desarrollo de los registros sanitarios electrónicos de Israel, cuya importancia para el estudio de la vacuna en situaciones del mundo real no se puede exagerar. Israel se comprometió a compartir con Pfizer datos epidemiológicos como el número de vacunados, los efectos secundarios de la vacuna, la eficacia de la misma y el tiempo transcurrido hasta el desarrollo de anticuerpos. En respuesta a los temores expresados sobre una invasión de la privacidad de los vacunados, el Ministerio de Salud aclaró que no se transferiría a Pfizer ninguna información de identificación personal sino únicamente datos agregados ^[18].

El suministro continuo de vacunas BNT162b2 ha permitido a Israel vacunar a toda la población mayor de 16 años mediante el mismo método (dos dosis de vacuna, un compuesto mezclado con NaCl, 5-6 dosis por vial) sin sobrecargar los sistemas operativos correspondientes. Unas 100.000 dosis de vacuna Moderna enviadas a Israel se mantuvieron como reserva en caso de que cesara el suministro continuo de Pfizer ^[19].

¿Las vacunas son gratuitas para toda la población?

Las vacunas fueron adquiridas exclusivamente por el Estado, financiadas con fondos públicos y suministradas gratuitamente a todos los habitantes. Las personas que viven en Israel y que no se ajustan a la definición de "residente", como los trabajadores extranjeros o los solicitantes de asilo, también tienen derecho a la vacunación gratuita, aunque su elegibilidad para la vacunación se aprobó tardíamente, y sólo después de que los ciudadanos de riesgo hubieran sido vacunados ^[20].

A pesar de su financiación pública, las tasas de respuesta a la vacunación han sido menores en las localidades menos ricas en comparación con las ricas ^[21], así como menores en las localidades árabes en comparación con las judías ^{[5] [22]}.

¿Qué calendario seguirán las vacunaciones y cuándo se espera que las vacunas estén ampliamente disponibles para el público en general?

El Ministerio de Salud estableció los principios de priorización poco antes del inicio de la campaña de vacunación (en diciembre de 2020): urgencia sanitaria y epidemiológica, seguridad, sencillez, amplitud, flexibilidad y eficiencia para garantizar la efectividad y eficacia de la vacuna. Se dio prioridad al personal médico, a las residencias de ancianos y a sus cuidadores, y a las personas mayores de 60 años que viven en la comunidad. Se señaló que se debía ser flexible y que el cuidador de un anciano en la comunidad también debía ser vacunado. Se dio una prioridad ligeramente inferior a los grupos de riesgo (diabéticos, obesos mórbidos, enfermos de EPOC, hipertensos, inmunodeprimidos, receptores de trasplantes de órganos, pacientes hematológicos, etc.), y a los grupos de alta exposición (maestros de escuela y jardín de infancia, trabajadores sociales, reclusos y vigilantes de prisiones, y personal de primera intervención) ^[23].

Contrario a las normas de priorización, el Ministro de Seguridad Pública ordenó al Servicio de Prisiones de Israel que se abstuviera de vacunar a los presos hasta que diera su aprobación en función del progreso de la campaña de vacunación general ^[24]. En respuesta a una petición presentada por Médicos por los Derechos Humanos-Israel (PHR), y otras organizaciones de derechos humanos, el Tribunal Supremo dictaminó que los presos tienen derecho legal a recibir tratamiento médico, incluidas las vacunas, y señaló que las condiciones de hacinamiento en las prisiones y la imposibilidad de aislar a los reclusos sospechosos de haber contraído el virus del SRAS-CoV-2 aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad, y exigen que se dé prioridad a las vacunaciones de los reclusos, especialmente a las que se administran a los mayores de 60 años y a los que tienen condiciones médicas preexistentes ^[25].

Se recomendó —al menos inicialmente— que no se vacunara a las personas que se hubieran recuperado de la COVID-19, a las mujeres embarazadas, a las mujeres en periodo de lactancia, a las personas con antecedentes de anafilaxia grave, a las mujeres que estuvieran planeando quedar embarazadas y a los niños y adolescentes de hasta 16 años ^[23]. Sin embargo, las directrices se actualizaron el 23 de diciembre de 2020, para establecer que las mujeres embarazadas podían ser vacunadas si así lo deseaban. Igualmente se actualizaron las contraindicaciones para vacunar a pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas (sólo se evitaría la vacunación en los casos en que la anafilaxia se produjera en respuesta a uno de los componentes de la vacuna, en respuesta a determinados fármacos administrados por inyección o por razones idiopáticas) ^[26].

Las directrices relativas a la vacunación de las mujeres embarazadas se actualizaron de nuevo el 28 de enero de 2021. Esta vez, las directrices afirmaron que la vacunación se recomendaba de hecho para las mujeres que planean un embarazo, las mujeres en el segundo o tercer trimestre de embarazo y las mujeres en periodo de lactancia ^[27].

Además, y para promover la reapertura del sistema educativo, el gobierno también resolvió añadir en el grupo de máxima prioridad a los estudiantes mayores de 16 años, así como a los maestros de escuela y jardín de infancia.

A medida que la campaña de vacunación avanzaba, la edad de elegibilidad para la vacunación disminuyó gradualmente, y el gobierno finalmente resolvió ampliar la campaña de vacunación a toda la población mayor de 16 años en febrero de 2021 ^[28].

No obstante, existe cierta controversia en torno a la necesidad de vacunar a los niños de entre 12 y 15 años para controlar la propagación del virus. Los expertos del Ministerio de Salud deliberaron sobre la cuestión, tras la reciente aprobación de la FDA para vacunar a este grupo de edad. Mientras tanto, unos 618 niños pequeños con un mayor riesgo de complicaciones por el COVID-19 ya han sido vacunados con la aprobación del Comité de Excepciones, y hasta ahora no se han notificado efectos secundarios ^[29].

¿Cuáles son las consecuencias previstas del despliegue de la vacuna para las perspectivas económicas de Israel?

El impacto de un alto grado de cumplimiento de la vacunación para la economía de Israel puede extraerse de una comparación de enero de 2021 entre dos previsiones económicas: una basada en una campaña de vacunación rápida completada en mayo de 2021, y otra basada en una campaña de vacunación lenta que duraría todo el año 2022 ^[30].

El escenario de vacunación rápida predice una tasa de crecimiento total del 6,3% a finales de 2021, ya que la eliminación de las restricciones desencadenará una recuperación relativamente rápida que continuará a lo largo del segundo trimestre de 2021. Sin embargo, debido a la pérdida de ingresos sufrida por las empresas y los hogares, la actividad económica no volverá a los niveles normales y será necesario un largo proceso adicional para alcanzar ese objetivo. Como resultado, el nivel de actividad en 2022 estará aproximadamente un 2% por debajo de la tendencia del PIB a largo plazo. En el escenario de vacunación lenta, en cambio, se prevé que la tasa de crecimiento sea de apenas un 3,5% a finales de 2021. Este desfase puede atribuirse en su mayor parte a la posibilidad de nuevos cierres, una situación que ejerce un grave perjuicio sobre el consumo privado.

En abril de 2021, el Banco de Israel anunció que, a la vista de los progresos de la campaña de vacunación y del descenso de la morbilidad, centraría en lo sucesivo sus previsiones macroeconómicas en el escenario de vacunación rápida (crecimiento del 6,3% en 2021). El banco central de Israel también prevé que la morbilidad no aumentará de forma significativa hasta finales de año y, por lo tanto, obviará la necesidad de reinstaurar restricciones con serias implicaciones económicas ^[31].

Implicaciones culturales y sociopolíticas en cuanto a la aceptación de la vacuna: ¿la gente confía o desconfía de la vacuna en cuanto a su seguridad, y está más preocupada por el virus o por la vacuna?

La campaña de vacunación contra el coronavirus en Israel se caracterizó inicialmente por un volumen de demanda que superaba la oferta diaria de los HMO, y en el momento de redactar este informe (14 de junio de 2021) un gran porcentaje de la población de riesgo ya había sido vacunada. Sin embargo, la tasa de cumplimiento entre este grupo, y entre el público en general, aún no ha alcanzado el 100% (por ejemplo, sólo el 84,6% de las personas de entre 50 y 59 años se han vacunado hasta ahora) ^[31]. Las tasas de cumplimiento también han sido relativamente más bajas entre la población árabe en comparación con la judía en Israel y entre las mujeres en comparación con los hombres ^[32].

En general, la “indecisión sobre las vacunas” en Israel no se ha atribuido a la falta de conocimientos, sino más bien a un exceso de conocimientos. Los escépticos israelíes de las vacunas se sienten en conflicto entre el beneficio de la vacunación y el riesgo de enfermedad. Dado que la resolución del conflicto es un paso proactivo, los profanos optan por no confiar en las recomendaciones de otros y prefieren tomar sus propias decisiones. Este enfoque reflexivo, a su vez, deriva de la tradición judía, donde las preguntas forman parte del proceso de aprendizaje. Además, la corta historia del Estado de Israel está llena de desavenencias, diversidad de opiniones y falta de confianza en las autoridades. Todo ello es terreno abonado para un clima de escepticismo respecto a las recomendaciones de las autoridades sanitarias ^[33].

Al examinar las razones de las dudas sobre la vacuna COVID-19 en Israel, la más común parece ser la preocupación por el rápido desarrollo de una nueva vacuna cuyas consecuencias a largo plazo aún no se conocen. Un estudio realizado antes de la campaña de vacunación demostró que la cuestión del riesgo que plantea la vacuna era un factor que influía en la decisión de vacunarse, incluso entre el personal médico ^[34]. Otro motivo fueron las campañas de desinformación propagadas en las redes sociales ^[35].

La tasa relativamente baja de cumplimiento de la vacunación entre el público árabe puede explicarse por la discriminación socioeconómica de la población árabe en diversos ámbitos, incluidas las diferencias en la cantidad de recursos asignados a las campañas informativas sobre los peligros de la COVID-19 desplegadas para el público judío y el árabe, respectivamente ^[36].

Otra explicación de la baja tasa de cumplimiento de la vacunación en la sociedad árabe es la falta de confianza en el sistema sanitario y en el propio establecimiento estatal; esto se debe, entre otras cosas, a la mala gestión de la crisis del COVID-19 en las localidades árabes. Además, las normas de priorización (que favorecían a las personas mayores de 60 años) no se ajustaban a la demografía árabe, que se caracteriza por una población relativamente joven. Una tasa relativamente baja de alfabetización digital también ha

dificultado que las personas mayores puedan concertar citas de vacunación en línea, y no se dedicaron suficientes esfuerzos a llegar a esta población ni a ayudarles a desplazarse a los centros de vacunación ^[37] ^[38].

¿Es obligatoria la vacunación?

La vacunación contra la COVID-19 en Israel es opcional y no obligatoria. Sin embargo, para promover su cumplimiento y permitir la reapertura segura de la economía, se aprobó una ley que supedita la admisión a algunos negocios y lugares públicos a la presentación de un Pase Verde. Se trata de un certificado expedido por el Ministerio de Sanidad que indica que su titular se ha recuperado de la COVID-19, se ha vacunado o participa en el ensayo clínico asociado al desarrollo de una vacuna israelí.

Entre los negocios y lugares públicos cuya apertura se ha aprobado sólo para los titulares del Pase Verde figuran los gimnasios o estudios de fitness, los locales donde se realizan actividades culturales o eventos deportivos en presencia de público, los locales donde se celebran exposiciones, los hoteles, las piscinas, los salones de banquetes y los jardines, los restaurantes y las atracciones turísticas. Según la normativa, los operadores de un lugar público o comercial, en el que la admisión esté supeditada a la presentación de un pase verde, pueden colocar un puesto de prueba rápida de COVID-19 (que no requiere análisis por parte de un laboratorio) en la puerta. Un resultado negativo en dicha prueba sólo permitiría el ingreso a las personas en ese lugar específico.

Los argumentos en contra del requisito del Pase Verde como herramienta para promover el cumplimiento de la vacunación incluyen el etiquetado negativo de las personas que se abstienen de la vacunación, el daño infligido a la confianza pública debido al uso de la legislación coercitiva, la profundización de las disparidades sociales debido a la menor accesibilidad a la vacunación de las poblaciones desfavorecidas, y el temor a la ampliación de la gama de derechos que sólo pueden ejercerse sujetos a la vacunación. Sin embargo, el consenso general fue que la exigencia de presentar un Pase Verde para acceder a los negocios y lugares públicos promovería la reapertura de la economía y representaría un riesgo calculado con respecto a perjudicar los esfuerzos por controlar la pandemia ^[39].

La legislación israelí se abstuvo de exigir un Pase Verde en los lugares en los que la admisión es esencial para el ejercicio de los derechos individuales: hospitales, clínicas, farmacias que son necesarias para ejercer el derecho a la salud, y lugares de culto que son necesarios para ejercer la libertad de culto. Los lugares públicos que incluyen negocios que ofrecen tanto servicios esenciales como actividades de ocio (como los centros comerciales) se abrieron al público sin restricciones.

¿Cuál es el estado de vacunación de la población con respecto a otras enfermedades que podrían servir de ejemplo?

La tasa de vacunación contra el COVID-19 en Israel es una de las más altas del mundo. La tasa de cumplimiento también ha sido impresionante en comparación con campañas de vacunación anteriores durante brotes de enfermedades infecciosas. Por ejemplo, cuando estalló la pandemia de gripe porcina en 2009, la tasa de vacunación fue sólo del 12% ^[40]. Cuando se descubrió el poliovirus en el sistema de alcantarillado en 2013 y las autoridades sanitarias resolvieron administrar vacunas orales (OPV) a las personas nacidas a partir de 2004, la tasa media de cumplimiento fue de alrededor el 80% en todo el país, pero solo del 64% entre los niños de Tel Aviv y sus alrededores.

La alta tasa de cumplimiento de la vacuna COVID-19, en comparación con las vacunas contra la gripe y el poliovirus, debe atribuirse al Ministerio de Salud y a las organizaciones de salud israelíes, que hicieron que las vacunas fueran físicamente accesibles para la población en general, así como a los esfuerzos de promoción realizados por los equipos médicos y los influenciadores públicos en todos los medios de comunicación y redes sociales.

Dicho esto, la tasa de vacunación de las vacunas rutinarias recomendadas para los niños es más alta; por ejemplo, la tasa de vacunación contra el sarampión, las paperas, la rubeola y la varicela [MMRV] es del 96%, y del 95,2% contra la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis (DtaP+IPV), pero una vacuna contra el VPH (Virus del Papiloma Humano) introducida en 2013 experimentó una tasa de cumplimiento de sólo el 49,3% (con respecto a las dos dosis de vacuna requeridas) ^[41]. La menor respuesta a la vacunación contra el VPH puede atribuirse, entre otras cosas, al miedo a los posibles efectos adversos ^[33], que también caracteriza a la vacuna COVID-19.

¿Es la desinformación sobre las vacunas un factor relevante?

Como se ha señalado anteriormente, las campañas de desinformación en los medios sociales que han caracterizado la pandemia de COVID-19 en Israel, en general, y la vacuna, en particular, han sido una de las causas de las dudas sobre la vacuna. El hecho de que el desarrollo de la vacuna se haya completado en un año, y el hecho de que no haya respuestas definitivas sobre sus efectos a largo plazo, deja hasta ahora mucho espacio para la intimidación y la especulación ^[34].

Entre otras cosas, se difundieron noticias falsas en el sentido de que la vacuna provocaría un colapso sistémico en seis meses debido a la potenciación dependiente de los anticuerpos (ADE, por sus siglas en inglés), que no estaba aprobada para su uso y que no pasó las pruebas requeridas, y que cambia el ADN de los vacunados y provoca una morbilidad más grave y una mayor mortalidad que la propia COVID-19. En la población ultraortodoxa,

los medios de comunicación social estaban llenos de desinformación sobre la relación entre la vacuna y la infertilidad. A este respecto cabe señalar que la fertilidad y la maternidad tienen una gran importancia social y cultural en Israel. En el sector árabe se ha difundido la noticia falsa de que la vacuna administrada a las personas árabes está caducada.

En un intento de hacer frente a las noticias falsas, el Ministerio de Salud puso en marcha una campaña informativa y un sitio web dedicado que ofrecía respuestas profesionales a todas las preguntas pertinentes ^[42]. Además, los analistas de las redes sociales designados por el Ministerio detectaron publicaciones falsas, que los médicos revisaron y refutaron en su momento. Los juristas examinaron si los posts constituían una falta según la Ley de Informática y, si realmente era así, presentaron una solicitud oficial en nombre del Estado de Israel a la red social correspondiente pidiendo que se eliminara el contenido falso.

A raíz de una solicitud del Departamento de Asuntos Cibernéticos de la Fiscalía del Estado, Facebook eliminó cuatro grupos que habían publicado informes y vídeos con información falsa y engañosa (al parecer, uno de los grupos animaba a sus miembros a concertar citas pero a no presentarse para que los viales se desperdiciaran y así privar a la gente de las vacunas). La solicitud enviada a Facebook señalaba que las publicaciones falsas podían suponer un peligro real para la salud pública, ya que los lectores expuestos a la información podían creer erróneamente que eran veraces y, por tanto, evitarían la vacunación. Sin embargo, los grupos eliminados de la red solían reaparecer al día siguiente con un nombre ligeramente diferente y con el mismo número de seguidores ^[43].

También se prestó especial atención a las noticias falsas en la sociedad haredi (judía ultraortodoxa) que se publicaban en los *pashkevils* (tablones de anuncios de los barrios). El Ministerio de Salud publicó contra-*pashkevils*, pero éstos fueron rasgados y sustituidos de nuevo por otros falsos ^[44]. Por otro lado, las noticias falsas en árabe a las que estaban expuestos los árabes israelíes no recibieron ninguna atención especial, y el Ministerio de Salud sólo contrató a médicos árabes para que ayudaran a difundir información fiable sobre las vacunas en una fase relativamente tardía ^[45].

Expectativas de los actores internacionales

¿Qué se espera en su país de otros actores internacionales, como los que participan en COVAX?

Como se ha señalado anteriormente, el Estado de Israel se encuentra entre los países más destacados del mundo en cuanto a los progresos realizados en la vacunación contra el COVID-19. Sin embargo, la población palestina de Cisjordania y la Franja de Gaza (a diferencia de los ciudadanos árabes de Israel), se ha quedado atrás y depende de la ayuda de otros países u organizaciones internacionales.

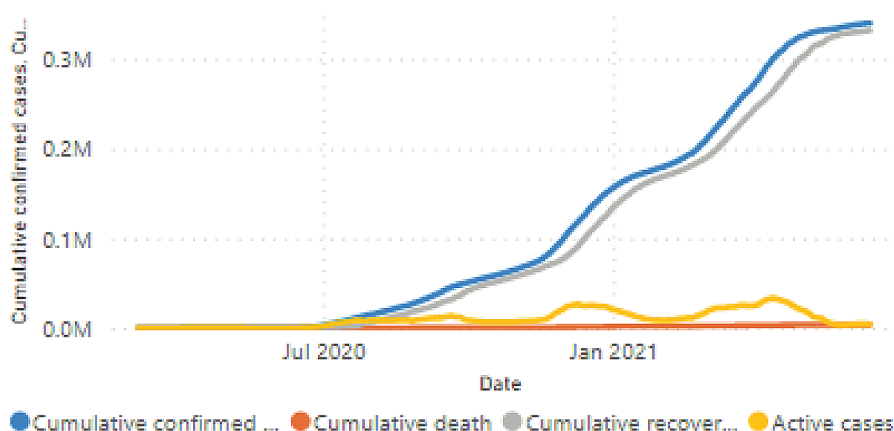
A diferencia de la disminución de la morbilidad entre los residentes del Estado de Israel tras la campaña de vacunación, las tasas de morbilidad y mortalidad por COVID-19 son altas entre los palestinos de Cisjordania y la Franja de Gaza. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), había 228.409 casos confirmados y 2.760 muertes por COVID-19 en Cisjordania hasta el 12 de junio de 2021, y la morbilidad sigue aumentando [46].

Enfermedad del coronavirus 2019 (COVID - 19) en el territorio palestino ocupado



COVID-19 in the Occupied Palestinian Territories, World Health Organization (12 de junio de 2021) [46]

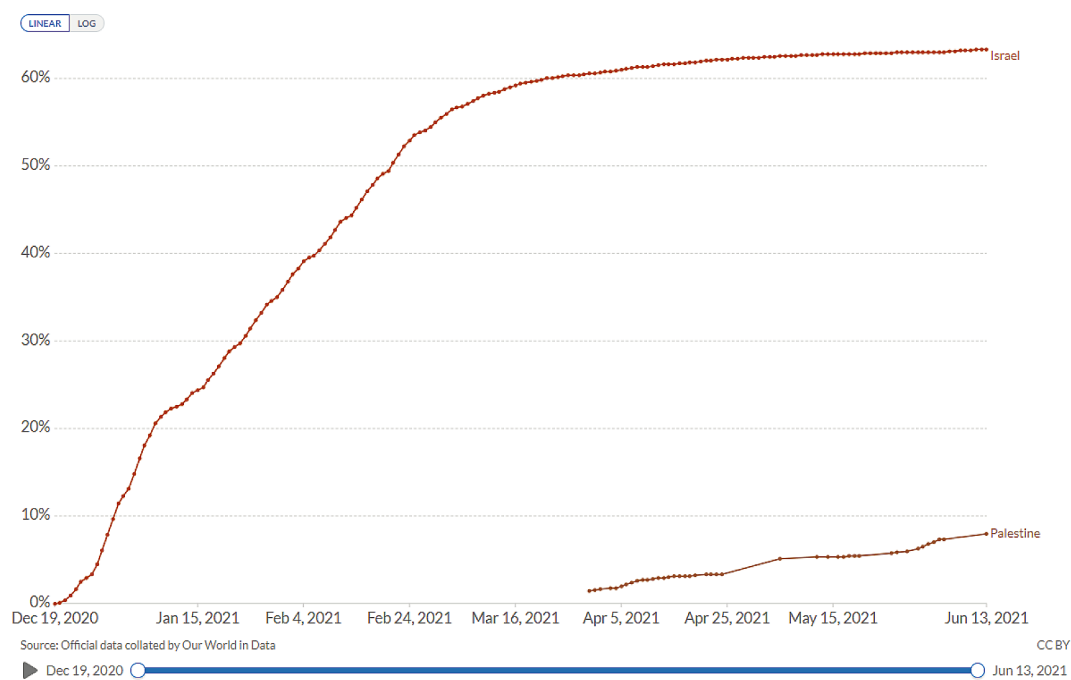
Casos acumulados confirmados, recuperadores y fallecidos



COVID-19 in the Occupied Palestinian Territories, World Health Organization (14 June 2021) [46]

La escasez local de vacunas hizo que la vacunación de los residentes de Cisjordania y la Franja de Gaza no comenzara hasta marzo de 2021, tres meses después del inicio de la campaña de vacunación israelí. China (SinoPharm) y los Emiratos Árabes Unidos (Sputnik-V) donaron unas 272.440 dosis de vacunas para los 5,2 millones de miembros de la población palestina. Además, la Autoridad Palestina (AP) tiene derecho a recibir vacunas para el 20% de la población a través de la alianza mundial COVAX. El 7 de marzo de 2021, el gobierno israelí comenzó a vacunar a más de 120.000 palestinos empleados en Israel o en los asentamientos quienes no son reconocidos como residentes de Israel^[47], y se entregaron 5.000 dosis de vacunas al personal médico de la AP. Hasta el 8 de abril de 2021, se había vacunado a 143.142 palestinos, lo que representa el 2,58% de la población, frente al 61,32% de la población de Israel ^[48].

Proporción de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna COVID-19



<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (13 de junio de 2021)

PHR-Israel se puso en contacto con el Director General del Ministerio de Salud israelí y con el Coordinador de Actividades Gubernamentales en los Territorios Ocupados para exigir que se suministraran vacunas a la población palestina y para afirmar que Israel tiene la responsabilidad legal, ética y humanitaria de vacunar a la población palestina en virtud del derecho internacional. Además, las autoridades israelíes fueron contactadas por 16 organizaciones de derechos humanos, entre ellas Amnistía Internacional, que exigieron que los palestinos recibieran vacunas que cumplieran con el estándar israelí, es decir, no la vacuna rusa. Según estas organizaciones, una potencia ocupante está obligada a tomar las

precauciones necesarias para evitar la propagación de enfermedades, y el hecho de que la AP haya procedido independientemente a vacunar a la población palestina no exime a Israel de su responsabilidad ^[49].

En una petición ante el Tribunal Supremo presentada el 25 de marzo de 2021, PHR-Israel argumentó que Israel debe garantizar la vacunación de la población palestina por motivos morales, legales y epidemiológicos^[50]. Refiriéndose al aspecto moral se sostuvo que Israel tiene la responsabilidad ante los residentes de los territorios, derivado ello de su larga ocupación y del control permanente de los pasos fronterizos. La Franja de Gaza, en efecto, lleva más de 13 años bajo asedio, lo que ha tenido un impacto desastroso en el sistema sanitario del territorio, en las infraestructuras y en la capacidad de resolver los problemas de su población superpoblada y empobrecida. Como parte de esta responsabilidad, Israel debe proporcionar a los palestinos soluciones médicas para hacer frente a la pandemia de COVID-19, incluso tomando medidas para garantizar que la población tenga el mismo acceso a las vacunas que Israel.

En sus argumentos jurídicos, PHR afirmó que el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de 1966 (ratificado por el Estado de Israel en 1991) establece que toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental (artículo 12.1). El Pacto establece explícitamente que, para la plena realización del derecho a la salud, los Estados deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles (artículo 12.2.c). Además, y en virtud del artículo 55 del Cuarto Convenio de Ginebra de 1949, una potencia ocupante también debe atender las necesidades médicas del territorio ocupado si los recursos de éste son insuficientes. Además, la jurisprudencia israelí ha reconocido que el derecho al tratamiento médico se deriva del derecho constitucional a la dignidad humana.

Desde el punto de vista epidemiológico, el PHR afirmó que la vacunación de la población palestina contribuiría a la inmunidad comunitaria (de rebaño) en Israel, en los territorios y en Gaza, y reduciría el peligro actual de la propagación de variantes. Además, argumentaba el PHR, el virus SARS-CoV-2 no distingue entre israelíes y palestinos, ni entre un documento de identidad y otro. Los numerosos puntos de contacto entre ambas poblaciones las convierten en una única unidad epidemiológica, y la enfermedad seguirá afectando a los ciudadanos de Israel si no hay vacunaciones en la AP.

A este respecto, la petición citaba un documento de posición publicado por la Asociación Israelí de Médicos de Salud Pública en el que se afirmaba que “debe adoptarse una política de vacunación uniforme para los ciudadanos y residentes de Israel y para los residentes de la AP, y más aún teniendo en cuenta que no hay escasez de vacunas en Israel y, por tanto, no es cuestión de priorizar. Si no se vacuna a toda la población en su totalidad o casi en su totalidad lo antes posible, será imposible erradicar la enfermedad en la zona comprendida entre el río Jordán y el mar Mediterráneo, con el consiguiente riesgo de que aparezcan mutaciones más contagiosas y peligrosas. La vacunación parcial de la población repercutirá

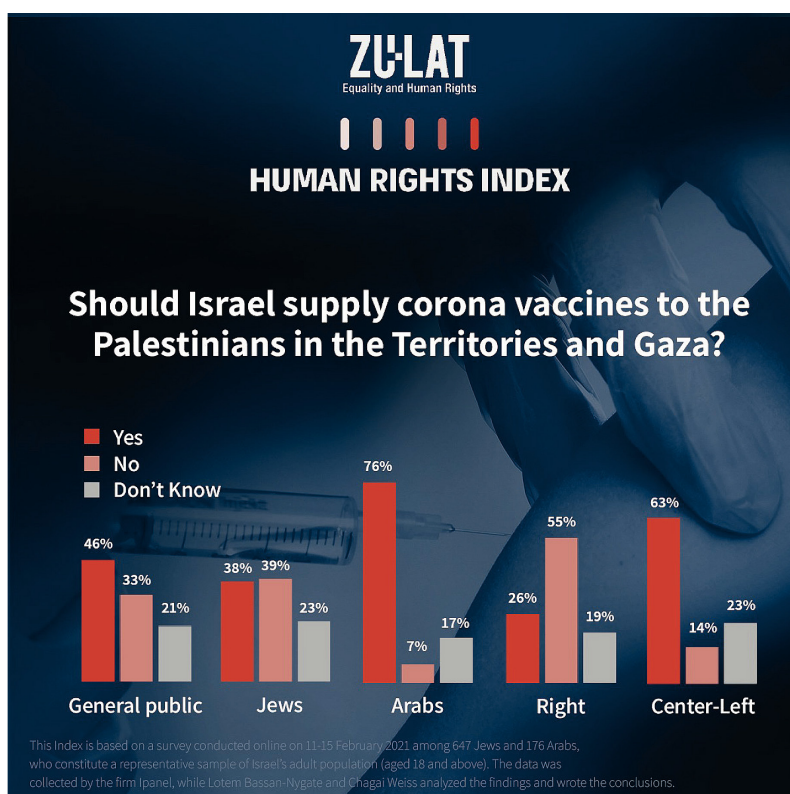
negativamente en la eficacia a largo y corto plazo de toda la campaña, en la que se han invertido justificadamente enormes recursos para salvar vidas y volver a una vida lo más normal posible tras un largo periodo de restricciones y encierros.”

La comparación entre el descenso de la morbilidad en Israel tras una impresionante campaña de vacunación y la continua morbilidad y mortalidad entre la población palestina también ha suscitado críticas internacionales, con la prensa extranjera afirmando que Israel tiene la obligación legal y moral de transferir las vacunas a la AP.

A nivel nacional se ejerció una presión adicional sobre los responsables políticos israelíes ^[51]. La ex diputada de la Knesset Zehava Galon, presidenta de la ONG Zulat para la Igualdad y los Derechos Humanos, escribió a este respecto que “nuestra humanidad básica debería impulsarnos a elevar una protesta por el hecho de que la salud de los gazatíes se haya convertido en una pelota en un juego entre nuestros cínicos y descarados políticos. Cuando retenemos una vacuna de una mujer de Gaza que no nos ha hecho ningún daño, perdemos parte de nuestra humanidad” ^[52]. La directora ejecutiva de Zulat, Einat Ovadia, escribió que “el control palestino de las zonas A y B es una broma pesada. Estas zonas son enclaves dentro de territorios bajo control israelí.... Israel es lo suficientemente fuerte como para permitir que los palestinos se vacunen, aunque esto perjudique a Netanyahu en las urnas” ^[53].

En enero de 2021, Zulat declaró su apoyo público a una petición, también firmada por su presidente, que pedía a Israel que proporcionara vacunas a los palestinos bajo su control en Cisjordania y la Franja de Gaza ^[54]. El Índice de Derechos Humanos de Zulat, publicado en marzo de 2021, que encuestó a los israelíes sobre la obligación de Israel de proporcionar vacunas a los palestinos en los Territorios Ocupados, mostró que el 46% de los encuestados estaba a favor de hacerlo ^[55].

https://zulat.org.il/en/activities/human_rights_index_feb21/ ^[55]



El gobierno israelí, sin embargo, mantiene que el Estado de Israel no tiene ninguna obligación legal de vacunar a la población palestina en Cisjordania y la Franja de Gaza. Esta postura se basa en el Acuerdo Provisional Israelí-Palestino de 1995, según el cual las competencias civiles, incluida la salud de la población palestina, fueron transferidas a la AP. Sin embargo, la sabiduría convencional sugiere que Israel debería estar interesado, tanto desde el punto de vista sanitario como político, en que los palestinos se vacunen de la misma manera que los residentes israelíes.

En consecuencia, Israel comenzó a transferir a la AP vacunas destinadas al personal médico en febrero de 2021. Además, los residentes de Jerusalén Este y los residentes de la AP que trabajaban en Israel tenían derecho a ser vacunados en Israel ^[56]. En marzo de 2021 se anunció que Israel había transferido a la AP 64.000 dosis de vacunas financiadas por Pfizer y la OMS. Sin embargo, la cantidad de vacunas de que dispone la AP es insuficiente para vacunar a toda la población palestina y todos los organismos oficiales de Israel (incluidos el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Salud) recomiendan que Israel ayude a los palestinos a obtener más vacunas. No cabe duda de que esta ayuda es necesaria de forma urgente a la luz de la grave morbilidad que existe tanto en Cisjordania como en la Franja de Gaza ^[57].

Además de su apoyo declarado a la posición de que Israel tiene la responsabilidad de vacunar a la población palestina, las organizaciones de derechos humanos israelíes (Zulat y PHR) también se pronunciaron con respecto a la responsabilidad que tiene la OMS ^[58], afirmando que una de sus funciones más importantes es detener los brotes de epidemias. La OMS ha liderado un esfuerzo global ampliamente publicitado y exitoso que pretendía hacer accesible la inmunización infantil a los países más pobres del mundo, erradicar la viruela y acabar con la polio.

Ahora se necesita un esfuerzo similar basado en la cooperación y destinado a garantizar que todos los países tengan acceso a las vacunas para hacer frente al COVID-19. El acceso equitativo es esencial, tanto por el derecho universal a la salud como por el coste económico global que supone la pandemia. Para ello resulta necesario tomar medidas para superar los obstáculos que el actual régimen de patentes impone a la igualdad y a la equidad en el acceso a las vacunas, ya sea a través de la voluntad de los gobiernos y las empresas farmacéuticas de compartir voluntariamente los conocimientos, o a través de una iniciativa similar a la establecida por India y Sudáfrica, que suspende temporalmente las licencias de patentes de los fabricantes de vacunas ^[59].

¿Cómo han jugado las alianzas políticas en el contexto de la vacunación?

En febrero de 2021 se anunció que el Primer Ministro de Israel y el Consejo de Seguridad Nacional (CSN) habían decidido transferir miles de vacunas Moderna a una lista de 18 países: Sudán, Marruecos, Mauritania, Chad, Congo, Guinea Ecuatorial, Uganda, Níger, Kenia, Etiopía, Honduras, Guatemala, Italia, Chipre, San Marino, Hungría, República Checa y Maldivas. Algunos de estos países habían estrechado sus relaciones con Israel en los últimos años, entre ellos: Guatemala, que trasladó su embajada a Jerusalén en 2018; Honduras, que ha anunciado su intención de hacer lo mismo; y la República Checa, que ha manifestado su voluntad de abrir una “oficina diplomática” en Jerusalén además de su embajada en Tel Aviv.

Se dice que esta decisión se ha tomado por razones humanitarias, así como para impulsar las relaciones y profundizar los lazos de amistad con los países que han apoyado a Israel en el pasado [60]. Según el primer ministro israelí, Benjamin Netanyahu, “se trata de cantidades simbólicas. Es una decisión informada a cambio de muchas recompensas que hemos recibido en varios campos”. Sin embargo, la decisión también suscitó críticas internas, ya que se tomó sin consultar previamente con el Ministerio de Defensa, el Ministerio de Salud o el Ministerio de Justicia. La decisión se suspendió posteriormente después de que el Fiscal General de Israel pidiera explicaciones al director del CSN.

En marzo de 2021, Israel recibió una solicitud excepcional de Estados Unidos para transferir 2.400 dosis de vacunas a la fuerza multinacional (MFO) en el Sinaí con el fin de vacunar al personal y a los soldados estacionados allí como parte del tratado de paz entre Israel y Egipto. Se espera que la MFO asuma el coste de las vacunas y su transporte. A diferencia de la anterior decisión de 18 países, la petición estadounidense fue discutida por el Ministerio de Defensa y considerada justificada por motivos diplomáticos y de seguridad [61].

En conclusión, ¿qué recomendaciones deberían hacerse? ¿Cómo pueden ayudar los países del Norte Global a garantizar una vacunación justa y equitativa?

Para garantizar la equidad en la campaña de vacunación es necesario el apoyo internacional a una iniciativa similar a la de India y Sudáfrica para que se suspendan las licencias de patentes de los fabricantes de vacunas hasta que se erradique la pandemia.

A nivel nacional, las vacunas deberían ser adquiridas y suministradas exclusivamente por el Estado para evitar que las personas con recursos se “salten la fila”. Además, deberían suministrarse gratuitamente a toda la población, incluidos los solicitantes de asilo y los trabajadores inmigrantes sin visado, y sin descuidar las periferias geográficas y sociales.

En cuanto a la priorización, la campaña de vacunación debería dar prioridad a la población con riesgo de enfermedad grave y al personal que esté en contacto con ella. Además, debería establecerse un dispositivo logístico para la vacunación de los ancianos confinados en casa que viven en la comunidad y sus cuidadores, que debería ser similar al establecido para los cuidadores de los centros de enfermería de larga duración. Las decisiones de priorización también deberían ser tomadas por un comité profesional apolítico formado por expertos en varios campos y procedentes de diversos sectores de la población.

En cuanto al tratamiento de las “dudas sobre las vacunas”, esto requiere un seguimiento activo (incluso en las redes sociales) de las cuestiones que preocupan al público y una respuesta respetuosa a las mismas. La información sobre la vacuna y sobre la vacunación debe adaptarse a las distintas poblaciones y sectores, y para ello hay que contar con los líderes de opinión de las distintas comunidades. Teniendo en cuenta el gran peso que el público otorga a su posición y opiniones, el personal médico también debería recibir información y orientación exhaustivas sobre cómo presentar la información sobre la vacuna a los pacientes y sobre cómo fomentar la vacunación.

Debe garantizarse la plena divulgación de la información existente sobre las vacunas y la transparencia en todas las fases de la toma de decisiones para promover la confianza del público. Esto debería incluir la explicación de las razones de las decisiones, el mantenimiento de la coherencia, la evitación de conflictos de intereses y el fomento de la participación pública. Dados los resultados de las investigaciones que indican que la vacuna reduce la infección (así como el riesgo de enfermedad), también es necesario hacer hincapié en la importancia de la vacuna a la hora de proporcionar protección a nivel público y no sólo a nivel personal.

En la medida en que se permite la entrada a comercios y lugares públicos a las personas vacunadas, debe darse una prerrogativa similar a quienes no pueden vacunarse por contraindicaciones, así como a las personas que presenten una prueba serológica positiva o una prueba COVID-19 negativa. Dicho esto, debe evitarse la exigencia de una prueba obligatoria de vacunación en los lugares en los que la entrada es esencial para el ejercicio de los derechos básicos: hospitales, clínicas, farmacias que garantizan el derecho a la salud o lugares de culto que garantizan la libertad de culto. La supeditación de la entrada de los trabajadores a sus puestos de trabajo a la acreditación de la vacunación, o a la presentación de una prueba COVID-19 negativa, sólo debe llevarse a cabo en aquellos casos en los que dicha medida sea imprescindible por razones de seguridad, como por ejemplo cuando el alejamiento físico sea imposible debido al tipo de trabajo que se realiza en un determinado centro de trabajo o cuando la labor que se realiza en un centro de trabajo implique el contacto con poblaciones de riesgo como los niños (que actualmente están contraindicados) o las personas mayores (que pueden ser menos inmunes a pesar de estar vacunadas).

En definitiva, la búsqueda del bien común y el compromiso con la justicia social es lo que llevará a la equidad en la vacunación de la población, tanto a nivel global como a nivel nacional.

Referencias

- [1] Ministry of Health, [Flight from Italy with COVID-19 Patient](#), 27 February 2020
- [2] I24 News, [Israel To Impose Passover Lockdown Amid Pandemic](#), 7 April 2020
- [3] BBC News, [Coronavirus: Israel To Impose Three-Week National Lockdown](#), 13 September 2020
- [4] Ministry of Health, [COVID-19 Vaccine Operation Launched Today](#), 19 December 2020
- [5] Ministry of Health, [Data Dashboard](#), cited 11 April 2021
- [6] US Food & Drug Administration, [Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine](#), cited 11 April 2021
- [7] Sheba Medical Center, [Human Trials of Israeli COVID-19 Vaccine to Begin at Sheba](#), cited 11 April 2021
- [8] Coherent Market Insights, [COVID-19 Vaccine Tracker](#)
- [9] Ahronheim A., [What Is the Secretive Institute That Found an Antibody to Coronavirus?](#), The Jerusalem Post, 6 May 2020
- [10] The Jerusalem Post, [Participants in Israeli-Made Vaccine Trials Not Eligible for Green Pass](#), 4 March 2021
- [11] Ministry of Health, [Cabinet Approves Health Ministry Regulations for Third Phase That Will Begin Sunday](#), 7 March 2021, 6 March 2021
- [12] Globes, [Israel Signs Agreement for 4m. More Moderna Vaccine Shots](#), 6 December 2020
- [13] Rosen, B., Waitzberg, R., Israeli, A., [Israel's Rapid Rollout of Vaccinations for COVID-19](#), Israel Journal of Health Policy Research, 26 January 2021.
- [14] Weinerb G., [Israel Changed Plans to Buy AstraZeneca Vaccine](#), Globes, 25 November 2020
- [15] Israeli Online Legislation Database, [National Health Insurance Law](#), accessed April 2021 (Hebrew)
- [16] AFP and TOI Staff, [How Israel's Efficient, Data-Savvy HMOs Help It Lead World in COVID Vaccination](#), The Times of Israel, 13 January 2021

- [17] Pharmacists' Regulations (Medical Preparations) 1986, Regulation 29 (9), *Nevo Database* (Hebrew)
- [18] Ministry of Health, [Real World Epidemiological Evidence Collaboration Agreement](#)
- [19] Jaffe-Hoffman M., [Where Are Israel's Moderna Vaccines?](#), The Jerusalem Post, 14 February 2021
- [20] Yaron L., [Tel Aviv Launching COVID Vaccine Campaign for Asylum Seekers](#), Haaretz, 8 February 2021.
- [21] Caspi G., Dayan A., et al, [Socioeconomic Disparities and COVID-19 Vaccination Acceptance: Experience from Israel](#), Medrxiv Preprint, 1 February 2021
- [22] Daoud N., [Vaccinations Need to Be Made Accessible If the Arab-Israeli Population Is to Be Vaccinated](#), Globes, 20 January 2021 (Hebrew)
- [23] Ashkenazi S., [Israeli Health Ministry Sets Vaccination Priorities](#), Globes, 10 December 2020
- [24] Adalah-The Legal Center for Arab Minority Rights in Israel, [Israeli Minister Blocks COVID-19 Vaccinations for Palestinian Prisoners; Adalah Demands Decision Be Overturned](#), 28 December 2020
- [25] Breiner J., [High Court Strikes Down Public Security Minister's Order to Withhold Vaccines From Prisoners](#), Haaretz, 1 February 2021
- [26] Ministry of Health, [Recommendation That Pregnant Women with Frequent Exposure to People with Chronic Medical Conditions Get Vaccinated](#), 19 January 2021
- [27] The Guardian, [Vaccinating Women Who Are Planning Pregnancy, Pregnant or Breastfeeding with COVID-19 Vaccine - Clarification](#), 28 January 2021
- [28] Holmes O., [Israel Opens Coronavirus Vaccines to All Over-16s](#), The Guardian, 3 February 2021.
- [29] Israeli Pediatric Society and Infectious Disease in Children Organization, [Position Paper: Vaccination Against COVID-19 of Children Between the Ages of 12 and 15](#), 13 April 2021 (Hebrew)
- [30] Bank of Israel, [Research Department Forecast, January 2021](#), 4 January 2021
- [31] Bank of Israel, [Research Department Forecast, April 2021](#), 19 April 2021

- [32] Green M.S., Abdullah R., Vered S., et al, Study of Ethnic, [Gender and Educational Differences in Attitudes Toward COVID-19 Vaccines in Israel – Implications for Vaccination Implementation Policies](#), *Israel Journal of Health Policy Research*, 19 March 2021
- [33] Velan B., [Vaccine Hesitancy as Self-Determination: An Israeli Perspective](#), *Israel Journal of Health Policy Research*, 4 April 2016
- [34] Dror A. A., Eisenbach N., et al, [Vaccine Hesitancy: The Next Challenge in the Fight Against COVID-19](#), *European Journal of Epidemiology*, 12 August 2020
- [35] Kavalier T., [Israel's Experts Fear 'Fake News' Harming Vaccine Drive](#), Ynetnews, 5 March 2021
- [36] Rosner Y., [20 Years Since October 2000: Structural Health Discrimination Between Arabs and Jews](#), *Physicians for Human Rights*, 3 November 2020
- [37] Boxerman A., [Officials Concerned by Low Vaccination Rate Among Arab Israelis](#), *The Times of Israel*, 31 December 2020
- [38] Boxerman A., [Arab Israelis Fret Over Lagging Vaccination Rates as Ramadan Approaches](#), *The Times of Israel*, 8 March 2021
- [39] Zulat and Physicians for Human Rights-Israel, [The Right to Vaccination - Confronting Vaccine Hesitancy](#), 2 April 2021 (Hebrew)
- [40] State Comptroller's Office, [State Comptroller Report: Children, Adults and Healthcare Workers' Immunization](#), 2014 (Hebrew)
- [41] Ministry of Health [Summary Report on Health Services for Students in the 2019-2020 Schoolyear](#), (Hebrew)
- [42] Ministry of Health, [COVID Fake News](#), cited 22 April 2021
- [43] TOI Staff, [Health Ministry Sets Up Team to Fight Fake News on Vaccines](#), *The Times of Israel*, 14 February 2021
- [44] Scharf I., Ben Zion I., [As Vaccinations Lag, Israel Combats Online Misinformation](#), AP News, 15 February 2021
- [45] Sokol S., [Arab-Israelis Lag Behind in Israel's Vaccination Success Story](#), *Forward*, 16 February 2021
- [46] World Health Organization, [Coronavirus Disease in the Occupied Palestinian Territory](#), 17 April 2021

- [47] United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, [COVID-19 Emergency Situation Report 29: March 2021](#), 12 April 2021
- [48] Ritchie T., Ortiz-Ospina E., et al, [Coronavirus \(COVID-19\) Vaccinations](#), University of Oxford, cited 22 April 2021
- [49] Shusterman N., [The Palestinians and COVID-19 Vaccines: An Israeli Responsibility?](#), Institute for National Security Studies, 2 February 2021
- [50] Gisha, [Supreme Court Petition: Physicians for Human Rights-Israel v. The State of Israel](#), 25 March 2021 (Hebrew)
- [51] Kamin-Friedman S., [Israel Has Moral Duty and Health Need to Vaccinate Palestinians](#), Ynetnews, 12 January 2021
- [52] Galon Z., Gaza, [COVID Vaccines and One of the Most Disgraceful Hearings Ever Held by Knesset](#), Haaretz, 18 February 2021
- [53] Ovadia E., [The Oslo Accords' Flak Jacket](#), The Times of Israel, 25 February 2021 (Hebrew)
- [54] Galon Z., [One Person's Life Is Not Worth More Than Another Person's Life. Israel Must Provide Vaccines to Palestinians Under Its Control in the West Bank and Gaza](#), Twitter, 12 January 2021
- [55] Zulat, [Human Rights Index](#), 11 March 2021
- [56] Boxerman A., [Israel To Send Palestinians 5,000 Coronavirus Vaccine Doses for Health Workers](#), The Times of Israel, 31 January 2021
- [57] BBC News, [COVID-19: Palestinians Lag Behind in Vaccine Efforts as Infections Rise](#), 22 March 2021
- [58] Kamin-Friedman S., [The Right to Vaccination: Policy Paper by Zulat and Physicians for Human Rights-Israel](#), 8 January 2021
- [59] World Trade Organization, [Communication from India and South Africa: Waiver from Certain Provisions of the TRIPS Agreements for the Prevention, Containment and Treatment of COVID-19](#), 2 October 2020
- [60] Kingsley P., [Israel Gives Vaccine to Far-Off Allies, As Palestinians Wait](#), The New York Times, 23 February 2021
- [61] Cohen G., [Israel Renews Vaccine Diplomacy](#), Kan-Israeli Broadcasting Corporation, 8 March 2021 (Hebrew)

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 no necesariamente reflejan las opiniones de la Heinrich-Böll-Stiftung European Union, Brussels, Heinrich-Böll-Stiftung Washington, DC. y Heinrich-Böll-Stiftung Colombia, Bogotá