



**GEOPOLÍTICA
DE LA SALUD**
VACUNAS, GOBERNANZA Y
COOPERACIÓN

Eduard Soler i Lecha (Ed.)

CIDOB

BARCELONA
CENTRE FOR
INTERNATIONAL
AFFAIRS

ideograma

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

CIDOB **REPORT #07, 2021**

**GEOPOLÍTICA
DE LA SALUD**
VACUNAS, GOBERNANZA Y
COOPERACIÓN

Eduard Soler i Lecha (Ed.)

CIDOB REPORT # 07
Barcelona, julio 2021
ISSN: 2564-9078

CIDOB

BARCELONA
CENTRE FOR
INTERNATIONAL
AFFAIRS

ideograma

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

© 2021 CIDOB, Ideograma e ISGlobal

Editor: Eduard Soler i Lecha

Consejo editorial: Carmen Claudín, Carme Colomina, Anna Estrada, Blanca Garcés Mascareñas, Elisabet Mañé, Esther Masclans, Pol Morillas, Cristina Serrano, Sílvia Serrano y Eduard Soler

CIDOB

Elisabets, 12
08001 Barcelona
Tel.: 933 026 495
www.cidob.org
cidob@cidob.org

Impresión: BookPrint
ISSN: 2564-9078 • E-ISSN 2564-9124
Depósito legal: B 11820-2017

Diseño y maquetación: Joan Antoni Balcells
Web y soporte técnico: Sílvia Serrano
Ventas y envíos: Héctor Pérez
Producción: Anna Busquets Ferré

Barcelona, julio 2021

Con el apoyo de:



SUMARIO

CIDOB REPORT
07- 2021

PREFACIO 5

Antoni Gutiérrez-Rubí, Pol Morillas y Antoni Plasència

LA GEOPOLÍTICA DE LA SALUD: UNA VISIÓN PLURAL SOBRE EL IMPACTO INTERNACIONAL DE LA PANDEMIA 7

Eduard Soler i Lecha

MULTILATERALISMO SANITARIO: SE BUSCA GOBIERNO PARA LA SALUD GLOBAL 17

Rafael Vilasanjuan

MULTIPOLARIDAD SANITARIA: EL USO GEOPOLÍTICO DE LA VACUNA 25

Pol Morillas, con contribuciones de:

Ana Ballesteros, Carmen Claudín, Santiago Castelo, Oriol Farrés, Alba Hahn, Florencia Paz, Xavier Peytibi y Héctor Sánchez Margalef

GEOPOLÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DURANTE LA PANDEMIA: EN CIENCIA TAMBIÉN NADAMOS O NOS HUNDIMOS JUNTOS 33

Adelaida Sarukhan

LOS PUNTOS CRÍTICOS DE LA VACUNACIÓN: PATENTES, PRODUCCIÓN Y ACCESO UNIVERSAL 39

Joan Bigorra

TRAGEDIAS HUMANITARIAS Y CONFLICTOS ININTERRUMPIDOS EN TIEMPOS DE LA COVID-19 ... 47

Pol Bargués y Sergio Maydeu-Olivares

SALUD Y MOVILIDAD: LA COVID-19 ES UNA PODEROSA RAZÓN (MÁS) PARA RECONSIDERAR UN MODELO MIGRATORIO ROTO 53

Gonzalo Fanjul

GEOPOLÍTICA DE LA COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO: LA AGENDA 2030 TRAS LA PANDEMIA 59

Anna Ayuso

¿DESCONFIANZA EN LA VACUNA O DESCONFIANZA EN EL SISTEMA? 65

Carme Colomina

VACUNA Y COMUNICACIÓN (GEO)POLÍTICA: LA COYUNTURA DE LA VACUNA
PARA EL REFUERZO DEMOCRÁTICO DE LOS GOBIERNOS 71

Antoni Gutiérrez-Rubí

APUNTES GRÁFICOS: PANDEMIA, VACUNAS Y SOLIDARIDAD 77

Oriol Farrés y Roberto Ortiz de Zárate

PREFACIO

Antoni
Gutiérrez-Rubí
Director de Ideograma

Pol
Morillas
Director de CIDOB

Antoni
Plasència
Director General
del Instituto de Salud
Global de Barcelona
(ISGlobal)

CIDOB REPORT
07- 2021

La relevancia de la salud en las relaciones internacionales es hoy incuestionable, pero hasta la irrupción de la pandemia había quedado en una posición secundaria, tanto en el debate académico como en la acción política. Con la COVID-19 y el despliegue de las campañas de vacunación se han abierto nuevos debates y, sobre todo, ha aumentado la necesidad de afrontar colectivamente retos que ya estaban sobre la mesa.

Entre estos, la necesidad de reformar los mecanismos de gobernanza internacional, la gestión de los riesgos asociados a la competencia entre potencias en un mundo multipolar, la recuperación de la confianza en las instituciones, la reducción de las desigualdades entre países y dentro de cada uno de ellos, o la gestión de dramas humanitarios que no son una amenaza para la seguridad de los estados, pero sí para la de sus ciudadanos.

Este informe es fruto de una reflexión conjunta e interdisciplinar por parte de los equipos de investigación de tres instituciones con sede en Barcelona: CIDOB (Barcelona Centre for International Affairs), Ideograma y el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Su publicación ha contado, además, con el apoyo de la Secretaría de Estado de la España Global del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación.

Ante la constatación de que el debate público gira cada vez más en torno a la geopolítica de la pandemia y de la vacuna, las tres instituciones coincidieron en que este tipo de aproximaciones ponen el foco, sobre todo, en las dinámicas de competición y conflicto. Como creemos que estas son relevantes y debe hacerse un estudio en profundidad, razón por la cual se van a tratar en esta publicación. Sin embargo, no queremos que estas aproximaciones eclipsen otros procesos que se han desencadenado o acelerado con la pandemia. La salud también puede ser un ámbito en el que se ponga en práctica una geopolítica cooperativa, que sitúe a las personas en el centro y que, sin minusvalorar el papel de los estados, amplíe el abanico de actores relevantes en la política internacional actual.

Esperamos que este ejercicio contribuya a abrir el prisma a través del cual analizamos y discutimos el papel de la salud en las relaciones internacionales. Las reflexiones de nuestro equipo de analistas, de los datos que ponen sobre la mesa, los dilemas que identifican y las vías de actuación que sugieren, coinciden en señalar que estamos en un punto de inflexión, y, por lo tanto, aspiramos, con esta publicación, a proporcionar argumentos sobre el camino que hay que seguir.

LA GEOPOLÍTICA DE LA SALUD: UNA VISIÓN PLURAL SOBRE EL IMPACTO INTERNACIONAL DE LA PANDEMIA

Hay varias aproximaciones geopolíticas al papel de la salud en las relaciones internacionales, y todas son necesarias para entender la complejidad del fenómeno. La pandemia y la vacuna han acelerado la rivalidad entre potencias en un mundo multipolar. Pero también invitan a repensar los mecanismos de gobernanza internacional y a revisar grandes agendas de transformación global en las que la cooperación entre un abanico de actores cada vez más diverso es indispensable.



**Eduard
Soler
i Lecha**

Investigador sénior y
coordinador del área de
geopolítica y seguridad,
CIDOB

CIDOB REPORT
07- 2021

La irrupción de la pandemia y, sobre todo, de las campañas de vacunación alimentan el debate geopolítico. ¿Pero qué es la geopolítica? Es una forma de entender las dinámicas de poder en las relaciones internacionales —y singularmente las dinámicas de cooperación y conflicto— que se caracteriza por situar la geografía como factor condicionante de las decisiones políticas. Por lo tanto, la geopolítica de la salud es el intento por comprender hasta qué punto factores geográficos vinculados a la salud (cómo se expanden territorialmente los virus y cómo se frena esta expansión, dónde se innova y dónde se producen fármacos y vacunas, cómo se distribuyen, qué territorios quedan al margen, etc.) favorecen la cooperación, la competición o el conflicto en la escena internacional.

En un mundo hiperconectado y en el que cada vez más las dinámicas de poder sociales y políticas abandonan el mundo físico para implantarse en la esfera etérea de lo digital, de la nube y de la red,

puede llegar a sorprender la tracción renovada de la geopolítica. En parte, es porque la competición geopolítica se ha trasladado a estos espacios virtuales; y en parte, porque lo físico no es tan irrelevante como se ha querido pensar. La pandemia es un potente recordatorio de todo esto; el valor dado a las fronteras –y a su control– desde que esta fue declarada es quizás el ejemplo más evidente de la vigencia de la geografía.

La pandemia de la COVID-19 y las campañas de vacunación son un primer punto de entrada para entender cómo la salud gana centralidad en el debate y la acción geopolítica. También es la oportunidad para subrayar la necesidad de incorporar una visión plural, ciudadana y cooperativa de la geopolítica de la salud.

LA PANDEMIA DE LA COVID-19 Y LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN SON UNA OPORTUNIDAD PARA INCORPORAR UNA VISIÓN PLURAL, CIUDADANA Y COOPERATIVA DE LA GEOPOLÍTICA DE LA SALUD.

Las geopolíticas en plural

A finales del siglo *xix* y durante buena parte del siglo *xx*, la geopolítica se asoció a procesos expansionistas e imperialistas. Esta forma de analizar las relaciones internacionales acabó dando una narrativa cientifista a políticas exteriores agresivas y revisionistas que consideraba a los estados y las naciones como cuerpos vivos, a quienes aplicaba una visión darwinista en su relación con el medio y con el resto de los integrantes del sistema: expandirse o encerrarse, adaptarse o desaparecer. El nazismo llevó este peligroso pensa-

miento a su máxima expresión con la noción del *Lebensraum* o espacio vital. El fascismo italiano y el imperialismo japonés también utilizaron concepciones parecidas para justificar la subyugación de territorios vecinos.

Debido a esta pesada herencia, la geopolítica pasó por su peculiar purgatorio tras la Segunda Guerra Mundial. Era una disciplina estigmatizada. Además, durante la Guerra Fría, el enfrentamiento entre potencias se planteaba más en términos ideológicos que territoriales. En paralelo, la eclosión de innovaciones técnicas en materia de conectividad, empezando por el uso masivo de la aviación intercontinental, restaban peso al factor territorial. En los noventa, la globalización se aceleró y se llegó a plantear este debate en términos de «el fin de la geografía», en palabras del economista y futurista británico Richard O'Brien, o «el fin de los territorios», del politólogo e internacionalista francés Bertrand Badie.

No obstante, en los años setenta del siglo *xx*, el pensamiento geopolítico había resucitado. Los procesos de descolonización situaron las fronteras

como un tema central en la agenda internacional. Además, el enfrentamiento ideológico o de modelos no era un factor suficiente para explicar las dinámicas de conflicto entre los actores del sistema internacional. En esta particular resurrección de la geopolítica, se ampliaron las formas de entender cómo la geografía condicionaba la política internacional. Resurgieron visiones geopolíticas clásicas, como la de Henry Kissinger. Pero también surgían escuelas de geopolítica crítica que, desde otras ópticas como el postmodernismo, el feminismo, o los estudios postcoloniales, invitaban a superar visiones deterministas, estrictamente materiales, estadocéntricas, masculinizadas y que habían sobredimensionado el conflicto por encima de la cooperación.

Ambas visiones, la tradicional y la crítica, han encontrado en la COVID-19 un fértil campo de análisis. Para los primeros, la pandemia ha supuesto un catalizador para que un grupo reducido de potencias expandiese sus áreas de influencia o intentase reducir la de sus adversarios. Además, la pandemia ha reforzado el papel del Estado y, en particular, de los gobiernos centrales como protagonistas de la respuesta a esta crisis y de las estrategias de reconstrucción económica y social. Específicamente, la vacuna aporta una suerte de *poder sintético* a los estados que tienen acceso a ella. Está a medio camino entre el tradicional *poder duro* y el *poder blando* de Joseph Nye, ya que combina elementos reputacionales (propios del blando) con elementos asociados al poder duro, como la capacidad industrial y de innovación, el acceso a recursos esenciales y su impacto en términos de vidas humanas. La vacuna no mata (como los misiles), pero evita muertes y, en este sentido, no dista tanto de los recursos militares y/o económicos del poder duro.

LA GEOPOLÍTICA CLÁSICA SE APROXIMA A LA SALUD COMO UN ESPACIO DE COMPETICIÓN ENTRE POTENCIAS Y ENTIENDE LA VACUNA COMO UNA PIEZA ESENCIAL EN SUS CAJAS DE HERRAMIENTAS.

La geopolítica clásica se aproxima a la salud como un espacio de competición entre potencias y entiende la vacuna como una pieza esencial en sus cajas de herramientas. ¿Qué potencias salen reforzadas de esta pandemia y por qué? ¿Para cuáles la pandemia acelera su declive? ¿Por qué algunos países reciben asistencia sanitaria y otros quedan al margen? La mayoría de las publicaciones hasta la fecha sobre la denominada «geopolítica de la pandemia» o la «geopolítica de la vacuna» se han centrado en responder a este tipo de preguntas. También las abordamos en este volumen, sobre todo en el artículo sobre multipolaridad sanitaria coordinado por Pol Morillas. Veremos cómo distintas potencias y actores internacionales usan la vacuna como un instrumento de poder y estatus, y también cómo este

despliegue geopolítico pone de manifiesto los desiguales procesos de integración regional.

Una perspectiva crítica de la geopolítica permite abordar el mismo fenómeno, pero incorporando preguntas distintas. Cuestiona la intencionalidad política de los conceptos –empezando por las denominaciones geográficas del virus y sus variantes– y analiza los mecanismos que refuerzan el papel de las fronteras como elementos de división y marcaje social. Una visión crítica pone el foco en los efectos sobre la seguridad de las personas. Y, en su análisis sobre la gestión de la crisis sanitaria y su gobernanza, no solo se fija en los estados sino también en las organizaciones internacionales, gobiernos locales, el sector privado, las filantrópicas o la sociedad civil. Este es el nuevo modelo de multilateralismo sanitario que analiza Rafael Vilasanjuan en su artículo.

Junto a los factores materiales, una visión crítica incluye la geopolítica de las emociones y elementos intangibles como la confianza, temas que desarrollan Antoni Gutiérrez Rubí y Carme Colomina en sus respectivos artículos. Y también se pregunta hasta qué punto o por qué vías la pandemia puede ser un acicate para la cooperación a nivel global (en tanto que amenaza planetaria), regional (por la especial interacción económica y social en determinados espacios, así como por reflejos de solidaridad basados en una identidad compartida) o entre países vecinos. En este volumen analizaremos en el impacto de la pandemia en la agenda 2030 (véase el artículo de Anna Ayuso), en las crisis humanitarias (artículo de Pol Bargués y Sergio Maydeu-Olivares) y en la gestión de la movilidad y las migraciones (artículo de Gonzalo Fanjul).

De hecho, la coexistencia de fenómenos de competición y de cooperación es una constante en este volumen. Sobresalen claramente en nuestro análisis del multilateralismo y la multipolaridad sanitaria. También encontraremos ejemplos clarísimos en nuestro intento por comprender las dinámicas geopolíticas de la innovación (artículo de Adelaida Sarukhan) y de la producción industrial (artículo de Joan Bigorra).

Así pues, al abordar qué es y cómo se manifiesta la geopolítica de la salud debemos tener en cuenta ambas dimensiones. La primera, la más clásica, materialista, estadocéntrica y competitiva, nos ayuda a entender el comportamiento de algunas de las principales potencias del sistema internacional. La segunda, crítica, ciudadana, plural y colaborativa, permite entender dinámicas geopolíticas igualmente relevantes que escapan al monopolio estatal y que, sobre todo, generan oportunidades para la cooperación internacional.

Salud y cooperación internacional

Podría parecer que estamos analizando un tema totalmente nuevo, cuya relevancia se impone solo por la irrupción de la pandemia. Sin embargo, tanto la geopolítica de la salud como la cooperación internacional en este campo existían antes del coronavirus. Lo que sucedía es que no se les había prestado la atención que merecían.

De hecho, la salud ha sido, históricamente, un terreno fértil para la cooperación internacional. Podemos remontarnos a 1851, momento en que se convocó la primera conferencia sanitaria internacional, celebrada en París, para intentar sentar unos estándares comunes para luchar contra el cólera. Otra fecha significativa es 1863, año de la creación del comité internacional de la Cruz Roja, cuyo objetivo inicial era proveer asistencia médica en situaciones de conflicto.

En la construcción de la cooperación internacional en materia de salud destacan algunos nombres propios como Florence Nightingale, creadora de la enfermería moderna, que aplicó medios novedosos para reducir la mortalidad entre los heridos de la guerra de Crimea (1853-1856) o el del fundador de la propia Cruz Roja, Jean-Henri Dunant, cuyo trabajo inspiró la Convención de Ginebra de 1864, y que recibió el primer Premio Nobel de la Paz en 1901.

**UNA PERSPECTIVA
CRÍTICA DE LA
GEOPOLÍTICA DE
LA SALUD PERMITE
ENTENDER DINÁMICAS
GEOPOLÍTICAS
QUE ESCAPAN AL
MONOPOLIO ESTATAL
Y QUE GENERAN
OPORTUNIDADES PARA
LA COOPERACIÓN
INTERNACIONAL.**

El impacto de la última gran epidemia mundial –la mal llamada «gripe española» (1918-1920)– también merece atención. No solo porque la enfermedad causó la muerte de unos 50 millones de personas (un 2,5% de la población mundial del momento), sino porque impulsó la creación de una oficina internacional para luchar contra las epidemias en 1919, precedente de lo que luego sería la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Aún es pronto para valorar el impacto en el sistema internacional de la COVID-19, pero podría ser tan o más importante que el de la pandemia de gripe de principios del siglo xx. No tanto por la letalidad (a junio de 2021, más de 3,5 millones de muertos y 170 millones de casos confirmados) como por los bruscos efectos sobre las dinámicas sociales, por la asincronía en la salida de esta crisis sanitaria –una diferencia importante con la de 1919– y, no menos importante, debido a que la pandemia irrumpe en un contexto de crisis institucional y de reordenación global.

En otras palabras, la trascendencia de la pandemia se multiplica por la coincidencia en el tiempo con el cuestionamiento del multilateralismo y la democracia, por una mayor competición entre potencias globales y regionales y por la aceleración de cambios tecnológicos que alteran la distribución del poder dentro de las sociedades, pero también a nivel global.

Pandemia y vacuna: la doble disrupción

La COVID-19 puede analizarse como un caso excepcional o como el ejemplo más avanzado de la geopolítica de la salud. Este volumen se inclina por esta segunda dimensión, proporcionando análisis y herramientas que no son solo útiles para entender mejor las implicaciones geopolíticas de esta

LA TRASCENDENCIA DE LA PANDEMIA SE MULTIPLICA POR LA COINCIDENCIA EN EL TIEMPO CON EL CUESTIONAMIENTO DEL MULTILATERALISMO Y LA DEMOCRACIA, POR UNA MAYOR COMPETICIÓN ENTRE POTENCIAS GLOBALES Y REGIONALES Y POR LA ACELERACIÓN DE CAMBIOS TECNOLÓGICOS QUE ALTERAN LA DISTRIBUCIÓN DEL PODER.

pandemia, sino también por ofrecer un marco que podemos aplicar a otras enfermedades y a la salud en términos generales. Con todo, creemos necesario recordar cómo surge y cómo se extiende la enfermedad, cómo se reacciona internacionalmente para frenar su expansión y, con el inicio de las campañas de vacunación, cómo emergen claramente las dos vertientes de la geopolítica de la salud: la cooperativa y la competitiva.

El 30 de enero de 2020, la OMS declaraba que el mundo hacía frente a una emergencia de salud pública de importancia internacional. En aquellos momentos, la inmensa mayoría de casos de COVID-19 se habían registrado en China, concretamente en la ciudad de Wuhan, pero ya habían empezado a detectarse casos en otros países asiáticos. Un día más tarde, Italia anunciaba que había detectado

el primer caso en el que iba a ser uno de los países más afectados del continente europeo.

Mientras que los científicos se ponían manos a la obra y conseguían secuenciar el genoma del virus en tiempo récord, la agenda política de la mayor parte de potencias globales seguía inalterada, inconscientes del golpe que estaban a punto de sufrir y que, a partir de marzo, los obligaría a revisar sus prioridades, a introducir medidas sin precedentes y a explicar a su ciudadanía por qué sus vidas iban a verse completamente trastornadas.

El 11 de marzo de 2020, la OMS calificaba la COVID-19 como una pandemia y se reportaban casos en más de 100 países. Los confinamientos en buena parte del mundo estaban a la vuelta de la esquina, a los que siguieron restricciones a la movilidad, cierres de fronteras –no solo para personas, sino también para la exportación de productos estratégicos–, disrupción del transporte internacional y escasez de productos sanitarios básicos, especialmente materiales de protección. El mundo asistía a la formación de la primera ola de otras muchas que estaban por venir, y la geopolítica de la salud mostraba su cara más agresiva, egoísta y competitiva.

La llamada a una tregua sanitaria del Secretario General de Naciones Unidas, António Guterres, fue un espejismo, como afirman Pol Bargués y Sergio Maydeu-Olivares en su artículo. El Consejo de Seguridad se demoró hasta el 1 de julio para pronunciarse sobre la pandemia.

Aún más impactantes eran las noticias de las maniobras de los países con más recursos para adquirir las pocas mascarillas y equipos de protección individual disponibles en el mercado.

La pandemia fue lo que en inglés llamarían un *game-changer*, un factor disruptivo que modifica las dinámicas preexistentes, bien sea con cambios bruscos –es el caso del aumento de la pobreza del que nos habla Anna Ayuso– o acelerando tendencias previas como en el caso de las estrategias de desinformación que explica Carme Colomina en este volumen. La pandemia también fue un catalizador que puso al descubierto disfunciones y potencialidades de la gobernanza internacional.

**CON LA VACUNACIÓN
QUEDABA AL
DESCUBIERTO UNA
NUEVA FALLA EN
LA RESPUESTA
GLOBAL. A UN LADO,
LOS TERRITORIOS
QUE CONCENTRAN
LA INNOVACIÓN,
PRODUCCIÓN Y
APROVISIONAMIENTO
DE LA VACUNA.
AL OTRO, LOS QUE
QUEDAN REZAGADOS
EN LA CARRERA POR
CONSEGUIRLA.**

Pocos meses después, el inicio de las campañas de vacunación volvió a alterar los términos del debate. Con la vacunación quedaba al descubierto una nueva falla en la respuesta global. A un lado, los territorios que concentran la innovación, producción y aprovisionamiento de la vacuna. Al otro, los que quedan rezagados en la *carrera* por conseguirla. El hecho de que varios países, filantrópicas, sector privado y organizaciones internacionales hayan unido esfuerzos en el marco de la Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización (GAVI), y creasen una nueva plataforma internacional, COVAX, para facilitar la llegada de vacunas a los países con menos recursos es uno de los logros más destacados de esta crisis. A pesar de este esfuerzo multilateral, las diferencias eran cada vez más visi-

bles y se generaba así un debate político y social sobre cómo reducirlas y las consecuencias a medio plazo de esta brecha de inmunización para la recuperación económica global y la movilidad internacional. En este volumen, Anna Ayuso plantea los retos financieros para la reducción de dicha brecha y Gonzalo Fanjul insiste en la necesidad de revisar los modelos de movilidad internacional que ya eran disfuncionales antes de la pandemia.

Una agenda de reflexión y de acción política

La pandemia, primero, y la vacuna, después, no solo alteran la distribución de poder y las dinámicas de cooperación y conflicto en la escena internacional. También nos invitan a revisar cómo estudiamos el fenómeno, actualizando nuestros marcos de análisis para situar la salud en una posición mucho más central.

Este ejercicio es una invitación a reflexionar sobre la necesidad de integrar los factores geográficos vinculados a la salud en el análisis tanto de la estructura del sistema internacional como de las prioridades y acciones de un abanico de actores internacionales cada vez más diverso. Y lo hace buscando respuesta a preguntas como: ¿Qué efectos a medio plazo puede tener la pandemia sobre la función y gestión de las fronteras? ¿Cuál es el impacto de un mundo en que algunos países avanzan hacia la inmunización de su población, mientras que en otros la vacunación es todavía testimonial? ¿Qué jerarquías y relaciones de dependencia se establecen entre los territorios que innovan, los que producen y los que reciben productos estratégicos en materia de salud? ¿Avanzamos hacia un mundo con mejores reflejos para abordar amenazas de naturaleza genuinamente global o, por el contrario, se ahonda en localismos, nacionalismos y proteccionismos de todo tipo? ¿Qué modelo de gobernanza internacional de la salud necesitamos y cómo se vincula con discusiones de gobernanza internacional en otros ámbitos?

Tal como se expuso en el informe CIDOB, *El mundo en 2021: diez temas que marcarán la agenda internacional*, 2020 fue un año de perplejidad, pero 2021 es un año de acción, de decisiones individuales y colectivas cuyo impacto irá mucho más allá de ese año. 2021 vendría a ser una especie de bifurcación, una coyuntura crítica, un momento lleno de riesgos, pero también de oportunidades que pueden aprovecharse, o no. Con la salud en una posición más prominente en la agenda internacional, aumentan los dilemas y las opciones en cuestiones como la gobernanza sanitaria, los modelos industriales o la carrera por la innovación.

La salud global, algo que antes se veía principalmente como un factor de desarrollo y solidaridad, ha pasado a convertirse en uno de los principales pilares de la seguridad humana. Se impone el debate sobre la necesidad de reformar la gobernanza internacional de la salud, haciéndola –como dice Rafael Vilasajuan en su artículo– más inclusiva y con mayor capacidad de ejecución si queremos evitar situaciones tan o más dramáticas que la actual. En el ámbito industrial, la discusión sobre patentes ha llegado al gran público y se sitúa en la primera línea geopolítica, como explican Joan Bigorra y el equipo coordinado por Pol Morillas en sus artículos. Asimismo, como apunta Antoni Gutiérrez Rubí, entramos en una etapa en que la energía política se orientará hacia grandes proyectos de transformación en los que se supera la fase del debate para entrar en la de la acción. En este sentido, junto con la reflexión, este documento aspira a contribuir al debate sobre qué tipo de acciones son necesarias para doblegar la COVID-19, como prioridad inmediata, y para mejorar la gobernanza internacional y las estrategias de salida y reconstrucción pospandemia.

Como no podría ser de otro modo, los autores del volumen identifican la pandemia y la vacuna como un factor de competición entre potencias internacionales que alimenta la lógica de las esferas de influencia y cómo se ha elevado a un nivel estratégico la innovación, la producción y distribución de material sanitario. Asimismo advierten de cómo el antagonismo entre potencias y los egoísmos nacionales pueden limitar o impedir los avances necesarios. No obstante, también apuntan a otros impactos geopolíticos de la crisis, aquellos que quizás han pasado más desapercibidos y que entran dentro de la geopolítica crítica. Entre estos destacan la revisión de los mecanismos internacionales para hacer frente a este tipo de crisis y los nexos entre los temas de salud global y otras agendas internacionales como la cooperación al desarrollo, las migraciones, las crisis humanitarias y el futuro de la democracia. Al hacerlo, en este informe no solo se señalan riesgos sino también oportunidades. Adelaida Sarukhan alertaba en su artículo que o nadamos, o nos hundimos juntos. Esperamos que este volumen proporcione argumentos convincentes sobre la conveniencia de unir esfuerzos y de nadar juntos en la misma dirección.

MULTILATERALISMO SANITARIO: SE BUSCA GOBIERNO PARA LA SALUD GLOBAL

La pandemia es la manifestación abrupta de una crisis anunciada. Ha habido deficiencias en la coordinación internacional y ha fallado el mecanismo encargado de prevenir estas urgencias: la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido incapaz de investigar las causas, controlar su propagación o imponer una actuación conjunta. Tras esta experiencia traumática, ¿estamos mejor preparados ahora que intuimos un horizonte diferente? ¿Quién gobernará la salud global tras la pandemia?



**Rafael
Vilasanjuan**

Director de análisis
y desarrollo,
ISGlobal

La salud, del desarrollo a la seguridad global

Hay que reconocer que este coronavirus ha cambiado la agenda global y no únicamente la de salud. Durante más de un año la economía se ha hundido a nivel mundial, con enormes consecuencias negativas a nivel local; se han cerrado fronteras en medio mundo; se ha confinado a centenares de millones de personas, incluso en las democracias occidentales, donde una medida así tal vez se hubiera contemplado para casos de guerra exclusivamente. La pandemia se ha convertido en un campo de batalla global. La salud mundial ha dejado de ser un bien al servicio de los países con economías más avanzadas, para convertirse en el principal activo de la seguridad mundial ¿Quién podía prever una emergencia así? ¿Quién estaba en condiciones de coordinar sus efectos? La respuesta es sorprendente porque, mientras que nadie puede negar que había múltiples informes que anunciaban la posibilidad de que una epidemia vírica hiciera saltar por los

CIDOB REPORT
07- 2021

aires todas las barreras protectoras, lo que ha quedado en evidencia es la escasa preparación para hacerle frente.

Vayamos por partes, desde que en 2014 el virus del Ébola rompió la barrera que mantenía la epidemia aislada en pequeñas zonas rurales de África para alcanzar las principales ciudades de Guinea, Sierra Leona o Liberia, las voces que anunciaron la posibilidad de una epidemia global fueron en aumento. Los argumentos que mejor describen la crisis que se avecinaba los encontramos en el [informe anual de 2019](#), el primero del comité para preparación de emergencias creado por el Banco Mundial y la OMS. Tan solo seis meses antes de que el virus irrumpiera en la localidad china de Wuhan, los codirectores del informe, Gro Brundtland y Elhadij As Sy, arrancaban su primer párrafo alertando de que «aunque las enfermedades han sido parte de la experiencia humana, una combinación de factores globales, incluida la inseguridad y el clima extremo aumentan el riesgo (...) Los brotes han ido en aumento durante las últimas décadas y el espectro de una emergencia sanitaria mundial se cierne de manera cada vez mayor (...) Existe una amenaza muy real de una pandemia altamente letal y en rápido movimiento de un patógeno respiratorio que podría matar entre 50 y 80 millones de personas y reducir la economía mundial en un 5%. Una pandemia global de estas dimensiones sería catastrófica, generaría estragos, inestabilidad e inseguridad. El mundo no está preparado». Palabras tan premonitorias tuvieron efecto inmediato tras la irrupción de un virus nuevo, el SARS-CoV-2, que a diferencia de otros anteriores como el SARS 1 que se quedó en Asia, o el MERS que apenas fue capaz de salir de Oriente Medio, este sí viajaría desde China a otros lugares de Asia, para luego llegar hasta Italia, haciendo escala en el mapa europeo, para expandirse después por la geografía global.

Desde la aparición del virus, la OMS empezó un trabajo exhaustivo con el fin de evitar sus peores consecuencias. Sin embargo, los expertos de esta agencia de Naciones Unidas no pudieron acceder a Wuhan hasta el 29 de enero de 2020, más de un mes tras conocerse los primeros casos. El trabajo en emergencias de la OMS está amparado en las [Regulaciones Internacionales de Salud](#), un marco legal que obliga a los estados miembros a informar de brotes epidémicos tan pronto como aparezcan; pero China no lo hizo, y la OMS no encontró la manera para forzarla a hacerlo. De hecho, desde el inicio de la pandemia, el Gobierno chino nunca permitió que se llevara a cabo ninguna investigación que no estuviera bajo su control. Esa es una de las principales limitaciones de un organismo como la OMS, que toma sus decisiones por consenso y está sometido a la voluntad y el poder de los gobiernos de sus estados miembros. Ante el silencio de su director, Tedros Ghebreyesus, la Administración estadounidense con Donald Trump

a la cabeza no tardó en considerar que la organización había fallado en su misión de prevenir y frenar la pandemia y anunció, en abril de ese mismo año, que suspendía la financiación. La agencia de Naciones Unidas quedaba sometida a una presión existencial sin precedentes, su supervivencia estaba en riesgo.

El nuevo mapa de actores

Aunque el trabajo de la OMS frente a la COVID-19 está lejos de ser perfecto, ha habido logros reseñables. La OMS no logró que China aportase información precisa, ni que Beijing diera respuesta más contundente en el inicio de la pandemia –dando así argumentos a todo tipo de teorías conspirativas–, pero durante la expansión del virus por las principales economías occidentales, fue esta organización la que definió marcos de intervención; se movilizó para facilitar tratamientos, diagnósticos y vacunas; trabajó un marco de comunicación para aplacar la *infodemia* inherente a todas estas crisis; y buena parte de sus consejos han sido seguidos por una mayoría de ministerios de salud del mundo. Hacer frente a la peor pandemia en generaciones hubiera requerido una OMS mejor y más fuerte en vez de intentar acabar con ella como parecía querer Donald Trump. Pero esta organización sufre desde hace tiempo de una estructura excesivamente dependiente de los recursos financieros para su funcionamiento, y del consenso político para la toma de decisiones, algo que casi siempre ralentiza la respuesta a unas emergencias sanitarias que suelen extenderse con rapidez: dos velocidades que no siempre van de la mano. El dinero sin duda es su principal problema. Con un presupuesto de algo más de 2.500 millones de dólares, tres veces menos que el gasto sanitario en Cataluña, es difícil pretender que haga frente a todos los problemas de salud global. Por si fuera poco, solo un 20% de ese presupuesto son contribuciones garantizadas que llegan sin vinculación a proyectos o encargos concretos, y el principal financiador, antes de la decisión de Donald Trump de cerrar el grifo, era Estados Unidos.

**HACER FRENTE A
LA PEOR PANDEMIA
EN GENERACIONES
HUBIERA REQUERIDO
UNA OMS MEJOR Y
MÁS FUERTE EN VEZ DE
INTENTAR ACABAR CON
ELLA COMO PARECÍA
QUERER DONALD
TRUMP.**

Frente a la magnitud de la emergencia, por primera vez, algunos líderes empezaron a hacer referencia a la necesidad de pensar en un Gobierno global en materia de salud. En marzo de 2020 el ex primer ministro británico, Gordon Brown, llevó una propuesta al G-20 para crear un grupo de trabajo permanente que incluyera líderes mundiales, expertos en salud y representantes de las principales organizaciones internacionales con poder

ejecutivo para coordinar la respuesta global. En la práctica este «Ministerio de Salud del Mundo» era inviable. Sin embargo, la presión política permitió avanzar en compromisos para crear una nueva plataforma multilateral capaz de progresar en el desarrollo de diagnósticos, tratamientos y vacunas, haciéndolas accesibles de manera equitativa a todos los países. La nueva plataforma colaborativa se denomina **Acelerador de Herramientas contra la COVID-19** (ACT-a, por sus siglas en inglés) y tiene cuatro pilares: para diagnósticos, para tratamientos, para la inmunización y para la conexión de los sistemas de salud.

En la trastienda de esta operación, la OMS quedaba como maestro de ceremonias, definiendo e impulsando marcos de actuación en los cuatro pilares, pero dejando el papel ejecutivo predominante a organizaciones fiduciarias. Entre estas destacan el **Fondo Mundial**, la **Alianza para Diagnósticos**

DESDE QUE SE DESCIFRÓ EL CÓDIGO GENÉTICO DEL VIRUS HASTA QUE SE INYECTÓ LA PRIMERA VACUNA DE PFIZER A UNA MUJER EN COVENTRY (REINO UNIDO) –UNA VEZ CONCLUIDOS LOS ENSAYOS Y REGULADA–, SOLO PASARON 333 DÍAS, UN DATO QUE PASARÁ A LA HISTORIA.

(FIND) o la **Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización** (GAVI). Alianzas público-privadas capaces de obtener los recursos necesarios a partir de proponer prioridades concretas, se convierten así en los nuevos actores multilaterales a quienes se entrega el mandato de conseguir una respuesta equitativa y en particular de proveer herramientas para combatir la emergencia sanitaria a los países de renta baja. Estas organizaciones tienen en común que fueron creadas con la Agenda del Milenio, a partir del año 2000, y que funcionan con unos nuevos mecanismos y procesos de toma de decisiones donde los gobiernos ya no tienen el monopolio. En la mesa de negociación sobre cómo responder a las emergencias sanitarias se han incorporado expertos, organismos

internacionales, bancos de crédito al desarrollo, filantrópicas, industria y sociedad civil. Se ha iniciado un nuevo capítulo en la construcción de la gobernanza de la salud global.

Cooperación o nacionalismo: la carrera por la vacuna

Desde que se descifró el código genético del virus hasta que se inyectó la primera vacuna de Pfizer a una mujer en Coventry (Reino Unido) –una vez concluidos los ensayos y regulada–, solo pasaron 333 días, un dato que pasará a la historia. Nunca se había conseguido tener una vacuna desde el inicio de la investigación en menos de cinco años. La inmunización fue desde el inicio la estrategia prioritaria para frenar la carrera del virus. Tras su

aparición, el escenario apocalíptico de ciudades fantasma, sin peatones ni tráfico o el cielo sin aviones, llevó a un consenso en torno a la necesidad de priorizar vacunas sobre el resto de estrategias.

El mundo se lanzó a la carrera para conseguirlas lo antes posible. Jamás se habían liberado tantos fondos para una emergencia sanitaria. Y de la misma manera que las economías más avanzadas desplegaron todo su potencial para financiar la investigación, aumentar la producción y garantizarse las primeras dosis, también se creaba COVAX, el pilar de la nueva plataforma ACT-a para vacunas, en apenas dos meses, con el objetivo de asegurar que las dosis no quedaran únicamente en manos de los países más ricos. El propósito de conseguir vacunas para todos chocaba frontalmente con la estrategia acaparadora de la mayoría de países occidentales y la escasez de producción. Se necesitan 15.000 millones de dosis para cubrir a toda la población mundial, pero en un año, si todo funcionase a la perfección, solo se podría producir un tercio de esta cantidad.

La competencia por hacerse con un bien escaso es el principal obstáculo con el que se topa COVAX. Por un lado, los laboratorios se han dedicado a proveer bajo el lema de servir al primero que paga. Por otro, actitudes nacionalistas –nosotros primero– para hacerse con las primeras dosis han castigado especialmente a esta organización, en concreto por la situación en la India, país donde COVAX realizaba las mayores compras. India es el mayor productor mundial, pero también un país especialmente azotado por su segunda ola de la pandemia. Ante el aumento de casos, el Gobierno indio decidió restringir la exportación de vacunas que tenían como principal destino los países de renta baja o media.

**EL MUNDO SE DIVIDE
NUEVAMENTE ENTRE
LOS QUE TIENEN Y
LOS QUE NO, EN ESTE
CASO, VACUNAS. UNA
DIVISIÓN SANITARIA,
ECONÓMICA Y
POLÍTICAMENTE
PELIGROSA.**

Un primer balance

La puesta en marcha de COVAX fue un éxito en sí mismo, pero un año después está lejos de conseguir los objetivos que se había marcado. En este intento de hacer balance, es necesario compararlo con emergencias previas y preguntarse dónde estaríamos sin este y otros mecanismos de cooperación internacional. Por ejemplo, a diferencia de la respuesta a la epidemia de SIDA, cuando los tratamientos tardaron una década en llegar a África, solo pasaron tres meses entre el inicio de las campañas de vacunación contra la COVID-19 en Occidente y la llegada de las primeras vacunas al continente africano –en cantidades todavía irrisorias, eso sí–.

Sin un mecanismo de compra y coordinación conjunta como COVAX, el riesgo de que la mayoría de gente se quedara sin ningún tipo de protección frente a la COVID-19 era enorme. El reto es aumentar el ritmo de distribución para frenar cuanto antes el avance global del virus; y más teniendo en cuenta que sus nuevas variantes podrían afectar también a los países ya vacunados. Para ello, COVAX aspira a distribuir 2.000 millones de dosis gratuitas entre los 92 países de renta baja y media baja que forman parte de su nómina de países subvencionados, antes de que acabe el año. El dinero proviene principalmente de las agencias de cooperación de las economías más avanzadas, pero también de la filantropía y, a medida que avanzan las campañas de vacunación en Estados Unidos, la UE y Reino Unido, las donaciones de excedentes se añadirán a este mecanismo de reparto, según lo acordado en la reunión del G-7 en junio, que concluyó con el compromiso de facilitar mil millones de dosis a través de este mecanismo multilateral.

ESTAMOS ASISTIENDO A NUEVAS FORMAS DE ACCIÓN MULTILATERAL, ENCARNADAS POR UNA ORGANIZACIÓN EN CUYO COMITÉ DE DIRECCIÓN SOLO 28 PERSONAS TIENEN DERECHO DE VOTO, ALGO BIEN DISTINTO DE LO QUE SUCEDE EN LA OMS.

Mientras esto no suceda, el mundo se divide nuevamente entre los que tienen y los que no, en este caso, vacunas. Una división sanitaria, económica y políticamente peligrosa; de ahí que asistamos a un mayor activismo de organizaciones y foros multilaterales como el G-7, pidiendo que se garanticen dos tercios de los 66.000 millones de dólares que se calcula se necesitarán para cubrir a la población de todo el mundo en los próximos dos años. Y, como explica Joan Bigorra en su capítulo, en la Organización Mundial del Comercio (OMC) también está sobre la mesa el debate sobre la liberalización temporal de las patentes para aumentar la

producción. Está en juego la inmunidad de grupo. No solo de esos países, sino global.

Con todas sus carencias, COVAX ha recaudado en solo un año 21.000 millones de dólares, casi diez veces más que el presupuesto anual de la OMS. Estamos asistiendo a nuevas formas de acción multilateral, encarnadas por una organización en cuyo comité de dirección solo 28 personas tienen derecho de voto, algo bien distinto de lo que sucede en la OMS. Y COVAX es solo uno más de los actores emergentes en el ámbito de la salud global.

Conclusión

Las estrategias globales para reforzar sistemas de salud muy precarios en países de renta baja y media, promover guías y protocolos basados en la

evidencia científica y facilitar el acceso a medicamentos esenciales, son retos fundamentales. Lo eran antes de la pandemia, pero esta crisis sanitaria ha demostrado que la salud global debe ser una prioridad para garantizar la seguridad de todos y el desarrollo económico.

Solo las pérdidas económicas se cuentan en billones de euros, o lo que es lo mismo, en millones de millones. Una cifra inimaginable, cuya cola arrastra doce ceros. Eso sin contar los daños familiares, emocionales o políticos que va dejando en el camino. Un panorama tan desolador puede repetirse. Evitarlo requiere avanzar en una nueva forma de concebir la salud global capaz de hacer frente a un problema de seguridad colectiva.

La Segunda Guerra Mundial vio nacer un entramado de organizaciones multilaterales nuevas. La mayoría de ellas están enfocadas a promover el desarrollo desde una visión de seguridad que parte del enfrentamiento y la competencia entre estados. Mecanismos excesivamente frágiles cuando el enemigo es compartido y la amenaza es la misma para todos los países.

El camino para empezar a definir nuevas formas de gobernanza global está en marcha. No podemos hablar de que la salud global esté viviendo una revolución, pero sí que está experimentando un movimiento sísmico del que todavía quedan réplicas por conocer.

**NECESITAMOS
UNA GOBERNANZA
DIFERENTE, MÁS
INCLUSIVA Y CON
CAPACIDAD DE
EJECUCIÓN, SI
QUEREMOS EVITAR
SITUACIONES TAN O
MÁS DRAMÁTICAS QUE
LA ACTUAL.**

No hay alternativa. Necesitamos una gobernanza diferente, más inclusiva y con capacidad de ejecución, si queremos evitar situaciones tan o más dramáticas que la actual. Ahora que además conocemos las consecuencias globales de actuar tarde y que la salud se ha convertido en una de las principales estrategias para garantizar la seguridad de nuestras vidas –también en Occidente–, tal vez consigamos que el resultado sea más equitativo. O eso, o estaremos abocados a sufrir crisis similares con escasa capacidad de respuesta colectiva.

MULTIPOLARIDAD SANITARIA: EL USO GEOPOLÍTICO DE LA VACUNA



Pol Morillas

Director de CIDOB (coord.)

Con contribuciones de:

Ana Ballesteros,
Investigadora sénior
asociada, CIDOB

Carmen Claudín,
Investigadora sénior
asociada, CIDOB

Santiago Castelo,
Consultor, Ideograma

Oriol Farrés,
Coordinador del Anuario
Internacional, CIDOB

Alba Hahn,
Consultora, Ideograma

Florencia Paz,
Consultora, Ideograma

Xavier Peytibi,
Consultor, Ideograma

**Héctor Sánchez
Margalef,** Investigador,
CIDOB

CIDOB REPORT
07- 2021

La vacuna, en tanto que bien escaso, está siendo utilizada como instrumento de poder y estatus por parte de las principales potencias internacionales. Exportaciones, donaciones o producción de vacunas en terceros países son algunas de las estrategias utilizadas por la UE, Estados Unidos, China, Rusia, India o América Latina para posicionarse en el mundo pospandemia. La carrera por el liderazgo global incluye, desde la pandemia, herramientas de salud global.

La vacuna es imprescindible para recobrar el normal funcionamiento de las sociedades y economías a nivel nacional y se constituye como un bien global si de lo que se trata es de lograr cierta inmunidad a escala planetaria. Es también, por el momento, un bien escaso y, por lo tanto, un instrumento para la influencia y el ejercicio del poder a escala internacional.

Mientras no haya garantías de un abastecimiento universal, las potencias internacionales añadirán la exportación o donación de vacunas a su listado de instrumentos de acción exterior. Estas han hecho un uso dispar de esta herramienta, por lo que su efecto en las relaciones internacionales pospandemia y en la gobernanza global es aún incierto. Los casos de la Unión Europea (UE), Estados Unidos, China, Rusia, India y América Latina presentan dinámicas diferenciadas en el uso geopolítico de la vacuna.

Unión Europea, el multilateralismo de la vacuna

Parecía que la UE añadía a su historial de crisis una más cuando se convirtió en el epicentro de la pandemia. Fue lenta en la distribución de va-

unas, en comparación con el Reino Unido o Estados Unidos. Sin embargo, como sucedió con las negociaciones con el Reino Unido mientras duró el Brexit, la unión de los 27 para el abastecimiento interno ha acabado por salir a cuenta.

Los estados miembros priorizaron la compra conjunta de vacunas, incluso antes de que la Agencia Europea del Medicamento diera luz verde para su uso, y sin que la Comisión estuviera plenamente preparada para ello. El espacio que las instituciones europeas ocuparon en la negociación con las farmacéuticas procuró mejores precios e hizo más difícil que otras vacunas, como las chinas y rusas, fueran usadas en territorio de la UE (Hungría es la excepción), lo que hubiese restado credibilidad a la Unión como actor global.

LA UE ES CONSCIENTE DE QUE NO RECIBE EL CRÉDITO DESEADO POR SU ACTUACIÓN COMO POTENCIA NORMATIVA.

A la par que avanza la vacunación interna, la UE se ha convertido en la mayor potencia exportadora y donadora de vacunas –es decir, de solidaridad– a nivel mundial (159 millones de dosis exportadas a 87 países) y ha destinado 2.200 millones de euros a la iniciativa COVAX.

Su discurso diplomático ha enfatizado la condición de la UE como potencia que actúa robusteciendo el sistema multilateral y en solidaridad con los países en desarrollo, aunque haya destinado mayoritariamente las exportaciones a países no tan pobres. Los principales destinos de exportación incluyen el Reino Unido (con aproximadamente 10,9 millones de dosis), Canadá (6,6 millones), Japón (5,4 millones), México (4,4 millones), Arabia Saudí (1,5 millones), Singapur (1,5 millones), Chile (1,5 millones), Hong Kong (1,3 millones), Corea (1,0 millones) y Australia (1,0 millones). A partir de mayo de 2021 empezaron también las exportaciones a los Balcanes, con la vocación geopolítica de contrarrestar las vacunas chinas y rusas.

Sin embargo, la UE es consciente de que no recibe el crédito deseado por su actuación como potencia normativa. El hecho de que el presidente Biden solicitara la suspensión temporal de las patentes, pero la canciller Merkel se negara, contrarresta la narrativa de la UE como exportadora de solidaridad.

Estados Unidos, del *America First* a la rivalidad por el liderazgo global

America First es una idea que planea históricamente en el imaginario político estadounidense y que aboga por el aislacionismo, por atender los asuntos del país mucho antes que los foráneos. Esta idea ha sobrevolado en la política estadounidense durante toda la gestión de la vacunación.

En Estados Unidos, uno de los mayores productores de vacunas, la cifra de exportaciones ha sido minúscula si la comparamos con otros países. De sus 333 millones de vacunas producidas hasta mayo de 2021, tan solo un 3% se había enviado fuera de sus fronteras (a México y Canadá, principalmente). Poniendo esta cifra en perspectiva, y también hasta el mes de mayo, de los 597 millones de vacunas producidas por China, 242 millones (el 42%) habían salido de sus fronteras. De los 319 millones de la UE, se exportaron –o cedieron– 111 millones (el 35%).

Al principio, mientras que Estados Unidos se preocupaba solo por vacunar a su población, Rusia y sobre todo China las suministraban a cambio de concesiones favorables a sus políticas e intereses, como veremos a continuación. Estas potencias aprovechaban la vacuna para llenar el vacío dejado por Washington y responder a un sentimiento de abandono presente en muchos países en desarrollo.

La principal propuesta estadounidense de la era Biden, la exención temporal de las patentes de las vacunas contra la COVID-19, ha sido recibida con reticencias incluso por la UE, argumentando que esta medida no debe distraer de la necesaria vacunación mundial mediante la distribución de dosis existentes. A mediados de mayo de 2021, Biden anunció que en junio se donarían 80 millones de dosis, un 13% de toda su producción, destinadas principalmente a países en vías de desarrollo en América Latina y el Caribe, Asia del Sudeste y África. Con esta donación, Biden se des-

marca de otros países que han optado por vender dosis a estas regiones. De esta manera, la geopolítica estadounidense de la vacuna intentará recuperar el terreno perdido en una carrera en la que China y Rusia se le han adelantado.

MIENTRAS QUE ESTADOS UNIDOS SE PREOCUPABA SOLO POR VACUNAR A SU POBLACIÓN, RUSIA Y SOBRE TODO CHINA LAS SUMINISTRABAN A CAMBIO DE CONCESIONES FAVORABLES A SUS POLÍTICAS E INTERESES.

China, la pugna por el relato

Beijing ha jugado la carta de las vacunas como mecanismo para reparar su reputación internacional, severamente dañada tras ser el origen de la pandemia y por la controvertida gestión de los primeros casos, su ocultación y la contribución involuntaria a la propagación de la COVID-19 por todo el mundo. En el contexto de la rivalidad China-Estados Unidos, Trump ahondó en la herida, atribuyendo al país asiático la responsabilidad de la pandemia con reiteradas alusiones a «el virus chino», como lo llamaba ante los medios de comunicación, y acusando a la OMS de tener un sesgo prochino, minando así la ya precaria gobernanza multilateral de la crisis sanitaria.

La respuesta oficial china no ha escatimado esfuerzos en remplazar la narrativa dominante (China como culpable) por la contraria (China como solución), potenciando su papel como fábrica mundial de material sanitario (mascarillas, respiradores) y, posteriormente, como productor de vacunas. Al igual que en tantas otras situaciones, el gigante asiático ha intentado ocupar el vacío dejado por las economías más desarrolladas –cuya estrategia ha sido priorizar la vacunación masiva de sus propios ciudadanos– y, según el Ministerio de Exteriores chino, se ha comprometido a suministrar (gratis o a bajo coste) vacunas a **más de 80 países** que no puedan acceder al mercado de las vacunas desarrolladas en Europa o Estados Unidos. También ha otorgado licencia de producción de su vacuna Sinovac a cinco países: Turquía, Brasil, Malasia, Egipto e **Indonesia**, donde la farmacéutica BioFarma aspira a alcanzar los 154 millones de dosis producidas a finales de 2021.

En algún caso ha empleado explícitamente la vacuna como mecanismo de presión diplomática, como en **Paraguay**, conminándole a que retirase su reconocimiento a Taiwán. También en clave de proyección global, mediante la «**Ruta de la Seda Sanitaria**», que vincula la participación en el macroproyecto *Belt and Road* con la entrega de viales, reforzando así la dimensión geopolítica de su acción exterior en el ámbito sanitario.

El carácter autoritario del régimen político de China ha facilitado el control de la pandemia por medios distintos a la vacunación. Esto le ha permitido ser la primera y única gran potencia cuya economía **creció** en 2020 y, a la vez, usar la vacuna como parte de su política exterior, a pesar de tener todavía una tasa relativamente baja de población vacunada (la promesa era alcanzar el 40% en junio de 2021). Sin embargo, en los próximos meses, China podría incumplir sus compromisos de vacunación doméstica –en particular si aumenta la demanda global de vacunas– y puede perder protagonismo en su exportación a medida que las economías más desarrolladas destinen una parte significativa de su producción a la exportación o a la cooperación internacional.

Rusia, descubriendo el poder blando

El Kremlin acometió la investigación para encontrar la vacuna contra la COVID-19 con el afán que caracteriza la tradición soviética de realizar hazañas que asombren al mundo, recordándole la *grandeur* de Rusia. En la competición que se abrió por descubrir la vacuna, Moscú tenía que llegar primero. El nombre mismo debía recordar la proeza de 1957 cuando se puso en órbita el Sputnik I, primer satélite artificial de la historia, que marcó el inicio de la carrera espacial entre la Unión Soviética y Estados Unidos. Un retorno simbólico a la era de superpotencias tan añorada por el Kremlin. La carga de la lógica geopolítica quedaba clara desde el principio.

La profesionalidad de los científicos rusos no ha sido puesta en entredicho por sus colegas occidentales; pero sí la evidente prisa de las autoridades por dar el visto bueno a los ensayos clínicos en agosto de 2020, cuando aún faltaban los datos finales de las dos últimas fases. No obstante, esta premura y la falta de transparencia no han sido óbice para que Moscú haya **vendido** hasta la fecha 16,3 millones de dosis a unos 45 países, cuya **lista de espera** es muy larga. Pero la población en Rusia parece mucho más reticente, con solo unos **12 millones de personas vacunadas** con una primera dosis. A principios de 2021, un **58% de encuestados** declaraba que no piensa vacunarse con Sputnik V, alegando que preferían esperar a tener resultados de más pruebas, así como datos sobre los efectos secundarios.

Los esfuerzos del Kremlin parecen más dirigidos a demostrar su superioridad sobre lo que llama el «Occidente colectivo» que a asegurar la salud de su propia población. Algo que aumentará el peligro para su poder, ya afectado por el declive del nivel de vida y los efectos de una represión desenfrenada.

India, la farmacia del mundo

Desde el inicio de la pandemia, el primer ministro indio Narendra Modi se ha centrado en proyectar poder a escala global gracias a la producción de vacunas *made in India*. El Serum Institute of India y el laboratorio Bharat Biotech tienen una capacidad de elaboración de cerca de 160 millones de dosis al mes, y ambos son considerados ejemplos de autosuficiencia, valor que realza la política exterior del país asiático. Además, en junio de 2020, Serum obtuvo una licencia de AstraZeneca para la manufactura y distribución de 1.000 millones de vacunas Covishield en países de ingresos bajos y medios, incluida India.

En octubre de 2020, India y Sudáfrica lideraron una petición a la Organización Mundial del Comercio (OMC) para suspender las patentes de vacunas, medicamentos y materiales relacionados con la COVID-19, hasta alcanzar la inmunidad de grupo global. En enero de 2021, Modi promovió la distribución prioritaria de millones de vacunas (Covishield de Serum y Covaxin de Biotech) a países asiáticos vecinos (Bangladesh, Bután, Mauricio, Maldivas, Myanmar, Nepal y Sri Lanka) y a países amigos; el programa se llamó Vaccine Maitri, o «vacuna amiga», en el que entran hasta 95 países. Asimismo, se implicó de lleno como proveedor para el mecanismo COVAX y en los mecanismos de impulso de la Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización (GAVI). En clave geopolítica, India ha seguido la lógica de «el vecindario primero», eje de la política exterior de Modi y que responde a su voluntad de proyección regional con el fin de contrarrestar la influencia de China en lo que India considera su entorno natural.

A mediados de 2021 se frenó la política exportadora de la India, aplazando así su estrategia geopolítica. Con una sexta parte de la población mundial, para conseguir vacunar a su grupo prioritario de ciudadanos (mayores de 45 años, sanitarios y personas con necesidades especiales), India necesita 880 millones de dosis. Cuando Modi adquirió las primeras vacunas en enero de 2021, el 85% de la producción de Serum ya estaba comprometida y, ante la emergencia de la segunda ola y la debilidad del sistema indio de salud, decidió prohibir temporalmente las exportaciones hasta resolver la **escasez** en el mercado interno.

El confinamiento decretado durante la primera ola provocó una caída del **24%** de la economía (junio 2020) y un aumento de la pobreza hasta el **28%**, quitando lustre a la imagen de India como potencia emergente. En con-

LAS DIFICULTADES DEL SISTEMA SANITARIO DE LA INDIA, ESPECIALMENTE EL PÚBLICO, PARA HACER FRENTE A LA SEGUNDA OLA HAN DAÑADO LA IMAGEN DEL PAÍS QUE MODI PROYECTABA COMO LA «FARMACIA DEL MUNDO».

traste con la narrativa de potencia farmacéutica, las dificultades del sistema sanitario de la India, especialmente el público, para hacer frente a la segunda ola han dañado la imagen del país que Modi proyectaba como la «farmacia del mundo».

América Latina, entre la dependencia y la (des)integración regional

El proceso de vacunación en América Latina ha evidenciado la profunda crisis que sufre la integración regional. En un escenario en el que las instituciones de coordinación (Organización

Panamericana de Salud, CELAC, Mercosur, etc.) han tenido un papel circunstancial, cada país actuó en solitario y negoció bilateralmente la adquisición de vacunas, mediante estrategias dispares y altamente fragmentadas.

Rusia y China han mostrado una mayor disposición y rapidez para entregar sus dosis y se han convertido en los grandes proveedores de América Latina. A mediados de 2021, 14 países de la región estaban aplicando vacunas chinas y nueve, vacunas rusas. Si bien en algunos casos ha primado la sintonía político-ideológica a la hora de adquirir estas dosis, en la mayoría han regido los intereses mutuos.

Por ejemplo, no es fortuito que Chile y Perú, los principales productores de cobre a nivel mundial, estén vacunando mayoritariamente con vacunas chinas. Tampoco que Brasil haya comprado Sinovac al mismo tiempo que negocia con Huawei la construcción de la red inalámbrica 5G. O que Argentina haya acordado la compra de vacunas a Rusia mientras se ratificaba el

protocolo de cooperación espacial entre ambos países. Además, es conocido el interés de Moscú por los recursos energéticos de Venezuela y Bolivia. A las operaciones de compraventa hay que sumar los recientes acuerdos que permiten la producción local de Sputnik V en Argentina, México y Brasil. A través de esta diplomacia de las vacunas, China y Rusia disputan la influencia histórica de Estados Unidos en América Latina y el Caribe.

El único intento de alianzas binacionales lo impulsaron México y Argentina para producir y envasar la vacuna de AstraZeneca, pero la producción se ha retrasado por la falta de componentes para su elaboración. Mientras tanto, el mecanismo COVAX ha comenzado a proveer de vacunas a 19 países de la región (14 autofinanciados y cinco financiados), aunque su aporte, según la OPS, será del 20% de las dosis que necesita cada población.

Ante la imposibilidad de acceder al mercado internacional, Cuba se inclinó por la producción de sus propias vacunas: Abdala y Soberana 02, un nombre que es a la vez una declaración de principios. El objetivo inicial era el autoabastecimiento, pero finalmente también se planea suministrarlas a coste reducido a otros países.

Hasta el momento, Chile y Uruguay son los únicos países de la región con el 50% de la población vacunada. En el otro extremo, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay no llegan al 3% (según datos de finales de mayo). En estas circunstancias, la disfuncionalidad de integración regional no hace sino agravar el desarrollo desigual del proceso de vacunación en América Latina.

LA DISFUNCIONALIDAD DE INTEGRACIÓN REGIONAL NO HACE SINO AGRAVAR EL DESARROLLO DESIGUAL DEL PROCESO DE VACUNACIÓN EN AMÉRICA LATINA.

Conclusión

Bienes de salud global escasos al inicio de la pandemia, como mascarillas y respiradores, fueron utilizados como herramientas de influencia internacional. De la geopolítica de la mascarilla hemos transitado a la geopolítica de la vacuna, en la que diversas potencias internacionales la utilizan como instrumento de poder y estatus internacional.

La UE, como potencia exportadora, ha procurado que el refuerzo del multilateralismo y la cooperación global incluyan el avance de la vacunación a nivel internacional y el refuerzo y mejora de un sistema de salud global. Estados Unidos, salvaguardando en primera instancia el *America First* con su política de cero exportaciones, ve con preocupación la creciente influencia

de China y Rusia tras la pandemia, gracias a donaciones y acuerdos con terceros países para la producción de sus vacunas.

A medida que aumenta la disponibilidad de vacunas, se reduce la tensión entre priorizar la vacunación interna o utilizar esta herramienta como mecanismo de proyección exterior. Sin embargo, la escasez de vacunas en los países de renta media y baja hace prever que la vacuna siga siendo parte de la caja de herramientas de política exterior, más aún si surgen variantes resistentes a las vacunas actuales, o si estas deben ser administradas con regularidad.

De ser así, las cuestiones de salud global seguirán siendo centrales para las dinámicas geopolíticas. Por un lado, se configurará una concepción de la salud global como bien público, en línea con la lógica de COVAX, de la suspensión temporal de patentes o de la reforma de instituciones globales como la OMS para una mayor efectividad. Por el otro, la creciente rivalidad internacional, las luchas por el poder en un mundo multipolar y las amenazas que se deriven de nuevas pandemias o del cambio climático reforzarán las lógicas de repliegue e influencia nacional en un contexto internacional crecientemente complejo e inestable. De ser así, la salud global habrá pasado a convertirse en un ámbito más de rivalidad geopolítica, como ya lo son las relaciones comerciales, la competición digital o las amenazas ligadas a la ciberseguridad.

GEOPOLÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DURANTE LA PANDEMIA: EN CIENCIA TAMBIÉN NADAMOS O NOS HUNDIMOS JUNTOS

En apenas 18 meses, la comunidad científica ha secuenciado el virus, ahondado en su transmisión, patología e inmunidad, probado algunos tratamientos y, sobre todo, desarrollado una serie de vacunas innovadoras y altamente eficaces. Pero para salir de esta crisis y hacer frente a futuros retos de salud global, es necesario establecer condiciones que favorezcan una investigación más colaborativa e inclusiva, que beneficie a todos. El coste de no hacerlo será hundirnos juntos.



**Adelaida
Sarukhan**

Doctora en Inmunología
y redactora científica,
ISGlobal

CIDOB REPORT
07- 2021

¿Qué ha ocurrido?

El brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS en inglés) en 2003, o la epidemia de ébola en 2014, pusieron de manifiesto que el mundo no estaba preparado para futuros brotes provocados por virus emergentes. El SARS-CoV-2 fue la confirmación de aquella alarma. Pero, a diferencia de otras tantas enfermedades infecciosas, la pandemia de la COVID-19 ha impactado duramente en todos los países, ricos y pobres.

Esto ha puesto en manifiesto tres hechos: 1) el beneficio de una colaboración científica internacional sin precedentes; 2) una investigación concentrada todavía en los países más desarrollados; y 3) la inversión pública como motor en el proceso de innovación e investigación.

La comunidad científica se unió para aportar respuestas y soluciones en un tiempo récord. Por ejemplo, el 10 de enero de 2020, un **equipo chino**

subió la secuencia del genoma del SARS-CoV-2 a una plataforma de acceso abierto (virological.org). Esto permitió que cinco días después, un equipo del NIH en Estados Unidos diseñara una vacuna de ARNm, en colaboración con la farmacéutica Moderna, y que se empezaran los primeros ensayos en humanos dos meses después. Otro ejemplo es el de GISAID, una base de datos abierta e internacional, originalmente creada para compartir secuencias de virus de influenza (gripe), en la que científicos de diferentes países han subido más de un **millón de secuencias de SARS-CoV-2**, lo cual ha facilitado la identificación y seguimiento de nuevas variantes. En marzo del 2020, la OMS lanzaba **SOLIDARITY**, el primer ensayo clínico a nivel global para probar fármacos contra la COVID-19.

En segundo lugar, la pandemia ha demostrado el valor de una ciencia sin fronteras. Pero también pudo verse, sin sorpresas, cómo los países con mejor

LA PANDEMIA HA DEMOSTRADO EL VALOR DE UNA CIENCIA SIN FRONTERAS, PERO TAMBIÉN QUE LOS PAÍSES CON MEJOR INFRAESTRUCTURA EN TÉRMINOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA TENÍAN UNA POSICIÓN PREMINENTE.

infraestructura en términos de investigación biomédica tenían una posición preeminente. Destaca la investigación realizada en el Reino Unido, por ejemplo, con su ensayo clínico **RECOVERY** (uno de los pocos capaces de arrojar datos concluyentes sobre distintos fármacos), sus estudios de cohortes poblacionales, o el desarrollo de la vacuna de Oxford, en colaboración con la farmacéutica AstraZeneca. También destaca la posición de Alemania, un país que cuenta con **científicos** con larga experiencia en coronavirus, y que contribuyó de manera crucial al desarrollo de las vacunas de ARNm (gracias a **BioNTech** o **Curevac**). O los Estados Unidos, donde se han desarrollado varias de las

vacunas utilizadas durante la primera fase de la lucha contra la pandemia (Moderna, Johnson & Johnson y Pfizer-BioNTech) y cuya eficacia debe mucho a un hallazgo realizado un par de años atrás por un equipo en la Universidad de Austin (Texas) para estabilizar la estructura de la proteína Spike.

Finalmente, la experiencia está demostrando el valor de la iniciativa público-privada y el papel imprescindible del sector público en la generación de estas innovaciones. El desarrollo de vacunas seguras y eficaces en poco menos de un año tras haber secuenciado el virus representa el logro científico más importante de esta pandemia. Pero este logro se basa en años de trabajo en los que gobiernos e instituciones públicas han puesto recursos materiales, capacidades humanas e infraestructuras al servicio de la investigación y desarrollo de los nuevos productos. Una publicación reciente del Global Health Center de Ginebra estimaba que el 98,15% de los 6.100

millones de dólares en fondos de I+D identificados provienen del sector público (con Estados Unidos y Alemania a la cabeza). Si se considera además la inversión a través de **Compromisos Avanzados de Mercado** para la compra de vacunas, las principales compañías farmacéuticas recibieron del sector público cerca de 51.000 millones de dólares.

¿Cuáles son los desafíos para el futuro?

A diferencia del SARS-CoV, que surgió en 2003 y logró contenerse y eliminarse de la población humana, o el MERS-CoV, detectado por primera vez en 2012, que salta esporádicamente al humano sin provocar grandes brotes, el SARS-CoV-2 seguramente ha llegado para quedarse. Esto quiere decir que, incluso cuando acabe esta pandemia, se necesitará continuar haciendo investigación biomédica en tres áreas principales. El desafío será hacerlo siguiendo un modelo de ciencia más descentralizado y cooperativo, y que con ello refuerce capacidades en los países en desarrollo.

La primera área es la de los tratamientos específicos. Si bien uno de los mayores logros del último año ha sido el desarrollo de vacunas, una de las mayores decepciones ha sido la falta de tratamientos eficaces para prevenir casos graves de la enfermedad. Por el momento, el único fármaco *reciclado* que ha demostrado reducir significativamente la mortalidad en casos críticos es la dexametasona. Los anticuerpos monoclonales han demostrado ser eficaces cuando son administrados en las primeras fases de la enfermedad, pero su elevado coste y dificultad de producción hace que no se puedan utilizar de manera masiva. Urge encontrar o desarrollar medicamentos baratos, de preferencia orales, que se puedan tomar en el momento en que aparecen los primeros síntomas y que eviten la hospitalización. En este sentido, el ensayo clínico **ANTICOV**, que se está llevando a cabo en África, es un buen ejemplo de cooperación internacional para encontrar medicamentos eficaces y baratos que respondan a las necesidades de países de bajos recursos. El ensayo **SOLIDARITY** deberá servir de base para establecer un marco que permita realizar futuros ensayos clínicos a nivel global de manera rápida y coordinada.

La segunda área corresponde a las vacunas de segunda generación. Las primeras vacunas aprobadas contra la COVID-19 usan tecnologías innovadoras que no están al alcance de muchos países. Desarrollar vacunas a base de ARN mensajero es, sobre el papel, más rápido y fácil que desarrollar vacunas a base de proteínas o virus enteros (basta con sintetizar la secuencia de ARN o ADN viral en cuestión), pero requieren de tecnología e infraestructuras que no están al alcance de muchos de los países tradicionalmente considerados productores de vacunas, como India o Brasil, quienes están

desarrollando sus propias vacunas usando tecnologías más clásicas.

Para acabar con la pandemia actual, urge distribuir mejor las dosis existentes y aumentar la producción de las vacunas ya aprobadas. Pero a más largo plazo, y para controlar futuros brotes de este u otros virus emergentes, será necesario promover la transferencia de estas tecnologías avanzadas (ARN mensajero, vectores virales, nanopartículas virales) y poner en marcha plantas de producción en países de renta media y baja para garantizar su propia producción de vacunas. Afortunadamente, hay varias iniciativas que van en este sentido. La [Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias](#) (CEPI) aportó financiación a varias de las vacunas COVID-19 que ya llegaron al mercado y anunció una inversión adicional de 20 millones de dólares para desarrollar vacunas COVID-19 de segunda generación, que sean más fáciles de producir y distribuir en diferentes contextos. Un ejemplo

PARA CONTROLAR FUTUROS BROTES Y OTROS VIRUS EMERGENTES SERÁ NECESARIO PROMOVER LA TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍAS AVANZADAS Y PONER EN MARCHA PLANTAS DE PRODUCCIÓN EN PAÍSES DE RENTA MEDIA Y BAJA PARA GARANTIZAR SU PROPIA PRODUCCIÓN DE VACUNAS.

de este tipo de vacunas es la diseñada por el [Baylor College of Medicine](#), que puede producirse de manera fácil y asequible en países de renta media y baja, y ya se está probando en India y otros países. Por su parte, la [Unión Africana](#) anunció un partenariado para aumentar la capacidad de producción de vacunas en el continente. Y, a nivel global, la liberación de patentes para las vacunas gana apoyos, lo cual también facilitaría alcanzar este objetivo.

El diseño de vacunas más duraderas o efectivas contra nuevas variantes del SARS-CoV-2 requerirá mantener el esfuerzo de cooperación internacional realizado con GISAID y establecer una red similar a la que ya tiene la OMS para la vigilancia y respuesta a la influenza ([GISRS](#)), con el fin de identificar variantes y hacer recomen-

daciones sobre el diseño de las vacunas. Esto implica reforzar las capacidades de secuenciación en muchos países del mundo.

La tercera área prioritaria es la relativa a la morbilidad asociada a la COVID-19. El impacto en la salud de este coronavirus no solo se cuenta en muertes. Un porcentaje considerable de personas (entre el 10% y el 15%) sufre de síntomas persistentes, y en ocasiones incapacitantes, meses después de la infección inicial. Un artículo publicado en [Nature](#) [estima](#) que el 30% de la carga sanitaria de COVID-19 podría deberse a la discapacidad, y no a la muerte. Para entender las causas, encontrar tratamientos adecuados y evaluar el impacto social y económico del síndrome de COVID-19 pos-

agudo (PACS, por sus siglas en inglés), será necesario fomentar y mantener la cooperación entre países con el fin de establecer cohortes internacionales de dichos pacientes, facilitando así estudios más sólidos sobre las causas de dicho síndrome, y probar posibles tratamientos. La Comisión Europea, por ejemplo, ha lanzado una convocatoria para apoyar el establecimiento y estudio de cohortes de pacientes COVID-19 a nivel europeo.

Conclusión

La investigación biomédica durante esta pandemia se ha beneficiado enormemente de la cooperación internacional, una tendencia que ya iba en aumento como indica el hecho que el número de publicaciones científicas con autores de varios países hubiera subido del 10% en el 2000 al 21,3% en el 2015.

Sin embargo, las tensiones geopolíticas entre China y los Estados Unidos (muchas de ellas ligadas a investigaciones para encontrar el origen del virus) pueden poner en riesgo futuras colaboraciones. De hecho, a pesar de la pandemia, el número de publicaciones confirmadas por autores de ambas potencias en las revistas del grupo *Nature Research* no aumentó en el último año.

**LAS TENSIONES
GEOPOLÍTICAS
ENTRE CHINA Y LOS
ESTADOS UNIDOS
PUEDEN PONER EN
RIESGO FUTURAS
COLABORACIONES
EN MATERIA DE
INVESTIGACIÓN
BIOMÉDICA.**

La defensa de intereses nacionales en aquellos países que dominan la escena de la investigación biomédica (gran parte de ella realizada con fondos públicos) no debería estar reñida con la responsabilidad de mantener abiertas las vías de colaboración internacional bajo una óptica de bien global y de equidad. En analogía con las vacunas, los beneficios de la cooperación para la salud global sobrepasan con creces los riesgos asociados.

Las iniciativas internacionales lideradas por organismos multilaterales pueden jugar un papel clave en mejorar la coordinación y la inversión en los esfuerzos científicos para el bien común, y algunas de ellas ya están mostrando su valor. La CEPI, creada en el 2017 para desarrollar vacunas contra virus emergentes, contribuyó a financiar el desarrollo de varias de las vacunas que ya llegaron al mercado, y junto con GAVI y la OMS, lanzó la plataforma **COVAX** para garantizar el acceso a dichas vacunas en países de renta baja y media. Esta iniciativa forma parte del **Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator**, también creada y liderada por la OMS junto con otros organismos y fundaciones internacionales, y busca apoyar el desarrollo y

distribución equitativa de pruebas diagnósticas, tratamientos y vacunas contra la COVID-19. Finalmente, el mecanismo de acceso mancomunado a las tecnologías (C-TAP), también lanzado por la OMS el año pasado, es una plataforma para facilitar la transferencia de conocimiento, datos y propiedad intelectual relativas a productos médicos para la COVID-19.

Más allá de las vacunas, el gran logro del combate actual contra la pandemia sería el de catalizar la implementación de un marco internacional de I+D más colaborativo e inclusivo con el fin de responder mejor a futuras amenazas para la salud global. De modo que, en la próxima tormenta, estemos todos en el mismo barco.

LOS PUNTOS CRÍTICOS DE LA VACUNACIÓN: PATENTES, PRODUCCIÓN Y ACCESO UNIVERSAL

La crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragilidad de nuestros sistemas de alerta y de nuestras capacidades de gestión de la salud global, pero también ha puesto en valor la investigación científica, la innovación y la cooperación internacional para lograr vacunas eficaces con una rapidez impensable. Sin embargo, si no se acelera la producción y distribución global de vacunas, estos esfuerzos podrían ser insuficientes para conseguir el reto de tener al menos el 70% de la población mundial protegida a finales de 2021.



Joan Bigorra

Director de Innovación,
ISGlobal.

Asesor Senior de
Innovación, Hospital Clínic
de Barcelona

CIDOB REPORT

07- 2021

La falta de equidad en salud es un tema trascendente y recurrente. La industria de la salud en general ha orientado sus recursos de Investigación y Desarrollo (I+D) a aquellas sociedades con capacidad y disposición a pagarlos. Ello se ha traducido en inequidad y abandono de algunas enfermedades propias de los países de renta baja como la malaria, la tuberculosis o la leishmaniosis entre otras. También quedan al margen algunos grupos de población en países desarrollados. Con medicamentos oncológicos cuyo precio multiplica por cinco o por diez el salario anual medio se empieza a hablar de **toxicidad financiera**.

Esta inequidad se ha combatido en los últimos años gracias al esfuerzo de diversos agentes, en especial varias ONG. Los avances han sido discretos, aunque no por ello menos meritorios.

Con la COVID-19 nos encontramos ante una situación distinta. La falta de equidad ya no es un

problema de los que la sufren, sino de todos. La velocidad y facilidad de contagio del SARS-CoV-2, así como sus devastadoras consecuencias en plena globalización, fomentan la convicción que la salida de esta pandemia debe ser global y que es imperativo vacunar de forma rápida a la mayoría de la población mundial, a la vez que se desarrollan tratamientos eficaces y accesibles. Ello plantea retos colosales en clave geopolítica, entre los cuales se encuentran cuestiones de política industrial.

El statu quo previo a la pandemia

La mayoría de avances en ciencias biomédicas y descubrimientos de nuevos mecanismos de acción de las últimas tres décadas se producen en centros académicos, y su desarrollo clínico se realiza en los grandes hospitales de los sistemas sanitarios en su mayoría públicos o sin afán de lucro. En cambio, la industria de la salud, mayoritariamente en manos privadas y con un fuerte músculo financiero, es la que acapara la capacidad de gestión de proyectos, de producción y de comercialización de acuerdo con los estrictos requerimientos regulatorios a escala global.

Siendo la tecnología de la salud un bien prioritario y teniendo en cuenta las inversiones que requiere su comercialización, la industria requiere de incentivos que faciliten el retorno de la inversión y beneficios adecuados para su supervivencia en economías de mercado. El principal incentivo de que disfruta la industria de la salud, al igual que otros sectores de alta tecnología, es la protección de la propiedad industrial, generalmente en forma de patentes, que otorgan la exclusividad para fabricar y comercializar el nuevo producto durante un periodo de tiempo.

Esto crea una situación de monopolio que suele traducirse en precios elevados y, por consiguiente, dificultades de acceso. Esta situación se mantiene a pesar de que entre los años 2000 y 2018, y según un riguroso análisis publicado en la prestigiosa revista *JAMA*, generaba beneficios en el ámbito farmacéutico muy superiores a otras industrias que disfrutaban igualmente de la protección intelectual. Este estudio señalaba que las 35 grandes empresas farmacéuticas que cotizan en la bolsa de Nueva York habían reportado un margen bruto del 76,5% frente al 37,4% de un grupo de 357 empresas del S&P500, un EBITDA (Earnings Before Interest Taxes Depreciation and Amortization) del 29,4% frente al 19% y un margen de beneficio neto sobre ventas del 13,8% frente al 7,7% del resto de empresas. Parece, por lo tanto, que el incentivo de las patentes farmacéuticas tiene un rendimiento excepcional y un retorno económico más que razonable.

La introducción en 1980 de la **Bayh Dole Act** en Estados Unidos sobre innovaciones producidas gracias a la aportación de fondos públicos ha supuesto un gran cambio para la industria. Los riesgos de las fases iniciales de investigación básica los han ido asumiendo, principalmente, los centros académicos y las empresas *start-ups* asociadas y, una vez el producto entra en fase de pruebas –y por tanto se reduce el riesgo–, lo adquieren las empresas del sector. Por ejemplo, el informe de tendencias globales en I+D del instituto **IQVIA**, señalaba que, en el año 2020, el 64% de las moléculas en desarrollo en las grandes corporaciones farmacéuticas procedían de pequeñas empresas *start-ups* biomédicas de base académica.

La respuesta inicial a la pandemia

La respuesta médica a la pandemia ha sido un hito extraordinario, sin ningún precedente conocido. Las primeras vacunas se desarrollaron en siete meses frente a los nueve años habituales. Este logro indiscutible se debió a dos factores.

El primero, décadas de investigación básica financiada con fondos públicos que permitieron secuenciar el material genético del SARS-CoV-2 en cuestión de días. Y los trabajos académicos sobre el ARNm de la Dra. **Katalin Karikó** proporcionaron el conocimiento a dos *start-ups*: Moderna en Estados Unidos y BioNTech en Alemania (con Pfizer), para desarrollar sus vacunas en cuestión de semanas. Las investigaciones sobre adenovirus como vector para transportar material genético de la Universidad de Oxford fueron la base de la vacuna de AstraZeneca.

Y el segundo es el gran esfuerzo de colaboración público-privada a través de COVAX, analizado en más detalle en el capítulo de Rafael Vilasanjuan, donde la comunidad internacional se ha volcado en el esfuerzo por desarrollar productos industriales para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la COVID-19, introduciendo criterios de equidad que hasta el momento se han incumplido.

El esfuerzo económico ha sido excepcional. La inversión en I+D durante los 10 primeros meses de 2020 multiplicó por cuatro el gasto anual combinado contra el VIH-SIDA, la malaria y la tuberculosis en el período 2007-2018. El caso más significativo es la llamada Operación Velocidad de la Luz (*Warp Speed*) a través de la cual el Gobierno de los Estados Unidos adelantó a la industria 12.000 millones de dólares.

**A FINALES DEL 2020,
LA COMUNIDAD
CIENTÍFICA TENÍA
ABIERTAS LÍNEAS DE
INVESTIGACIÓN PARA
EL DESARROLLO DE
1.052 PRODUCTOS
RELACIONADOS
CON LA COVID-19:
469 DIAGNÓSTICOS,
362 TERAPIAS Y 221
VACUNAS.**

El resultado fue inmediato. A finales del 2020, la comunidad científica tenía abiertas líneas de investigación para el desarrollo de 1.052 productos relacionados con la COVID-19: 469 diagnósticos, 362 terapias y 221 vacunas (con seis de cada diez dólares invertidos en la investigación de vacunas), la mayoría de ellos dirigidos desde países occidentales desarrollados, pero también desde China (168 proyectos), Corea del Sur (47) o India (31). España era la base de 13 proyectos de investigación.

De acuerdo con la información recogida por [Policy Cures](#) la casi totalidad (92%) de los recursos invertidos en estas partidas procedía de los presupuestos públicos de Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Canadá, Japón y la Unión Europea, entre otros. Esto sin contar los fondos públicos o los miles de millones de presupuestos gubernamentales invertidos en compras adelantadas de vacunas o en la expansión de la producción industrial. En este escenario, y con una gran parte de los riesgos cubiertos por presupuestos públicos, la industria escaló su producción, un esfuerzo muy necesario, pero todavía insuficiente.

¿Y ahora qué?

Tras un año 2020 de vértigo, el año 2021 empezó visualizando la inequidad en la distribución de las vacunas. Según la OMS, a fecha de 5 de mayo 2021 y contrariamente a los objetivos de equidad pactados en el COVAX, el 80% de los aproximadamente 1.100 millones de dosis de vacuna producidas habían sido administradas en países de renta media y alta, en parte porque COVAX no ha tenido la misma capacidad financiera que unos países ricos que han acaparado las compras. Una vez sus sociedades alcanzan niveles altos de inmunización, estos mismos países donan vacunas a COVAX, pero no parece suficiente para alcanzar una solución rápida y justa. Y ante esta constatación se plantean varias alternativas.

La primera, la llamada de la [OMS](#) para dotar a COVAX –el mecanismo multilateral que vela por la equidad en el acceso a las vacunas– de una aportación adicional de 2.000 millones de vacunas, adicionales a los 1.300 millones que ya estaban comprometidos para junio 2021. Este esfuerzo sería suficiente para vacunar a los profesionales esenciales, a la población de mayor riesgo y a hasta a un 30% de la población adulta en los países de rentas bajas. La OMS pide además liberalizar las cadenas de suministro eliminando las barreras arancelarias, las medidas de control de la exportación y otros trámites burocráticos que bloquean o ralentizan el suministro y la distribución de vacunas y de sus materias primas y componentes esenciales.

Otra alternativa es la propuesta de muchos países –liderados desde octubre de 2020 por India y Sudáfrica y a los que en 2021 se sumó Estados Unidos– y de organizaciones sanitarias y humanitarias para suspender temporalmente las patentes relacionadas con los productos sanitarios y medicamentos que permiten luchar contra la COVID-19. No es una propuesta desenfocada, ya que los tratados internacionales de protección de la propiedad industrial y del libre comercio, así como la legislación de la mayoría de países, contempla la posibilidad de suspender las patentes y/o de obligar a conceder licencias obligatorias en situaciones de emergencia sanitaria como lo es esta pandemia. Lo extraordinario de la situación actual es que Estados Unidos apoya estas declaraciones, no por un problema interno de acceso a la vacunación, sino por su convencimiento de que en un mundo globalizado la vacunación en este país, por masiva que sea, no protegerá a sus ciudadanos ni a su economía a medio plazo. Si la vacunación a escala mundial no es suficiente, seguirán apareciendo cepas con mutaciones que pueden poner en peligro la eficacia de las primeras campañas de vacunación.

¿Cuál es el camino?

Los fabricantes de vacunas contra la COVID-19 han hecho una estimación de que su capacidad conjunta de producción alcanzará los 12.000 millones de dosis de vacunas en 2021, según refiere el sistema de seguimiento del [Centro de Innovación en Salud Global de la Universidad de Duke](#).

¿Dónde se producirían estos 12.000 millones de dosis? El Serum Institute of India es el principal productor en el país líder en producción de vacunas de todo tipo. Se estima que dos tercios de la población infantil mundial recibe vacunas de este instituto, que en abril de 2021 anunció un aumento de su capacidad para producir cuatro vacunas diferentes de coronavirus, algunas de ellas fabricadas sin concluir la tercera fase de ensayos clínicos y, por lo tanto, sin haber recibido la aprobación regulatoria. Destaca el incremento de la producción de la vacuna de AstraZeneca, que fabrica bajo licencia, hasta los 100 millones de dosis mensuales, muchas de ellas para países de renta baja que ahora ven comprometido su suministro por la gravedad de la situación de la pandemia en el país productor.

NO ESTÁ CLARO QUE SE ALCANCE EL GRAN VOLUMEN DE DOSIS NECESARIAS PARA VACUNAR AL 70% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL ANTES DE 2022. Y ES AQUÍ DONDE ENTRARÍA LA CUESTIÓN DE LAS PATENTES, EN LA MEDIDA QUE SU SUSPENSIÓN TEMPORAL PUDIESE FAVORECER LOS OBJETIVOS DE PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN.

Para el 2021, los planes de producción más ambiciosos hablan de 1.000 millones de dosis de Moderna y 750 millones de dosis de BioNTech-Pfizer, fabricadas en Estados Unidos y en Europa, algo más de 3.000 millones de dosis de AstraZeneca producidas en el Reino Unido y la India, alrededor de 1.000 millones de la vacuna Sinopharm desarrollada y fabricada en China que quizá se produzca próximamente en algún país africano, posiblemente Marruecos, y algo más de 1.200 millones de dosis de la vacuna rusa Sputnik V producidas en Rusia y, posiblemente, en Argentina. A estas cantidades hay que añadir el escalado de producción de los nuevos entrantes como Janssen, entre otros. En España existen cuatro plantas farmacéuticas que contribuirán en algunos pasos de la producción de las vacunas de Moderna (Rovi, en Madrid), AstraZeneca (Insud Pharma, en Azuqueca de Henares, Guadalajara), Janssen (Reig Jofre, en Sant Joan Despí en Barcelona) y Novamax (Biofabri, en O Porriño, Pontevedra).

Una novedad positiva es que continentes como África o Sudamérica, especialmente castigados por la pandemia y que hasta ahora han recibido un porcentaje minúsculo de las vacunas disponibles, empezarán a tener plantas de producción en los próximos meses. Incluso así, no está claro que se alcance el gran volumen de dosis necesarias para vacunar al 70% de la población mundial antes de 2022. Y es aquí donde entraría la cuestión de las patentes, en la medida que su suspensión temporal pudiese favorecer los objetivos de producción y distribución de vacunas con mayor rapidez y aumentar las probabilidades de alcanzar este objetivo.

Es cierto que la protección de la propiedad industrial es crucial para incentivar el desarrollo industrial y la comercialización de medicamentos. De ahí que no se proponga abolirla, sino suspender la validez de la protección de la propiedad industrial relacionada con la producción de las vacunas contra la COVID-19 y de sus componentes e ingredientes durante el tiempo que sea necesario para no poner barreras a la vacunación masiva mundial en el menor tiempo posible. Posiblemente, la tecnología de vacunas de ARNm (BioNTech/Pfizer y Moderna) quede por ahora fuera del alcance de muchos países, pero otras tecnologías como los vectores virales sí que podrían ser accesibles rápidamente.

Suspender durante un tiempo la protección de la propiedad industrial en las condiciones anteriormente mencionadas supondría, además, eliminar el temor a posibles litigios futuros, algo que sin duda podría estar frenando iniciativas valiosas en estos momentos.

Ello debería acompañarse también de estímulos para la transferencia de tecnología y licencias obligatorias según los casos, así como de otras medidas adicionales tales como:

- Incrementar de forma sustancial las aportaciones a COVAX.
- Asegurar la libre circulación de productos y servicios relacionados con la producción y distribución de vacunas entre todos los países.
- Potenciar el seguimiento epidemiológico y genómico de nuevas variantes.
- Dotar de medios a los sistemas de salud menos desarrollados para reforzar su capacidad de vacunación.

El esfuerzo económico adicional de estas medidas ha sido cuantificado por el **Fondo Monetario Internacional** en 50.000 millones de dólares. Es una cantidad de recursos importante, pero el coste de no hacer lo que sea necesario en estos momentos será infinitamente mayor en vidas, en sufrimiento, en empobrecimiento general de la población y en conflictos migratorios y sociales.

Conclusión

La respuesta inicial a la pandemia ha abierto un camino posible para su control, pero sigue lleno de retos. Ahora es el momento de tomar decisiones de alcance para responder de la única manera posible: hacer lo que sea necesario para conseguir la vacunación del 70% de la población mundial a finales de 2021. De no hacerlo, el coste en vidas, salud, estabilidad y progreso social será inasumible.

TRAGEDIAS HUMANITARIAS Y CONFLICTOS ININTERRUMPIDOS EN TIEMPOS DE LA COVID-19

Cuando estalló la pandemia, la ONU lanzó un llamamiento a un alto al fuego mundial para poder ayudar a gestionar la emergencia sanitaria. No solo duró poco tiempo, sino que el coronavirus ha diezmado algunas zonas en conflicto, agravando todo tipo de crisis humanitarias. El fin de la pandemia no traerá esperanza salvo que, al mismo tiempo, se logren avances en la seguridad sanitaria y alimentaria, en la armonía social, la gestión de la de movilidad y en los procesos de paz.



El espejismo del alto al fuego sanitario

Pol Bargaés

Investigador principal,
CIDOB

**Sergio
Maydeu-
Olivares**

Investigador asociado,
CIDOB

CIDOB REPORT
07- 2021

El 23 de marzo de 2020, unos días después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara la COVID-19 como pandemia, el secretario general de la ONU, António Guterres, instó a acordar y respetar un alto al fuego en todos los conflictos del mundo. El resultado, aunque circunstancial, fue significativo. Estados, organizaciones regionales y de la sociedad civil o líderes religiosos, apoyaron el anuncio de Guterres. En las primeras semanas, las partes en conflicto en Camerún, República Democrática del Congo, Colombia, Libia, Birmania, Filipinas, Sudán del Sur, Sudán, Siria, Ucrania y Yemen, aceptaron y respetaron el cese de hostilidades para poder luchar contra la pandemia de coronavirus.

Fue un espejismo. En Colombia, el Ejército de Liberación Nacional lanzó nuevos ataques a finales de abril. En Camerún, el Gobierno continuó con sus incursiones militares. En Ucrania se acató la

propuesta de Guterres, pero las hostilidades continuaron durante meses hasta que se hizo efectivo el alto al fuego a finales de julio. En Filipinas, como en Yemen, la tregua apenas duró. A pesar del **optimismo inicial** de que la pandemia pudiera forzar a partes enfrentadas a cooperar y avanzar hacia la paz, los conflictos prosiguieron.

Aunque algunas de las suspensiones de las acciones militares sirvieron, tal como afirma **International Crisis Group**, para focalizar esfuerzos en la urgencia sanitaria durante 2020 y la primera mitad de 2021, luego se comprobó hasta qué punto se habían intensificado las presiones estructurales en sociedades en conflicto. Es decir, no es solo que la tregua durase poco tiempo, sino que el coronavirus estaba haciendo estragos en las zonas de guerra, agravando tres tipos de crisis humanitarias: sanitaria, alimentaria y de movilidad. Con ellas han aumentado los niveles de vulnerabilidad e inseguridad de las personas, alimentando también el descontento social.

A PESAR DEL OPTIMISMO INICIAL DE QUE LA PANDEMIA PUDIERA FORZAR A PARTES ENFRENTADAS A COOPERAR Y AVANZAR HACIA LA PAZ, LOS CONFLICTOS PROSIGUIERON.

No todo es coronavirus

Tal como se observa en otras contribuciones a este volumen, buena parte de los debates sobre la geopolítica de la salud se centran en cómo acelerar la producción y distribución de las vacunas para abastecer a los países con menos recursos, y así frenar el coronavirus globalmente. Es un tema central que puede desviar la

atención de otras emergencias sanitarias, especialmente presentes en países en conflicto. Durante este año largo de pandemia se han interrumpido programas de vacunación –como el sarampión, el cólera, la fiebre amarilla, la poliomielitis, la meningitis o el papiloma humano– en varios países del mundo. Se ha retrocedido años en la lucha contra estas enfermedades y en el trabajo en salud pública que hay detrás.

Así, mientras la COVID-19 acapara buena parte de los recursos disponibles, «se está propagando el monstruo más grande de todos. Y no es el coronavirus», como titulaba un artículo del *New York Times* de agosto de 2020. Este monstruo es la tuberculosis, que mata a un millón y medio de personas cada año. Según la **Alianza Stop Tuberculosis**, más de un millón de personas no pudieron ser diagnosticadas ni tratadas en todo el mundo de esta enfermedad, revirtiendo el trabajo realizado durante los últimos 12 años. Nueve países, que representan el 60% de la carga mundial de tuberculosis, sufrieron disminuciones significativas en el diagnóstico y el tratamiento. Muchos de estos países, como Ucrania, Birmania o

Filipinas, están afectados por el conflicto. Además, la mortalidad por la COVID-19 es tres veces mayor en las personas infectadas por tuberculosis, como estiman algunos estudios procedentes de la India y Sudáfrica. Lluve sobre mojado.

No solo son enfermedades las que han debilitado los países en conflicto durante la pandemia. «Vamos a morir de hambre y no de coronavirus» era el título de otro demoledor artículo del *New York Times* de abril de 2020, donde relataba auténticos dramas de escasez de alimentos en Kenia, India o Colombia. El estudio de la Red Mundial contra las Crisis Alimentarias (GNAFC, por sus siglas en inglés) destaca que hacía cinco años que los niveles de hambre no eran tan altos: se ha alcanzado la cifra de 155 millones de personas en los 55 países analizados, 20 millones más que en 2019. Al contrario que las hambrunas anteriores, las causas de esta han sido globales: desde las medidas para luchar contra la COVID-19 (estados de alarma, cierre de fronteras, restricciones en rutas comerciales), al colapso económico global y cambios en las cadenas de suministro de alimentos, sumado a los infortunios de los más desfavorecidos que se quedaron sin trabajo, sin prestaciones, sin transporte, o sin hogar.

Esto es especialmente gravoso en entornos frágiles que padecen violencia e inseguridad endémicas, donde las crisis se entrelazan y las soluciones propuestas generan nuevos problemas. Por ejemplo, el cierre de escuelas frenó la curva de contagios del coronavirus, pero aumentó la desnutrición infantil de forma significativa. En América Latina y el Caribe, cerca de 85 millones de niños y niñas se vieron privados de los programas de alimentación escolar durante meses, según alertó la FAO. El aumento de los precios de los alimentos que se está produciendo en el último año, especialmente de la cesta básica de la compra, está agudizando todavía más la inseguridad alimentaria en muchos países inmersos en crisis humanitarias. Según los datos de la FAO, los precios de los alimentos han subido cerca de 30 puntos, de forma ininterrumpida, mes a mes. Esto tiene un impacto directo en la calidad de la alimentación de millones de personas, que recurren a alimentos más baratos y accesibles, en detrimento de otros que son nutricionalmente mejores.

Como explica en mayor detalle Gonzalo Fanjul en su capítulo, los flujos migratorios internacionales disminuyeron drásticamente en 2020, a causa del cierre de fronteras y otras medidas restrictivas de la movilidad aplicados por los gobiernos, así como por la contracción de la economía y disminución de la demanda de trabajadores. Pero las causas para emigrar se multiplicaron en forma de tragedias humanitarias y conflictos ininterrumpidos. Las cifras de desplazados forzados están volviendo a subir. En la frontera sur de

Estados Unidos, por ejemplo, ha crecido exponencialmente la llegada de menores migrantes no acompañados en los tres primeros meses de 2021, como relata un informe de [Naciones Unidas](#). Estos niños y adolescentes migrantes provienen de zonas afectadas por la inseguridad física y alimentaria de Honduras, Guatemala, El Salvador y el propio México. Según el informe, las restricciones por la COVID-19 han empeorado la situación de estos niños y niñas que han sido expulsados de sus tierras, víctimas de todo tipo de violencia y explotación durante el viaje. Al llegar a México tampoco han recibido la suficiente protección, ni se han respetado sus derechos, ni se les han ofrecido oportunidades.

A pesar de que hubo un descenso en flujos internacionales, a finales de 2020 había 55 millones de desplazados internos en el mundo, según datos del [Internal Displacement Monitoring Centre](#). Son cifras jamás antes regis-

EL CORONAVIRUS, COMO SI ACTUARA INVISIBLE Y SUBTERRÁNEAMENTE, HA AUMENTADO LAS PRESIONES SOCIOECONÓMICAS EN ESCENARIOS DE CONFLICTO.

tradas. 48 millones de desplazados fueron en zonas de conflicto, la mayoría en el norte de África, África Subsahariana y Oriente Medio. Hubo millones de desplazados en Etiopía, producto de los enfrentamientos entre las fuerzas de Tigray y el ejército federal, que se sumaron a otros millones de desplazados de los conflictos de larga duración como Afganistán, Colombia, Siria, Somalia, o República Democrática del Congo. También hubo millones de desplazados internos por desastres naturales. Por ejemplo, el ciclón tropical Amphan, que impactó en

el delta del Ganges en mayo de 2020, causó cinco millones de desplazados en Bangladesh, Bután, India y Birmania. Y todo esto en un contexto de emergencia sanitaria internacional.

Crisis que multiplican sus efectos

Lo más preocupante es que las crisis sanitarias, alimentarias o de movilidad suceden simultáneamente en lugares frágiles, donde las hostilidades no han cesado a pesar de tener que luchar contra el coronavirus. Mientras que ha habido esfuerzos regionales e internacionales colectivos para frenar los contagios, para producir y distribuir las vacunas y para la recuperación económica, el coronavirus, como si actuara invisible y subterráneamente, ha aumentado las presiones socioeconómicas en escenarios de conflicto. En 2020 y 2021, las crisis se multiplican y se solapan en un mundo segmentado geográficamente, donde los territorios más vulnerables, previamente afectados por conflictos y otros dramas humanitarios, sufren un mayor deterioro.

De poco servirá que países ricos logren vacunaciones masivas e inmunidad de grupo en 2021 si la pandemia no se combate en todo el mundo. Al mismo tiempo, tampoco será suficiente dar respuesta al coronavirus en sociedades en conflicto sin ver que otras crisis y emergencias se han agudizado, impidiendo avances en materia de estabilidad, armonía social y procesos de paz. A corto plazo, es imprescindible que la distribución de las vacunas no añada una nueva dimensión de desigualdad y logre destensar los sistemas de salud de muchos países que deben afrontar varias crisis de forma simultánea. Asimismo, también es necesario apoyar los esfuerzos de las agencias internacionales, gobiernos y otras organizaciones para mitigar el impacto socioeconómico de la pandemia en los entornos más frágiles.

SALUD Y MOVILIDAD: LA COVID-19 ES UNA PODEROSA RAZÓN (MÁS) PARA RECONSIDERAR UN MODELO MIGRATORIO ROTO

Más allá de reducir los movimientos de personas a mínimos históricos, la crisis de la COVID-19 ha intensificado los vínculos entre migraciones y salud. Los migrantes y refugiados no solo han sido desproporcionadamente golpeados por la crisis sanitaria y económica, sino que han demostrado su papel insustituible en las estrategias de respuesta. El modelo migratorio prevalente ha magnificado los riesgos y minimizado las oportunidades.



Gonzalo Fanjul

Director de Análisis,
ISGlobal

CIDOB REPORT
07- 2021

El desplazamiento internacional de personas es incompatible con una respuesta a la COVID-19 basada en el confinamiento y el cierre de fronteras. Este es el impacto principal de la crisis, que durante estos meses ha visto desplomarse la movilidad internacional en todas sus categorías. Pero la pandemia ha actuado también como un cristal de aumento sobre las principales variables que vinculan los movimientos de personas con la salud global. Estas tienen que ver con la vulnerabilidad de las comunidades migrantes, con su papel en algunas de las capacidades laborales esenciales en nuestra sociedad y con la relevancia de las migraciones como palanca del desarrollo. Cada uno de estos factores ha recibido una sacudida durante los últimos meses, poniendo en evidencia la necesidad de una reforma.

Escasos, vulnerables e imprescindibles: impacto de la COVID-19 en las migraciones

A finales de marzo de 2020, las autoridades nacionales y subnacionales de todo el planeta

habían impuesto un total de 43.000 medidas de restricción de los movimientos, según indica el [informe sobre el estado de la movilidad global](#) de la Organización Internacional de las Migraciones (OIM) y del Migration Policy Institute. Los desplazamientos en avión durante los meses de abril y mayo de ese año habían caído un 92% con respecto al mismo período del año anterior, y las agencias de control de fronteras de todo el mundo reportaron mínimos sin precedentes en los intentos de acceso irregular transfronterizo.

Con matices, esta tendencia se ha mantenido a lo largo de los meses siguientes y hasta el día de hoy. Con la excepción de algunas rutas calientes como la de África Occidental-Canarias –más relevantes por su intensidad que sus magnitudes absolutas–, los datos de la [OIM](#) y de la [OCDE](#) para el primer semestre de 2020 sugieren una caída dramática en el número de

CON LA EXCEPCIÓN DE ALGUNAS RUTAS CALIENTES COMO LA DE ÁFRICA OCCIDENTAL, LOS DATOS DE LA OIM Y DE LA OCDE PARA EL PRIMER SEMESTRE DE 2020 SUGIEREN UNA CAÍDA DRAMÁTICA EN EL NÚMERO DE PERMISOS MIGRATORIOS CONCEDIDOS Y EN LAS SOLICITUDES DE ASILO.

permisos migratorios concedidos (una media del 45% en los países del G-20) y en las solicitudes de asilo (caída del 33% con respecto al mismo período del año anterior). También en los retornos de desplazados forzosos internos (-72%), refugiados (-22%) y otros migrantes, a pesar de que el número de personas varadas y las solicitudes de repatriación crecieron de forma exponencial.

Para quienes ya vivían como migrantes económicos y refugiados en un país tercero, la pandemia ha hipertrofiado vulnerabilidades sanitarias y socioeconómicas preexistentes. Las comunidades migrantes destacan entre los grupos vulnerables que han encajado un golpe más duro durante estos meses. Las dificultades para establecer medidas de distanciamiento social,

realizar su trabajo de forma remota o participar en actividades educativas a distancia han hecho mella sobre la salud, los ingresos y los derechos fundamentales de muchas familias. Una revisión de los primeros análisis de impacto realizada por la [OCDE](#) en octubre 2020 sugería que las tasas de contagio y mortalidad de las comunidades migrantes en los países ricos doblaban la media de la población autóctona.

En el caso de las personas en situación administrativa irregular, la desprotección se ha acentuado por la imposibilidad de acceder a los recursos excepcionales de protección (por ejemplo, ERTE o Ingreso Mínimo Vital, en el caso de España) o las dificultades prácticas para disfrutar de los servicios

sanitarios. El acceso a la vacuna contra la COVID-19 constituye un ejemplo ilustrativo de la insensatez de restringir el derecho universal a la salud.

Aunque la mayor parte de los países han incluido a los migrantes sin papeles en las estrategias de inmunización, existe el riesgo de que este derecho acabe contaminado por las medidas de control migratorio. Esta es la conclusión a la que llega la **OIM** en 53 de los 160 países estudiados. En Alemania, por ejemplo, la **Plataforma para la Cooperación Internacional de Migrantes Indocumentados (PICUM)** ha denunciado la práctica de reportar a las autoridades policiales a los migrantes que acudían a ser vacunados. La consecuencia lógica de este acoso es que muchos de ellos prefieran asumir el riesgo de un contagio al de una deportación. Es fácil entender por qué esto supone un problema para todos.

Pero los migrantes se han convertido en héroes de la pandemia, además de en sus víctimas. Desafiando todas las previsiones, el volumen de las remesas enviadas a sus países de origen se ha mantenido estable en medio de la tormenta económica global. El **Banco Mundial** estima en 540.000 millones de dólares los recursos remitidos por los trabajadores extranjeros a sus comunidades de origen, tan solo un 1,6% por debajo de año anterior.

LOS MIGRANTES SE HAN CONVERTIDO EN HÉROES DE LA PANDEMIA, ADEMÁS DE EN SUS VÍCTIMAS.

Esta contribución se extiende a los propios países de acogida. En todas las categorías de cualificación, con papeles y sin ellos, los trabajadores y trabajadoras extranjeros han jugado un papel insustituible en la respuesta a la COVID-19, tal como se indicaba en un informe del **Overseas Development Institute** publicado en marzo de 2021. Antes de la pandemia, la OMS estimaba en unos 3,7 millones de personas el número de trabajadores de la salud nacidos o formados en el exterior. **Datos oficiales** indican que los profesionales migrantes suponen el 11% de la fuerza laboral sanitaria en la UE, el 12% en Estados Unidos y el 17% en el Reino Unido. Los porcentajes son incluso más altos en sectores esenciales durante estos meses, como la economía de los cuidados (tanto en domicilios como en residencias), la recogida de fruta y verdura, los servicios alimentarios, o el reparto a domicilio. Estos empleos de primera línea se han traducido en infecciones y muertes de los propios trabajadores, pero también en el cuidado y aprovisionamiento de sociedades enteras.

Por gratitud o por interés propio, algunas sociedades de destino han fomentado la integración acelerada de los migrantes a través de procesos de regularización exprés. Este ha sido el caso de Portugal, Italia y Colombia, que pusieron en

marcha procesos más o menos amplios a lo largo de 2020. Otros, como Canadá y Estados Unidos, los están considerando. España, lamentablemente, no ha hecho ningún gesto en esta dirección, aunque eliminó algunas de las rigideces administrativas para los permisos laborales de **trabajadores agrícolas** y **jóvenes que cumplen los 18 años** tal como informaba *El País*. España acoge a una población sin papeles de entre 390.000 y 470.000 personas, de acuerdo con las **estimaciones más recientes**, un tercio de los cuales son menores de edad.

Reconsiderar un modelo migratorio roto

Ninguno de los retos migratorios ha desaparecido como consecuencia de la pandemia. Bien al contrario, muchos de ellos han cobrado aún más urgencia. Este es un resumen de los principales:

- *Reactivación y racionalización de los movimientos*: Los migrantes siguen necesitando empleo o protección. Los estados de acogida necesitan reactivar la recepción de trabajadores, mucho más en pleno proceso de recuperación económica. El retorno no solo debe considerar todas las precauciones de control epidemiológico –incluyendo los dilemas éticos y prácticos asociados a los pasaportes inmunitarios y las costosas pruebas–, sino corregir los errores del pasado. Europa y España necesitan mecanismos más flexibles e inteligentes para adaptar los flujos migratorios a las necesidades y obligaciones de los estados. La reforma del modelo de migración y asilo de la UE **constituye una oportunidad idónea** para identificar estas necesidades, formar las capacidades que puedan atenderlas (en el sector salud, por ejemplo) y abrir oportunidades reales para una migración legal, ordenada y segura. Este ejercicio de innovación política puede inspirarse en las numerosas **experiencias exitosas** que ya están desarrollando entidades nacionales y subnacionales dentro y fuera de la UE. El riesgo está en que las razones sanitarias se conviertan en una excusa añadida para limitar la movilidad de personas, utilizando de manera espuria herramientas como los pasaportes inmunitarios.
- *Detener el deterioro del sistema internacional de protección*: la **propuesta del gobierno socialdemócrata danés** de externalizar la acogida de refugiados es el penúltimo ejemplo del vaciamiento progresivo de las normas internacionales de protección. Este proceso incluye las devoluciones en caliente, la falsa identificación de niños como adultos o las lamentables condiciones de detención y deportación. Europa necesita poner fin a una inercia que se aceleró de manera preocupante tras la crisis de acogida de 2014-2016 y que amenaza con desencadenar un efecto dominó en otras regiones del mundo.

- *Desarrollar narrativas sustitutivas frente al discurso y las ideologías antiinmigración:* Una de las encrucijadas más delicadas, que en absoluto está restringida a la cuestión migratoria, tiene que ver con un debate público y político cada vez más desinformado, mentiroso y presa del odio. Lo que es aún más importante, espoleado por un movimiento nacionalpopulista organizado que se extiende como una mancha de aceite por Europa y fuera de ella, como ha denunciado la historiadora **Anne Applebaum**. Muchas de las características de este desafío son reconocibles en el debate sobre la COVID-19 y exigen respuestas similares a través de una firme posición de las instituciones públicas y los medios de comunicación frente al nacionalpopulismo y un pacto entre comunicadores y audiencia. Mucho más cuando la estigmatización de los recién llegados crecerá como consecuencia de una estrategia global de vacunación que castiga a sus países de origen.

Conclusión

El espíritu de los programas de transición hacia un mundo pospandemia enfatiza la necesidad de no volver simplemente al punto en el que estábamos antes de esta, sino de reconsiderar los principios que nos trajeron aquí. Es fácil entender esa lógica en ámbitos como el de la sostenibilidad ambiental, la gobernanza de las respuestas internacionales o la solidez de los sistemas de salud y preparación ante emergencias. Pero no son muchos los que aceptan la necesidad de no seguir cavando más hondo en un modelo de movilidad humana que multiplica los riesgos y jibariza las oportunidades para todas las partes involucradas. Es hora de que eso cambie.

GEOPOLÍTICA DE LA COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO: LA AGENDA 2030 TRAS LA PANDEMIA

La pandemia de la COVID-19 ha impactado negativamente en algunas metas de la Agenda 2030 relacionadas con salud, pobreza y desigualdad. Se han puesto de manifiesto las debilidades del modelo de desarrollo, la vulnerabilidad y la falta de capacidad de respuesta del actual sistema multilateral. Aunque la lógica de geopolítica cooperativa de la agenda de desarrollo es más necesaria que nunca para la gestión de las interdependencias, la reunión de los líderes del G-7 de 2021 ha mostrado que la geopolítica competitiva también tensiona la arquitectura de la ayuda internacional.



Anna Ayuso

Investigadora sénior,
CIDOB

CIDOB REPORT
07- 2021

El efecto de la pandemia

El efecto multidimensional de la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19 ha revitalizado el debate sobre el papel de la cooperación internacional y su contribución a la consecución de la Agenda 2030 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015. Los objetivos pre-pandemia para la gestión de las interdependencias y los bienes globales que están en la lógica de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) suponen una visión holística e integral del desarrollo que entronca con una visión cooperativa de la geopolítica. Es una agenda que tiene en cuenta la complejidad de los retos globales y busca adaptarse a la diversidad de necesidades, intereses y demandas planteadas por un contexto internacional más diverso, heterogéneo y plagado de incertidumbres. En la medida que la pandemia ha alterado el terreno de juego internacional y las prioridades de los principales actores, debemos plantearnos cuál será su efecto sobre la Agenda 2030.

La pandemia ha agudizado problemas estructurales del actual modelo de desarrollo. Ahora debería iniciarse una fase de recuperación o de reconstrucción en la que está por ver qué prioridad adquieren los diferentes objetivos de la Agenda 2030. Ámbitos como la salud, la pobreza y la desigualdad deberían ganar peso; y el debate sobre las carencias en infraestructura social de los países de renta media, fuertemente golpeados por la pandemia, ha regresado a primera línea. También quedó al descubierto la precariedad de las condiciones de trabajo en los países en desarrollo que ha dejado a millones de personas desamparadas, incluso en países de renta media a los que se suponía tener sistemas de protección social más desarrollados.

Una agenda de fortalecimiento institucional

Los objetivos de la agenda de desarrollo no han cambiado sustancialmente, pero se ha incrementado la brecha entre la ambición de las metas y los recursos necesarios para alcanzarlas. El repunte de la pobreza y la desigualdad, provocado por la crisis, obliga a impulsar un cambio de paradigma en favor de modelos de desarrollo más estables y menos vulnerables a los cambios de ciclo económico, crisis y catástrofes sobrevenidas. La pandemia ha contribuido también a reforzar el debate sobre el papel del Estado y las políticas públicas y la necesidad de que se establezcan sistemas de protección social universal que garanticen los derechos fundamentales de las personas. Eso sitúa al fortalecimiento institucional en el centro del debate sobre el uso de los fondos de la ayuda internacional y la asignación de los recursos de cooperación para el desarrollo dentro de un marco más amplio de la financiación del desarrollo.

ÁMBITOS COMO LA SALUD, LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD DEBERÍAN GANAR PESO; Y EL DEBATE SOBRE LAS CARENCIAS EN INFRAESTRUCTURA SOCIAL DE LOS PAÍSES DE RENTA MEDIA, FUERTEMENTE GOLPEADOS POR LA PANDEMIA, HA REGRESADO A PRIMERA LÍNEA.

El repunte de la pobreza y la desigualdad, provocado por la crisis, obliga a impulsar un cambio de paradigma en favor de modelos de desarrollo más estables y menos vulnerables a los cambios de ciclo económico, crisis y catástrofes sobrevenidas. La pandemia ha contribuido también a reforzar el debate sobre el papel del Estado y las políticas públicas y la necesidad de que se establezcan sistemas de protección social universal que garanticen los derechos fundamentales de las personas. Eso sitúa al fortalecimiento institucional en el centro del debate sobre el uso de los fondos de la ayuda internacional y la asignación de los recursos de cooperación para el desarrollo dentro de un marco más amplio de la financiación del desarrollo.

Durante las dos últimas décadas los criterios sobre el uso más eficiente de los recursos de la cooperación internacional han evolucionado. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2000 ponían el énfasis en la lucha contra la pobreza e instaban a concentrar los recursos de la cooperación internacional en los países más pobres. Sin embargo, los actuales ODS pretenden promover una acción colectiva compartida para alcanzar unos objetivos de desarrollo universales. Eso requiere una ingente movilización de recursos que van mucho más allá de los flujos de ayuda y un fortalecimiento del partenariado global del ODS 17, así como instituciones sólidas y eficaces, ya reclamadas por el ODS 16.

Abordar la brecha de la financiación

La cuestión de la financiación de una agenda tan ambiciosa como la de los ODS fue central en la III Conferencia sobre financiación del Desarrollo de Addis Abeba de 2015 y está incluida en el ODS 17. El déficit de financiación de los ODS ya era patente antes de la pandemia, tal como se constató en el *Diálogo de alto nivel para la financiación del Desarrollo de 2019*, pero los efectos de la COVID-19 lo han exacerbado porque, en primer lugar, se necesitan recursos adicionales para financiar la recuperación de las economías y la creación de empleo. En segundo lugar, una parte de estos recursos se dirigen fundamentalmente a apoyar la transición energética y digital, y no necesariamente a otros componentes sociales de la agenda de desarrollo. Tercero, muchos países en desarrollo estaban, ya antes de la crisis sanitaria, fuertemente endeudados por los efectos de la crisis financiera iniciada en 2008. Esa crisis se había saldado con una década de bajo crecimiento o, incluso, recesión. Eso les dejó muy poco margen fiscal para hacer frente a la pandemia y aún menos para financiar una recuperación que puede demorarse por los retrasos en las campañas de vacunación.

Como los ritmos de salida de la crisis y las situaciones de partida son muy dispares, no podemos hablar de un reto de financiación, sino de varios. Como mínimo, debemos diferenciar entre países de renta alta que han sido capaces de poner en marcha planes de estímulo, países de renta baja, para los que se han diseñado mecanismos internacionales de apoyo; y países de renta media, para los que la falta de liquidez va a ser una soga al cuello y no tienen garantizado el acceso a la ayuda internacional.

SE PRECISA DE REFORMAS E INICIATIVAS QUE MODIFIQUEN LAS ESTRUCTURAS DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL, YA QUE LAS ACTUALES HERRAMIENTAS NO PUEDEN ABSORBER LA CRISIS DE DEUDA SOBERANA QUE SE AVECINA.

Entre los primeros destacan la Unión Europea, que adoptó en febrero de 2021 el mecanismo de revitalización y resiliencia de 672.500 millones de euros, pilar principal de los fondos del paquete Next Generation EU y, con más recursos todavía, Biden consiguió en marzo aprobar en el Senado un plan de 1,9 billones de dólares para reactivar Estados Unidos. En cuanto al resto del mundo, la OCDE ha estimado en sus informes de 2021 que los países en desarrollo enfrentan un déficit extra de 1.700 millones de dólares de financiación para hacer frente a los efectos de la crisis y avanzar en la consecución de los ODS. Este agujero se suma a los 2.500 millones que se había calculado antes de la pandemia.

Países de renta media, como los de América Latina, han retrocedido dos décadas en los indicadores de pobreza y desigualdad, han incrementado el déficit fiscal y acumulan un servicio de deuda equivalente al 59% de sus exportaciones. Se precisa de reformas e iniciativas que modifiquen las estructuras de la financiación internacional, ya que las actuales herramientas no pueden absorber la crisis de deuda soberana que se avecina. Además de las medidas de emergencia directamente relacionadas con la pandemia, como el acceso a las vacunas, medicamentos y equipos de protección, la comunidad internacional debe prepararse para responder a las demandas de financiación. Según advirtió la secretaria general de la CEPAL, Alicia Bárcenas, una recuperación transformadora de la pandemia requiere una alianza que incluya a los países de ingreso medio en todas las formas de cooperación y financiamiento.

La reforma de la arquitectura de la deuda

Tras el golpe de la pandemia, toca fortalecer los instrumentos de financiación internacional para responder a futuras emergencias, tanto de las Naciones Unidas como de las organizaciones regionales. La mayoría de medidas de las instituciones internacionales se han dirigido los países menos favorecidos; como el aumento de los fondos del Fideicomiso para el crecimiento y la reducción de la pobreza del Fondo Monetario Internacional (FMI), que se creó en 2010 tras la crisis financiera global y que ha pasado de una media de 1.500 a 8.500 millones al año. El Banco Mundial y el FMI también instaron a los países del G-20 a crear la Iniciativa de suspensión del servicio de la deuda (DSSI, por sus siglas en inglés) para la que son elegibles 73 países, que entró en vigor el 1 de mayo de 2020 y se ha extendido hasta diciembre de 2021. En mayo de 2020, los primeros ministros de Canadá y Jamaica y el secretario general de Naciones Unidas lanzaron la Iniciativa de Financiamiento para el Desarrollo en la Era de COVID-19 y Más Allá (FfDI) para identificar y promover soluciones de financiamiento concretas para la COVID-19 en temas de salud y emergencia, haciendo un llamado a paliar la falta de liquidez de los países en desarrollo.

Sin embargo, estas medidas no son suficientes para los países de renta media. En marzo de 2021, Naciones Unidas publicaba el informe «Soluciones a problemas de liquidez y deuda para invertir en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es el momento de actuar» en el que se ponía de manifiesto que la «actual arquitectura de la deuda ha sido ineficaz a la hora de prevenir episodios repetidos de acumulación de deuda insostenible y de reestructurar las deudas, en caso necesario, de manera eficiente, justa y duradera», lo cual impide invertir en desarrollo sostenible y potenciar la resiliencia del sistema financiero. Esto afecta sobre todo a países de renta media que quedan fuera de las medidas dirigidas a los países menos avanzados y que habían sido dados por «graduados» del sistema de cooperación.

La presidencia italiana del G-20 organizó en mayo de 2021 una cumbre especial que finalizó con la **Declaración de Roma**, en la que se señalaba la necesidad de reforzar la Agenda 2030 y se subrayaba la importancia de los esfuerzos multilaterales para satisfacer las necesidades de financiamiento de los países de ingresos bajos y medianos, incluida la **emisión de Derechos Especiales de Giro por parte del FMI** y una **reposición ambiciosa de la Asociación Internacional de Fomento**. Por su parte, el G-7 en su primer encuentro presencial tras la pandemia acordó la **Declaración de Carbis Bay** el 12 de junio de 2021, en la que –además de señalar la necesidad de dar respuesta a la pandemia y tomar medidas para poder dar respuestas a futuras crisis– se llamaba a una mejor coordinación de las instituciones financieras internacionales para promover la recuperación. También en la **Declaración de Andorra** de la XXVII Cumbre Iberoamericana de jefes de Estado y de Gobierno de 21 de abril de 2021 se hizo un llamado a reforzar los organismos multilaterales financieros con mecanismos y procesos de desembolso y de tratamiento de la deuda externa innovadores y flexibles.

Competición de modelos

La lógica cooperativa de las propuestas antes mencionadas tiene como contrapunto aspectos propios de la geopolítica competitiva. Sobre todo, en la medida que la cooperación para el desarrollo forma parte de los ámbitos en los que grandes potencias globales compiten entre ellas e intentan expandir su espacio de influencia. Un buen ejemplo lo encontramos en la reunión de junio de 2021 del G-7. Su plan de

«**Reconstruir mejor para el mundo en desarrollo**» puede verse como concurrente con la *Belt and Road Initiative* de China. Con este plan los mandatarios del G-7 aspiran no solo a responder a las necesidades de la recuperación, sino también a contrarrestar la creciente influencia china en el mundo en desarrollo a través de sus inversiones y préstamos. La propuesta del G-7 quiere movilizar 40.000 millones de dólares para impulsar proyectos en cuatro ámbitos: el clima, la seguridad sanitaria, la tecnología digital y la igualdad de género. Además de contar con fondos de instituciones financieras, pretende atraer la inversión privada.

En una lógica de competencia geopolítica, los líderes del G-7 han querido mostrar una posición de unidad frente a prácticas que consideran lesivas al orden liberal. Por ejemplo, aprovecharon la iniciativa para denunciar el trabajo forzado en algunas provincias chinas. No se trata solo de proteger sus industrias nacionales (que también), sino de defender un modelo, unas

EN UNA LÓGICA DE COMPETENCIA GEOPOLÍTICA, LOS LÍDERES DEL G-7 HAN QUERIDO MOSTRAR UNA POSICIÓN DE UNIDAD FRENTE A PRÁCTICAS QUE CONSIDERAN LESIVAS AL ORDEN LIBERAL.

reglas de juego y unos valores que garanticen la sostenibilidad del planeta y la equidad de oportunidades, pero además una institucionalidad basada en los valores y principios democráticos que se contraponen a los modelos autocráticos.

El mensaje está claro, pero el compromiso real de los recursos necesarios está aún muy por debajo de los retos. Para dar consistencia a los principios, habrá que ser más efectivo en los hechos. El avance en la consecución de los ODS será una prueba de credibilidad del compromiso internacional con una geopolítica cooperativa, aunque no podrá evitar las dinámicas competitivas que subyacen en la asignación de los recursos.

¿DESCONFIANZA EN LA VACUNA O DESCONFIANZA EN EL SISTEMA?

El relato de la pandemia está lleno de falsos dilemas. La desinformación y el negacionismo, la batalla geopolítica por la influencia global, y la debilidad de gobiernos e instituciones ante la emergencia sanitaria han polarizado la crisis del coronavirus. Ahora, las dudas y recelos sobre las vacunas se mezclan con la desconfianza en quien tiene que administrarlas. La politización de la incertidumbre ha debilitado, aún más, unos sistemas democráticos que ya estaban en retroceso.



Carme Colomina

Investigadora principal,
CIDOB

CIDOB REPORT
07- 2021

Lucha de relatos

Aún no sabemos a ciencia cierta dónde o cómo surgió el SARS-CoV-2. Casi un año y medio después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarase oficialmente que este coronavirus se había convertido ya en una pandemia global, Estados Unidos y la Unión Europea se alían para dilucidar si la COVID-19 surge de un virus de laboratorio, más concretamente, del Instituto de Virología de Wuhan. Una sospecha que, pronunciada por Donald Trump, se catalogó como teoría conspiratoria. Una más de sus mentiras que tanto proliferaron entre el **negacionismo científico**. La COVID-19 ha llegado a ser, para estos sectores, un arma biológica de producción extranjera, un producto de la tecnología 5G, o de un plan de reingeniería demográfica. Sin embargo, la necesidad de encontrar respuestas verificables y despejar dudas demuestra que los efectos del virus no solo se dirimen en el plano sanitario, sino también en el de la confianza.

La incertidumbre pandémica no estaba hecha para el mundo binario que estaba en construcción. La falta de datos iniciales chocaba con una necesidad acuciante de información que se completó con rumores, especulación y mentiras. La urgencia por generar certezas se tradujo en medidas de control, tecnosolucionismo y vigilancia, que alimentaron la falsa narrativa de la pandemia como experimento social.

A nivel global, el relato de la lucha contra el coronavirus se planteó como una **confrontación geopolítica de modelos**. Una «batalla de narrativas» – formulada de nuevo desde el binarismo– entre democracias liberales y regímenes autoritarios, como denunciaba el alto representante de la Unión para Asuntos Exteriores y Política de Seguridad, Josep Borrell, donde la propaganda se había convertido en un elemento esencial de las respuestas gubernamentales. A nivel local, la politización de la pandemia y de las

LA PANDEMIA HA INTENSIFICADO RETROCESOS DEMOCRÁTICOS Y HA REFORZADO RECORTES DE DERECHOS Y LIBERTADES.

medidas planteadas para hacerle frente acabó reforzando también el argumentario de la derecha radical: *nosotros* frente a *ellos* (ante el derecho a la movilidad y las migraciones) o el *pueblo* frente a las élites (durante la imposición del confinamiento).

Según el **International Institute for Democracy and Electoral Assistance** (IDEA), el coronavirus irrumpió en un mundo que, en muchos senti-

dos, ya estaba debilitado democráticamente y en uno de los «procesos de autocratización más profundos de las últimas cuatro décadas». La pandemia ha intensificado retrocesos y ha reforzado recortes de derechos y libertades. La lucha contra el coronavirus, por ejemplo, ha llevado la tecnología de vigilancia a otro nivel, especialmente en China, intensificando la presión del régimen sobre el acceso a los datos almacenados por las compañías tecnológicas que operan en este país para alimentar su sistema de control, vigilancia y crédito social. El trabajo de monitorización realizado por IDEA durante 2020 identificó que más de la mitad de los países del mundo (61%), había implementado medidas para frenar la COVID-19 que desafiaban los estándares democráticos o erosionaban derechos humanos, ya fuera por desproporcionados, ilegales, prolongados indefinidamente en el tiempo, o porque eran innecesarios en una crisis sanitaria.

La desinformación y el negacionismo, la batalla por el relato y la influencia global, así como la debilidad de gobiernos e instituciones –fruto de la erosión democrática– que han alimentado la polarización política de la pandemia se reproducen ahora en el proceso de vacunación. Como resume la organización **First Draft**, en la complejidad del ecosistema informativo sobre

la vacuna, se despliega una cacofonía de voces e intereses y dos grandes relatos: los «motivos políticos y económicos» de los actores e instituciones involucrados en el desarrollo de las vacunas, y las preocupaciones entorno a la «seguridad, eficacia y necesidad» del proceso de inmunización.

Los más escépticos

Una investigación de la **BBC** ha demostrado la expansión de la desinformación sobre las vacunas en Asia, América Latina, África y Europa. Si durante el proceso de digitalización acelerada por el confinamiento, **Facebook** ya se consolidó como la plataforma preferida para alojar, difundir y amplificar la desinformación sobre el virus, ahora ocurre lo mismo con el proceso de vacunación. Las cuentas de Facebook con información falsa sobre la vacuna han multiplicado su número de seguidores en Brasil, México, India, Ucrania, Francia, Tanzania y Kenya durante el último año. En Ucrania, las páginas que comparten contenido antivacunas crecieron un 157% en 2020. En México, Brasil e India, las páginas similares crecieron alrededor de un 50%. Según este mismo informe, el número de «me gusta» en páginas que comparten contenido extremo contra las vacunas en francés creció en 2020, de 3,2 millones a casi 4,1 millones.

FRANCIA ES UNO DE LOS PAÍSES MÁS ESCÉPTICOS DEL MUNDO RESPECTO A LAS VACUNAS. LAS PÁGINAS ANTI-VACUNAS QUE SE PUBLICAN EN ESTE PAÍS TIENDEN A MEZCLARSE CON PUBLICACIONES ANTI-ESTABLISHMENT, DONDE COINCIDEN EN SU DENUNCIA DE UNA SUPUESTA «DICTADURA SANITARIA».

Francia es uno de los países más escépticos del mundo respecto a las vacunas. Las páginas antivacunas que se publican en este país tienden, además, a mezclarse con publicaciones *antiestablishment*, donde coinciden en su denuncia de una supuesta «dictadura sanitaria». Se trata de espacios híbridos donde el argumentario contra la vacunación alterna con todo tipo de teorías y contenidos, de la religión a la medicina tradicional, de las conspiraciones a la retórica contra las élites. Si a todo esto se le suma la creciente dependencia de un consumo informativo que nos llega fragmentado en silos de supuestas verdades compartidas por grupos afines, el riesgo de polarización aumenta.

Si a todo esto se le suma la creciente dependencia de un consumo informativo que nos llega fragmentado en silos de supuestas verdades compartidas por grupos afines, el riesgo de polarización aumenta.

Una encuesta de la consultora **Fleishman Hillard** pidió a los franceses que valoraran cuál era su fuente de información más fiable sobre la vacuna de la COVID-19. El índice general de confianza era muy bajo y los encuestados situaron en una primera posición a su médico local (50%), seguido a mucha distancia por los expertos científicos nacionales (13%) y la OMS (12%). Las

fuentes de información gubernamentales suspendían estrepitosamente. La confianza en el Gobierno obtuvo un -19% y en la Unión Europea un -13%. Este clima de escepticismo señala los límites de las estrategias comunicativas públicas. Aunque también hay diferencias culturales sobre cómo reducimos la sensación de ambigüedad o de incertidumbre. Lo contaba hace meses el neurocientífico Albert Moukheiber en un seminario organizado por el [EU Disinfo Lab](#). En algunas culturas la referencia a *doctores* o *expertos* puede generar confianza, mientras que en otras produce el efecto contrario. Ante la falta de certezas, la tendencia a buscar explicaciones que confirmen apriorismos y visiones concretas de la realidad se ha visto también reforzada durante la pandemia. Y, sin embargo, el mismo Moukheiber criticaba, en una [entrevista](#) televisada, la tendencia de algunos dirigentes políticos a «sobrerresponsabilizar a los individuos» e invisibilizar, en cambio, las «responsabilidades del sistema» en la polarización de los debates.

ANTE LA FALTA DE CERTEZAS, LA TENDENCIA A BUSCAR EXPLICACIONES QUE CONFIRMEN APRIORISMOS Y VISIONES CONCRETAS DE LA REALIDAD SE HA VISTO REFORZADA DURANTE LA PANDEMIA.

Un estudio sobre populismo y dudas en el proceso de vacunación en Europa occidental, publicado en el *European Journal of Public Health* un año antes de la pandemia, ya encontró una correlación positiva entre el porcentaje de personas que votan por partidos políticos populistas y el porcentaje de personas que creen que las vacunas son innecesarias, ineficaces o inseguras.

Francia es, además, el ejemplo más claro de que la abundancia de dosis no sirve de mucho sin la confianza en quien tiene que administrarlas.

No son los únicos. Temores, relatos contradictorios o recelos institucionales afectan el proceso de vacunación en países con suministros suficientes. Japón o Corea del Sur también se encuentran entre los países con menos confianza en las vacunas a nivel global, según un estudio publicado en septiembre de 2020 en *The Lancet*. Ya lo eran antes de la pandemia. En el caso de Corea del Sur, como en Malasia, el estudio hace referencia a la importancia de Internet como principal fuente de desinformación sobre las vacunas.

En [Hong Kong](#), en cambio, los motivos son políticos. La impopularidad del Gobierno de Carrie Lam y su dura represión del movimiento prodemocrático se ha traducido en una sospecha permanente sobre buena parte de las medidas de control de la pandemia y, especialmente, en contra de la campaña de vacunación con CoronaVac, una vacuna producida por la firma china Sinovac, que fue rápidamente aprobada por un panel de expertos en Hong Kong. Incluso en Rusia, aunque desde el Gobierno se hayan

lanzado **campañas de promoción** globales sobre la superioridad clínica de sus vacunas respecto a las competidoras, los índices de vacunación son bajos. Los mensajes institucionales contradictorios (primero comparando la COVID-19 con la gripe, después decretando el confinamiento y, finalmente, dando la pandemia por terminada antes de tiempo) han desincentivado la predisposición a vacunarse por parte de la población.

Aunque la pandemia haya cambiado de fase, la «guerra sobre los hechos» continua tan vigente como en el momento de su irrupción. La **Unión Europea** ha denunciado que, desde principios de 2021, se ha intensificado la desinformación patrocinada por distintos gobiernos dirigida, en particular, contra las vacunas desarrolladas en Occidente. Campañas de propaganda y selección descontextualizada de los hechos para sustentar relatos con motivación geopolítica. Y, sin embargo, es probable que los hechos y verdades demostrables por sí solas ya no sirvan para restaurar la confianza, porque la dinámica de la desinformación no está basada en el intercambio de datos verificables, sino que es un contexto altamente emocional.

El debate ya era tóxico antes de la pandemia. Así que la desconfianza en la vacuna es solo un reflejo más de unas patologías previas al coronavirus: el desorden informativo, el descrédito de las instituciones y la polarización.

VACUNA Y COMUNICACIÓN (GEO)POLÍTICA: LA COYUNTURA DE LA VACUNA PARA EL REFUERZO DEMOCRÁTICO DE LOS GOBIERNOS

El proceso de vacunación ha sido, más allá de un gran esfuerzo sanitario mundial, la apertura a una nueva oportunidad por parte de los gobiernos para atender cuestiones que la agenda política había dejado a un lado. La geopolítica de las vacunas supone una ventana para que los países refuercen sus funciones democráticas, al mismo tiempo que se replantean las estructuras del Estado de bienestar, elemento clave de nuestras sociedades en este siglo XXI.



Antoni Gutiérrez-Rubí

Director y fundador de Ideograma

CIDOB REPORT
07- 2021

Cinco tendencias reforzadas

La sacudida política, económica y social de la pandemia tendrá efectos duraderos en nuestras sociedades. Algunos de ellos ya son perceptibles. También es visible el refuerzo de tendencias pre-existentes entre las que destacan:

- **Desigualdades.** La tendencia a la polarización de nuestras sociedades se ha acentuado con el estallido de la pandemia, pero era un fenómeno conocido y alertado anteriormente. La capacidad de conectarse a Internet, mantener puestos de trabajo o acceder a productos básicos son algunos de los retos surgidos durante la pandemia, pero el proceso de vacunación ha acentuado estas tendencias con el acceso, o no, a las vacunas. No todos los países ni ciudadanos han podido acceder de la misma forma ni con las mismas oportunidades a las vacunas, tanto dentro de un mismo Estado, como de forma comparada entre potencias.

- **Competencia.** La necesidad de encontrar una solución global ante el reto de la pandemia ha generado una reedición de las dinámicas de la carrera espacial, esta vez en formato de vacuna. Sin embargo, si bien en la primera competición el reto era quién llegaba de forma más rápida al espacio, en este caso, se busca la eficiencia como factor determinante: el país que mejor gestione la crisis sanitaria saldrá reforzado. Este posicionamiento, más allá de demostrar las capacidades del Estado, tanto a nivel nacional como internacional, ha sido utilizado también por los países para posicionarse, proyectarse y demostrar capacidades. Pensemos, por ejemplo, en el gran esfuerzo de Israel en vacunar a sus ciudadanos o los esfuerzos de Biden para reforzar su legitimidad a partir de una buena gestión de la campaña de vacunación. Sin embargo, la vacunación también ha generado momentos de competencia y confrontación en la aprobación de cuáles iban a ser las vacunas autorizadas. La discusión sobre la efectividad de las vacunas Sputnik V o Sinovac en la UE es una buena muestra de ello.
- **Colaboración.** Del mismo modo que se han generado situaciones de competencia entre países, la vacunación también ha sido la ocasión para muchos de ellos de recuperar sus relaciones bilaterales y multilaterales y volver a tender puentes olvidados. Este ha sido el caso de la región iberoamericana, que ha impulsado estrategias de solidaridad entre países para fortalecer lazos en ayuda al desarrollo, o la estrategia de muchas potencias europeas con países del Sur global.

Un ejemplo global de colaboración es COVAX, donde la unión de diferentes potencias, filantrópicas y centros de investigación multinacionales permitieron una cooperación multilateral para conseguir la vacuna de forma unida y compartida tal como se explica con mayor detalle en el capítulo de Rafael Vilasanjuan en este volumen. Asimismo, otro debate interesante es la discusión sobre la liberalización de las patentes, abordada en el capítulo de Joan Bigorra. Por un lado, Estados Unidos se posicionó a favor de la liberalización, apostando por la solidaridad en momentos de emergencia. Sin embargo, por otro lado, Alemania y otras potencias europeas apelaron a la responsabilidad y a tener un mayor control sobre cuestiones de seguridad sanitaria. Lo que veremos sin duda en los próximos meses es la generación de bloques ideológicos alrededor de las cuestiones del proceso de vacunación.

- **Dificultad de explicarse.** Los gobiernos han topado con un factor que ya venía dándose antes de la pandemia: la dificultad de explicar procedimientos técnicos o científico-tecnológicos. Aunque muchos países han encontrado barreras para comunicarse con su ciudadanía y transmitir

información de manera clara y transparente –que genere una sensación de tranquilidad, calma y control–, las vacunas se han presentado como una oportunidad para la democracia de reforzar su función como instrumento de transparencia y buena gobernanza.

- **La lucha contra la desinformación.** Esta capacidad o incapacidad de muchas potencias de explicarse también ha tenido su necesidad reversa: combatir la desinformación. Existe un peligro de regresión democrática para aquellos países que no han gestionado la vacunación a partir de los valores democráticos y esto tendrá un impacto en procesos electorales venideros. Además, el hecho de que los discursos de líderes populistas alimenten la desinformación y las posiciones contrarias a la vacuna, supone un reto adicional para la colaboración internacional y la búsqueda de soluciones globales a la emergencia sanitaria. No son casos aislados ni hay que infravalorarlos. Figuras como Donald Trump, Jair Bolsonaro o Viktor Órban tienen una gran cantidad de seguidores que pueden provocar un aumento de las reticencias y obstáculos al proceso de vacunación, del mismo modo que intentaron obstruir el proceso democrático como se vio con el asalto al Capitolio.
- **Gestionar las emociones.** La pandemia ha generado miedo, inseguridad e incertidumbre, emociones a las que la estrategia de vacunación debe atender. Por esta razón, los gobiernos han de saber responder con empatía y calma. Una crisis sanitaria requiere grandes estrategias técnicas, pero también una gran comprensión de los efectos emocionales en la ciudadanía. El Gobierno que sea capaz de mantener su disposición a resolver estas cuestiones será el que cuente con una mayor complicidad de sus ciudadanos y ciudadanas.

**LAS VACUNAS SON
UNA OPORTUNIDAD
PARA LA DEMOCRACIA
DE EXPLICAR
PROCEDIMIENTOS
TÉCNICOS Y DE SALUD
GLOBAL, DE REFORZAR
SU FUNCIÓN COMO
INSTRUMENTO DE
TRANSPARENCIA Y
BUENA GOBERNANZA.**

La pandemia como oportunidad para reforzar la vocación democrática de la comunicación política

La pandemia puede ser el impulso que necesitan nuestros gobiernos para dar más prioridad a las cuestiones sociales, de derechos y bienestar. El ámbito de la salud, tradicionalmente relegado a ambientes más técnicos, ha entrado y entrará en la agenda social con fuerza, impulsando una mayor inversión en investigación y posicionando los asuntos científicos y tecnológicos como pilares fundamentales del Estado de bienestar, pero también

como activo de diplomacia y comunicación geopolítica entre países. Se abre una era de diplomacia científica y tecnológica relevante, que los gobiernos deben saber leer, interpretar y desarrollar.

En este sentido, los gobiernos también deberán ser capaces de explicar, comunicar y compartir los avances tecnológicos y científicos con los ciudadanos. La tecnología ya no puede ser comprendida como un ente aislado e inaccesible a la ciudadanía, sino que debe convertirse en un pilar central de la agenda del bienestar, proporcionado a la población información crítica y contrastada e instando a las agencias de comunicación gubernamentales a llevar a cabo acciones para una mayor transparencia democrática, convirtiendo la responsabilidad de informar en el centro de su estrategia contra la desinformación y las noticias falsas.

**EL ESFUERZO
MUNDIAL PARA LA
VACUNA BRINDA
OPORTUNIDADES
NUEVAS PARA LA
RECONCILIACIÓN O
EL FORTALECIMIENTO
DE RELACIONES
MULTILATERALES
ENTRE REGIONES,
ORGANISMOS Y PAÍSES.**

Para ello, se requiere una **comunicación clara**, transparente y honesta. Una comunicación que genere seguridad y que responda a las emociones ciudadanas de incertidumbre, miedo y ansiedad. La comunicación es una herramienta clave de los gobiernos, no solo para interactuar con su ciudadanía, sino, también, para conversar con el resto de los países. La comunicación debe recuperar su vocación de servicio público, de promotora de los valores democráticos y de agente coordinador en la lucha contra la desinformación. Como dijo José Ignacio Torreblanca en el acto *Geopolítica, Diplomacia y Comunicación. La guerra de las vacunas*, organizado por el

Máster en Comunicación Política y Corporativa de la Universidad de Navarra (MCPC): «hay un patrón en el escepticismo de las vacunas que responde a estrategias de desestabilización y desinformación. Es ir contra todo: políticos, expertos y medios de comunicación». De este modo, la comunicación no solo debe centrarse en cuestiones electorales, sino en ámbitos que hoy en día se encuentran en una fase muy embrionaria, como la comunicación científica, la comunicación pública/administrativa o la gobernanza digital. Una comunicación que se comprenda de forma circular entre Gobierno, *stakeholders* y ciudadanía, que permita una unión de esfuerzos para construir unas sociedades pospandémicas informadas, críticas y capaces de gestionar la incertidumbre.

Los nuevos retos de la comunicación (geo)política

En el proceso de vacunación se observan algunas tendencias que serán vitales en los próximos meses, y determinantes para la resolución de la pandemia.

Los grandes discursos van aparejados a grandes acciones. Los y las dirigentes marcarán su voluntad y determinación a través de la *policy*, de los grandes proyectos de recuperación, reconstrucción y transición ecológica y digital. Nos encontramos en un mundo en movimiento que necesita cambios, pero, sobre todo, necesita un modelo, un enfoque, un planteamiento sobre el que orientar los próximos años y décadas.

El tradicional mitin político se verá eclipsado por la inauguración de grandes proyectos, planes o estrategias. La necesidad de emprender grandes acciones rectoras de nuestras democracias pide respuestas y medidas concretas para salir de la crisis. Mientras las épocas de bonanza se centran más en cuestiones como los valores, los mensajes y los grandes discursos, ahora se abre una nueva era en la que los proyectos y ambiciones políticas serán las que decantarán la balanza. La transición ecológica y digital marcará un antes y un después en esta tendencia: los países que sepan comunicar mejor sus progresos serán los que mejor conectarán con las necesidades reales de su ciudadanía. Pasó la hora de hablar, es la hora de actuar.

Por último, este esfuerzo mundial brinda oportunidades nuevas para la reconciliación o el fortalecimiento de relaciones multilaterales entre regiones, organismos y países. La región iberoamericana, la relación de la Unión Europea con África o el (re)surgimiento de Rusia y China como potencias mundiales nos muestran la importancia de comprender la capacidad que tienen las vacunas en la recuperación de relaciones fragilizadas u olvidadas, que pueden conducir a un nuevo escenario geopolítico en unos años.

APUNTES GRÁFICOS: PANDEMIA, VACUNAS Y SOLIDARIDAD



Oriol Farrés

Coordinador del Anuario
Internacional, CIDOB

Roberto Ortiz
de Zárate

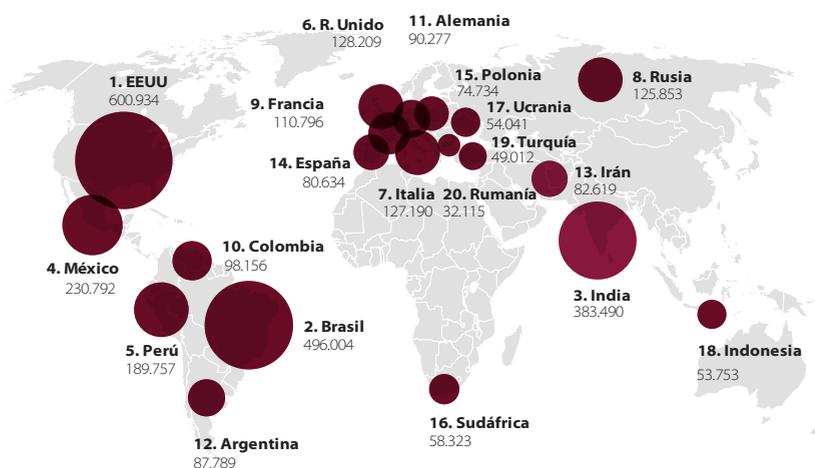
Servicio de
documentación, CIDOB

CIDOB REPORT
07- 2021

El propósito de esta sección es presentar visualmente algunos de los datos principales asociados a la pandemia de la COVID-19 y a las respuestas políticas y científicas que se han puesto en marcha para hacerle frente. En primer lugar, nos centraremos en su coste en vidas humanas. Seguidamente, abordaremos la respuesta de la ciencia, mediante las diversas vacunas existentes y su desigual cobertura mundial, condicionada por el acceso (la capacidad de adquirirla) y la carrera por desarrollarla, producirla y suministrarla globalmente. Por último, analizaremos la iniciativa COVAX, que tiene como objetivo acelerar el desarrollo, producción y acceso equitativo a los test, los tratamientos y las vacunas contra la COVID-19.

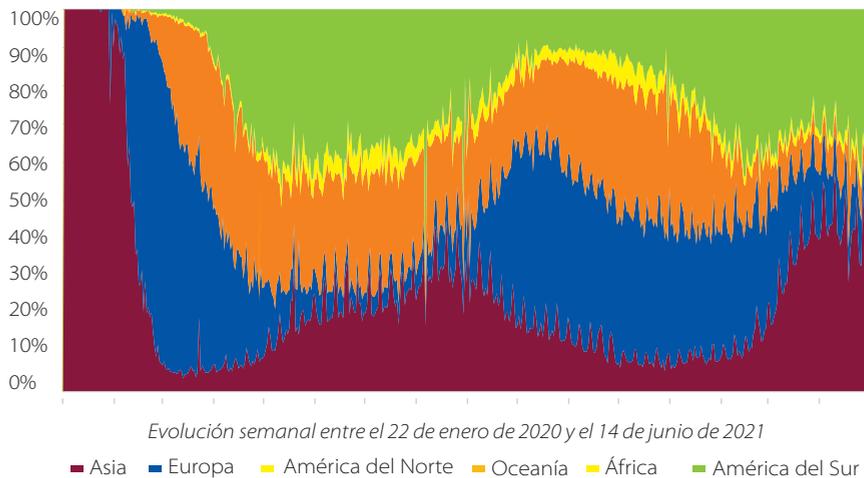
I. PANORÁMICA GENERAL

Figura 1. Los 20 países con mayor número de muertes confirmadas por COVID-19 (total de muertes acumuladas, datos comunicados)



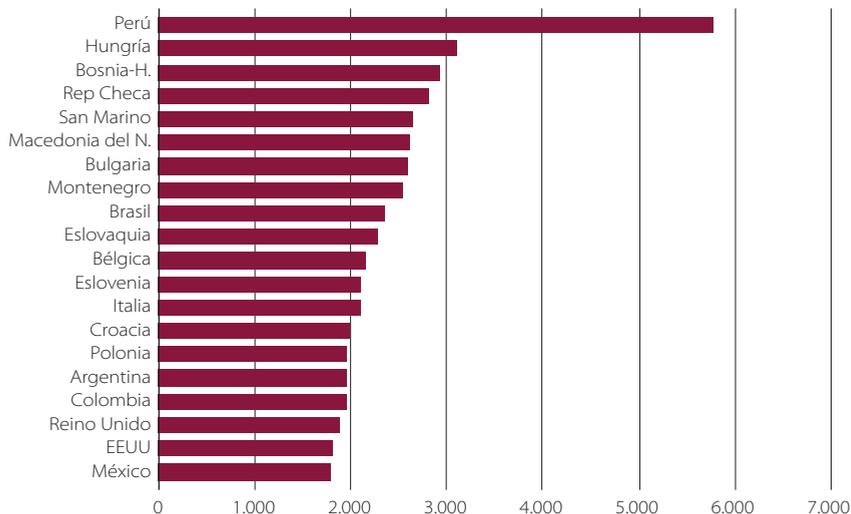
Las fronteras representadas en este mapa no implican posicionamiento o reconocimiento de estatus legal y de fronteras por parte de CIDOB respecto a aquellos países o territorios disputados.
Elaboración CIDOB. Fuente: Our World in Data. Datos actualizados a 17 de junio de 2021.

Figura 2. Evolución semanal de la pandemia por regiones (% regional sobre el total de muertes registradas)



Elaboración CIDOB. Fuente: Johns Hopkins University Center for Systems Science and Engineering (JHU CSSE).

Figura 3. Muertes confirmadas por COVID-19 (relativas, por millón de habitantes)

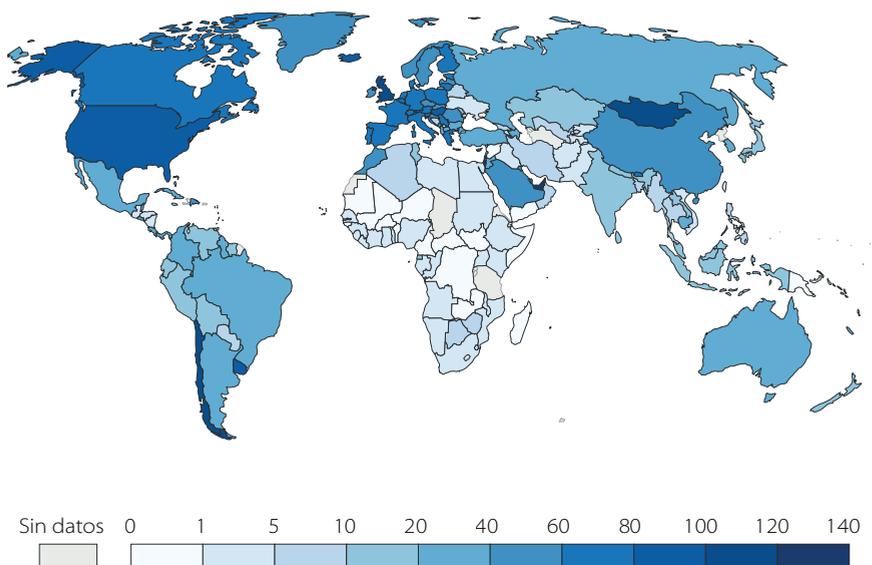


Elaboración CIDOB. Fuente: Our World in Data. Datos actualizados a 17 de junio de 2021.

II. LA CARRERA INTERNACIONAL POR LA VACUNACIÓN

La velocidad con la que la ciencia –un año de investigación– ha sido capaz de desarrollar la vacuna contra la COVID-19 supone un hito sin parangón en la historia de las vacunas. Esto se ha debido a diversos factores, entre los que destacan los avances en la genómica (que permitió secuenciar el genoma del virus en pocos días), la inversión masiva por parte de empresas y gobiernos, sumada a la cooperación internacional. Sin embargo, el desarrollo de la vacuna no solo ha dado muestras de cooperación internacional, sino también, y muy especialmente, de competencia entre estados y corporaciones farmacéuticas por desarrollar vacunas efectivas, seguras y fáciles de suministrar a miles de millones de personas. Este paso resulta crucial para sofocar la propagación del virus y de sus múltiples –y potencialmente devastadoras– mutaciones.

Figura 4. Ratio de vacunas administradas por cada 100 habitantes

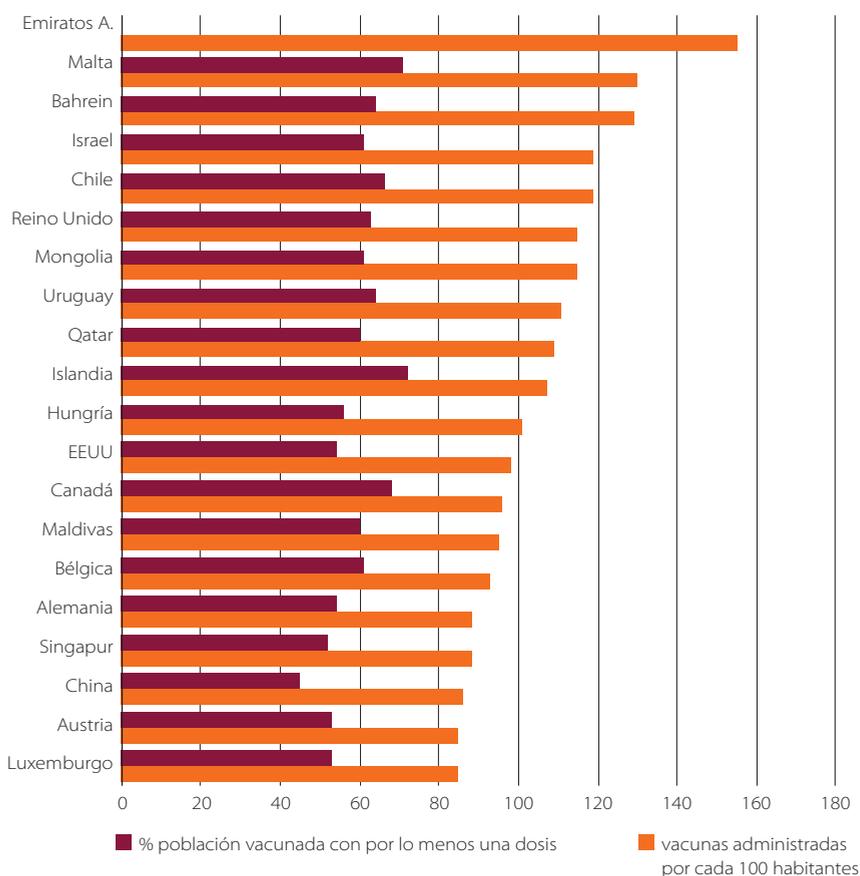


El dato se refiere al número total de dosis, no al total de personas vacunadas, que depende del régimen de vacunación en primera, segunda o monodosis. Las fronteras representadas en este mapa no implican posicionamiento o reconocimiento de estatus legal y de fronteras por parte de CIDOB respecto a aquellos países o territorios disputados.

Fuente: Elaboración CIDOB a partir de un mapa de Our World in Data. Datos actualizados a 17 de junio de 2021.

La figura 5 muestra dos indicadores distintos, si bien complementarios. La tasa de vacunas por cada 100 personas expresa el total de dosis suministradas en el país, con independencia del patrón de vacunación (una o dos dosis) o de la cobertura efectiva, que sí se expresa en cambio por el porcentaje de población que ha recibido, como mínimo, una dosis. Emiratos Árabes Unidos es el país que ha suministrado más vacunas en proporción a su población, si bien no comunica la tasa de vacunación de su población desde abril de 2021.

Figura 5. El ranking de la vacunación (vacunas administradas por cada 100 habitantes)



Elaboración CIDOB. Fuente: *The New York Times*, «Tracking Coronavirus Vaccinations Around the World». Datos actualizados a 29 de junio de 2021.

III. LAS VACUNAS: ARMAS DE PROTECCIÓN MASIVA

a) Selección de las ocho vacunas más extendidas en el mundo (datos a 1 de junio de 2021).



OXFORD-ASTRAZENECA (Vaxzevria, Covishield)

Desarrollador/fabricante: AstraZeneca (Suecia / Reino Unido) y Universidad de Oxford (Reino Unido)

Tipo: Vector adenoviral

Dosis: 2

Eficacia: 76% (1ª dosis), 81% (2ª dosis) **

Temperatura de almacenaje: entre 2 °C y 8 °C

¿Aprobada por la OMS y para COVAX?: Sí

Plantas de producción () (países, compañías y localizaciones):*

- *Reino Unido:* OxfordBiomedica (Oxford); Cobra Biologics (Keele); CP Pharmaceuticals (Wrexham)
- *India (Covishield):* Serum Institute of India (SII, Pune)
- *Países Bajos:* Halix (Leiden); AstraZeneca (Nimega)
- *Italia:* Catalent (Anagni)
- *Estados Unidos:* Emergent BioSolutions (Baltimore); Catalent (Harmans)
- *Brasil:* Bio-Manguinhos/Fiocruz (Río de Janeiro)
- *España:* Chemo/Insud Pharma (Azuqueca de Henares)
- *Bélgica:* Henogen/Thermo Fisher (Seneffe)
- *Argentina:* mAbxience/Insud Pharma (Garín)
- *China:* WuXi Biologics (Wuxi); BioKangtai (Shenzhen)
- *Corea del Sur:* SK Bioscience (Andong)
- *Tailandia:* Siam Bioscience (Ban Mai)



PFIZER-BIONTECH (Comirnaty)

Desarrollador/fabricante: Pfizer (Estados Unidos) y BioNTech (Alemania)

Tipo: ARN mensajero modificado

Dosis: 2

Eficacia: 52% (1ª dosis) y 95% (2ª dosis) **

Temperatura de almacenaje: entre -80 °C y -60 °C

¿Aprobada por la OMS y para COVAX?: Sí

Plantas de producción (*) (países, compañías y localizaciones)

- *Alemania:* BioNTech (Maguncia, Idar-Oberstein y Marburgo); Dermapharm (Brehna y Reinbek); Sanofi (Frankfurt); Rentschler Biopharma (Laupheim)
- *Estados Unidos:* Pfizer (San Luis, Andover y Kalamazoo-Portage)
- *Bélgica:* Pfizer (Puurs)
- *China:* Fosun Pharma (Shanghai)
- *Suiza:* Novartis (Stein)
- *Reino Unido:* Croda (Snaith)



JOHNSON & JOHNSON (Janssen)

Desarrollador/fabricante: J&J (Estados Unidos), a través de Janssen Vaccines (Países Bajos) y Janssen Pharmaceuticals (Bélgica)

Tipo: Vector adenoviral

Dosis: 1

Eficacia: 66% (monodosis) **

Temperatura de almacenaje: entre 2 °C y 8 °C

¿Aprobada por la OMS y para COVAX?: Sí

Plantas de producción (*) (países, compañías y localizaciones)

- *Alemania:* BioNTech (Maguncia, Idar-Oberstein y Marburgo); Dermapharm (Brehna y Reinbek); Sanofi (Frankfurt); Rentschler Biopharma (Laupheim)
- *Bélgica:* Pfizer (Puurs)
- *Suiza:* Novartis (Stein)
- *Reino Unido:* Croda (Snaith)
- *Estados Unidos:* Pfizer (San Luis, Andover y Kalamazoo-Portage)
- *China:* Fosun Pharma (Shanghai)
- *India (Covishield):* Serum Institute of India (SII, Pune)



MODERNA (Moderna)

Desarrollador/fabricante: Moderna (Estados Unidos)

Tipo: ARN mensajero modificado

Dosis: 2

Eficacia: 94% (2ª dosis) **

Temperatura de almacenaje: entre -25 °C y -15 °C

¿Aprobada por la OMS y para COVAX?: Sí

Plantas de producción (*) (países, compañías y localizaciones)

- *Estados Unidos:* Moderna (Norwood); Lonza (Portsmouth); Catalent (Bloomington); Aldevron (Fargo)
- *Suiza:* Lonza (Visp)
- *España:* Rovi (San Sebastián de los Reyes)
- *Francia:* Recipharm (Monts)



SPUTNIK V (Sputnik V)

Desarrollador/fabricante: Centro Nacional de Investigación de Epidemiología y Microbiología Gamaleya (Rusia)

Tipo: Vector adenoviral

Dosis: 2

Eficacia: 92% (2ª dosis) **

Temperatura de almacenaje: -18 °C

¿Aprobada por la OMS y para COVAX?: No

Plantas de producción (*) (países, compañías y localizaciones)

- *Rusia:* Binnofarm (Moscú y Zelenograd); Medgamal (Moscú); Biokad (San Petersburgo); Generium (Volginsky); R-Pharm (Moscú)
- *India:* Hetero Biopharma; Panacea Biotech; Stelis Biopharma; Virchow Biotech
- *China:* Shenzhen Yuanxing Gene-tech; TopRidge Pharma; Hualan Biological B.
- *Kazajstán:* Complejo farmacéutico de Karaganda
- *Brasil:* União Química (Guarulhos)
- *Argentina:* Lab. Richmond (Pilar)
- *Corea del Sur:* GL Rapha (Chuncheon); ISU Abxis (Yongin)
- *Belarús:* Belmedpreparaty (Minsk)
- *Serbia:* Instituto Torlak (Belgrado)
- *Alemania:* R-Pharm (Illertissen); ProBioGen/Minapharm (Berlín)
- *Italia:* Adienne Pharma & Biotech (Caponago)
- *Egipto:* Minapharm (El Cairo)
- *Malasia:* Duopharma Biotech (K. Lumpur)
- *Turquía:* Viscoran
- *Bahrein*



SINOPHARM (BBIBP-CorV)

Desarrollador/fabricante: Corporación Grupo Farmacéutico Nacional Chino-Sinopharm (China)

Tipo: Virus desactivado

Dosis: 2

Eficacia: 79% (2ª dosis) **

Temperatura de almacenaje: entre 2 °C y 8 °C

¿Aprobada por la OMS y para COVAX?: Sí

Plantas de producción (*) (países, compañías y localizaciones)

- *China:* Instituto de Productos Biológicos de Beijing; Instituto de Productos Biológicos de Wuhan
- *Emiratos Árabes Unidos:* Hayat-Vax (Ras Al Khaimah)
- *Egipto:* VACSERA
- *Serbia:* Consorcio Greenfield con China y EAU
- *Argentina:* Sinergium Biotech (Garín)



SINOVAC (Coronavac)

Desarrollador/fabricante: Sinovac Biotech (China)

Tipo: Virus desactivado

Dosis: 2

Eficacia: 51-62% (2ª dosis) **

Temperatura de almacenaje: entre 2 °C y 8 °C

¿Aprobada por la OMS y para COVAX?: Sí

Plantas de producción (*) (países, compañías y localizaciones)

- *China:* Sinovac Biotech (Beijing)
- *Brasil:* Instituto Butantan (São Paulo)
- *Indonesia:* Bio Farma (Bandung)
- *Malasia:* Pharmaniaga LifeScience (Puchong)
- *Egipto:* VACSERA
- *Turquía*



COVAXIN (Bharat Biotech)

Desarrollador/fabricante: Bharat Biotech (India)

Tipo: Virus desactivado

Dosis: 2

Eficacia: 78% (2ª dosis) **

Temperatura de almacenaje: entre 2 °C y 8 °C

¿Aprobada por la OMS y para COVAX?: No

Plantas de producción () (países, compañías y localizaciones)*

- *India:* Bharat Biotech (Ankaleshwar, Hyderabad y Bengaluru); Haffkine Bio-Pharmaceutical (Mumbai)
- *Estados Unidos:* Ocugen
- *Canadá:* Ocugen
- *Brasil:* Precisa Med

(*) Fabricantes de los principios activos biológicos y responsables de la distribución de los lotes. Se citan los países y compañías con acuerdos comerciales ya aprobados o adoptados, cuya producción podría no haberse iniciado aún a 7 de junio de 2021.

(**) Eficacia en la prevención de síntomas constatada en los ensayos clínicos previos a la distribución y realizados con grupos de individuos en las condiciones más favorables.

Elaboración CIDOB. Fuente: Agencia Europea de Medicamentos (EMA, AstraZeneca, Pfizer, BioNTech; Moderna; Janssen; Sputnik V; Sinopharm; Bharatbiotech

b) Administración de las vacunas en las campañas nacionales (estados y territorios)*



Oxford/AstraZeneca 156 estados**

Vacuna fruto de la investigación del Jenner Institute, una empresa surgida de la Universidad de Oxford y financiada entre otras, por Google Ventures. A pesar de que su intención inicial era ceder la patente a cualquier laboratorio dispuesto a desarrollarla, finalmente se firmó una alianza con la empresa sueco-británica AstraZeneca, afincada en suelo europeo. Cuenta con algunas ventajas comparativas, como su eficiencia, la facilidad de conservación y transporte y el bajo coste. Por el contrario, a principios de 2021 algunos países suspendieron o frenaron su administración debido a la posible vinculación –aunque mínima– con accidentes vasculares.



Pfizer/BioNtech 83 estados

Desarrollada por el gigante farmacéutico estadounidense Pfizer y la alemana BioNtech, esta vacuna funciona a partir de ARN mensajero y fue la primera en ser aprobada por la UE (en diciembre de 2020). Su coste por dosis es casi siete veces mayor que la de Oxford, si bien aún es menor que el de Moderna. Es la que cuenta con la mayor eficacia, si bien esta se alcanza tras la segunda dosis, que según los primeros resultados, protegería también de manera conveniente frente las nuevas variantes Delta y Alfa del virus. Según el fundador de BioNtech, Ugur Sahin, la inmunidad decae tras los seis meses, por lo que sería recomendable una tercera dosis a los nueve o 12 meses.



Moderna 41 estados

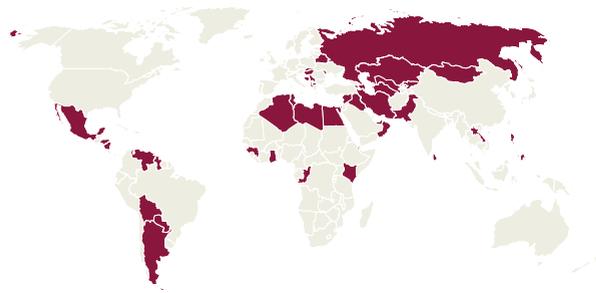
Como la anterior, la también estadounidense vacuna de Moderna actúa a partir de ARN mensajero. Fue la segunda en recibir la aprobación de la UE (enero de 2021) y es una de las más costosas, a lo que se debe sumar las exigencias de su conservación y transporte. En cuanto a la persistencia de la inmunidad, también decae significativamente a partir de los nueve meses, por lo que se recomienda una tercera dosis.

* Las fronteras representadas en estos mapas no implican posicionamiento o reconocimiento de estatus legal y de fronteras por parte de CIDOB respecto a aquellos países o territorios disputados. En la relación de países, se han excluido territorios libremente asociados a otros estados o territorios de ultramar.



Sinopharm
56 estados

Esta vacuna desarrollada por la farmacéutica china Sinopharm/China National Pharmaceutical Group cuenta con el beneplácito de administración de urgencia de la OMS, si bien no ha sido autorizada en la UE ni en Estados Unidos. Los diversos estudios que la respaldan no permiten la comparación con el resto de vacunas homologadas, si bien los test realizados indican tasas de eficiencia del orden del 79% tras la segunda dosis.



Sputnik V
44 estados

La vacuna rusa, creada por el Gamaleya Institute, presenta niveles satisfactorios de eficiencia y ha sido sometido a la aprobación de la UE, que a pesar de los informes positivos, podría haber pospuesto su posible aprobación al mes de septiembre de 2021. A pesar ello, estados miembros como Hungría, y más recientemente Eslovaquia, han adquirido ya dosis para la administración. También Alemania se mostró dispuesta a ello, tras el beneplácito de la agencia reguladora.



Sinovac
28 estados

Al igual que la otra vacuna china, Sinovac cuenta con la aprobación de urgencia de la OMS, si bien con una eficacia supuestamente menor (del orden del 50-60%). También en este caso, el problema es la comparabilidad con el resto de vacunas en el mercado debido al proceso diferente de testeo. Recientemente, ha aumentado la preocupación por su eficacia debido a un repunte de contagios en Indonesia entre profesionales médicos vacunados y al hecho de que algunos pequeños países con elevadas tasas de vacunación, como Seychelles, han basado su estrategia en la vacuna china.



Johnson & Johnson
24 estados

La vacuna de Johnson & Johnson, desarrollada en Europa por las filiales europeas de Janssen contaría con ventajas francas respecto a otras, como la monodosis y la facilidad de almacenamiento y transporte, si bien presenta una protección menor frente al contagio (67%) aunque similar respecto a los casos más graves. Su aprobación por parte de la agencia reguladora europea fue más tardía (marzo de 2021), y su expansión es más reducida, por lo que existe también menos datos respecto a la inmunidad que proporciona y su efectividad frente a las nuevas variantes.



Covaxin
6 estados

La vacuna india, producida por el Bharat Biotech y el Indian Council of Medical Research (financiado por el Gobierno indio), no cuenta aún con la aprobación por parte de la OMS más allá del uso de emergencia. Dicho requisito no es en absoluto trivial, ya que muchos países lo exigen como tránsito de entrada y para poder viajar. Según la propia empresa, la eficacia de la vacuna es del 78% tras la segunda dosis, si bien en junio de 2021, dichos resultados aún no habían sido puestos a disposición de la comunidad científica internacional.

*(**) Se recogen los estados donde ya se están aplicando las vacunas a fecha de 7 de junio de 2021; otros fabricantes pueden tener autorizado el uso de emergencia en el país, pero sus viales todavía no se están administrando.*

Elaboración CIDOB. Fuente: Our World in Data.
Datos actualizados a 7 de junio de 2021.

IV. COVAX: EL ACELERADOR DE LA VACUNACIÓN GLOBAL

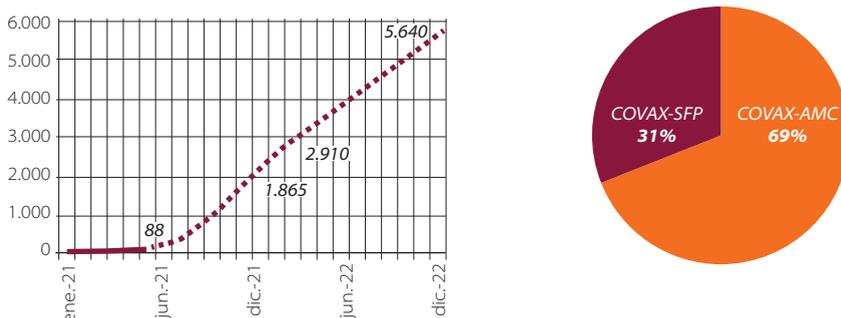
La iniciativa COVAX tiene como objetivo proveer de vacunas contra la COVID-19 a los países con menos recursos que de otro modo no podrían acceder a ellas. A finales de junio, COVAX había alcanzado los 88 millones de dosis a 131 países beneficiarios, además de dedicar fondos a reforzar los sistemas sanitarios de cara a la vacunación. Sin embargo, el objetivo marcado de 2.000 millones de dosis entregadas a principios de 2022 parecía difícil de alcanzar. Entre los contribuyentes a COVAX figuran todos los países del G-7 y de la UE, así como India, Corea del Sur, Australia, Nueva Zelanda, monarquías del Golfo y otros países ricos.

A los participantes beneficiarios de COVAX se les ha asignado diferentes partidas de vacunas (por el momento, solo de AstraZeneca y de Pfizer), aprobadas en tres rondas:

1. Distribución excepcional 1T de 2021	2. Febrero - mayo de 2021	3. Abril - junio de 2021
--	-------------------------------------	------------------------------------

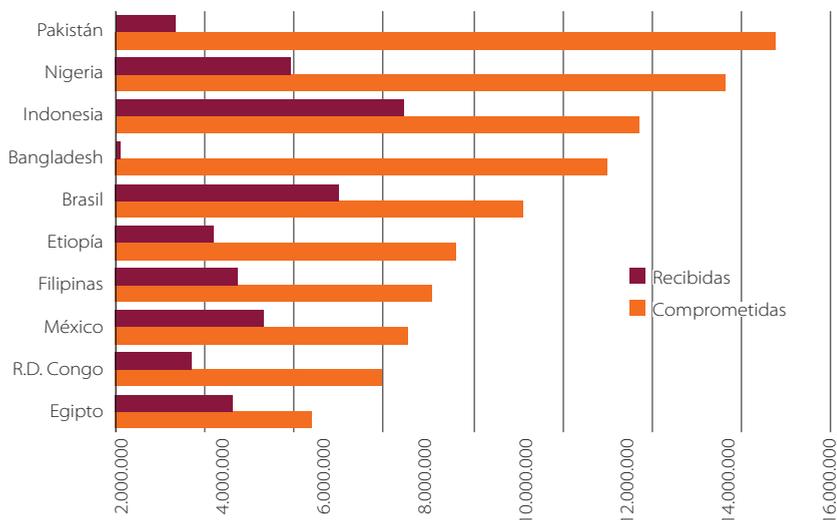
Existen dos modalidades para beneficiarse de COVAX: la facilidad AMC (Advance Market Commitment), dirigida a países de ingresos medios-bajos y bajos que no pueden procurarse vacunas comerciales y que de esta manera las obtienen gratuitamente; y la modalidad SFP (Self-Financing Participants), para países con más recursos que se muestran dispuestos a costearlas.

Figura 6. Previsión de vacunas a disposición de COVAX (millones de dosis, acumuladas)



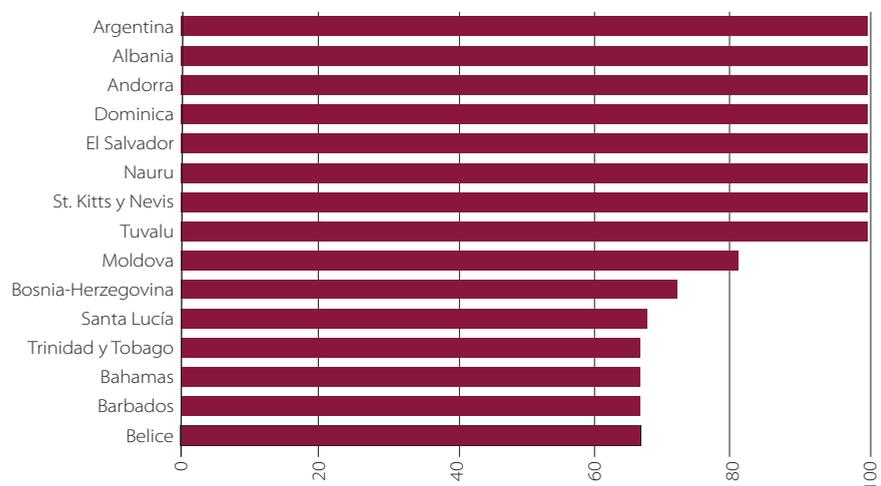
Elaboración CIDOB. Fuente: COVAX Global Supply Forecast, junio de 2021.

Figura 7. Mayores beneficiarios de vacunas COVAX (10 principales, total asignadas y recibidas)



Elaboración CIDOB. Fuente: Vaccine Alliance (GAVI) - COVAX, a 1 de junio de 2021.

Figura 8. Mayores receptores de vacunas en relación con las comprometidas (% de total, 15 principales)

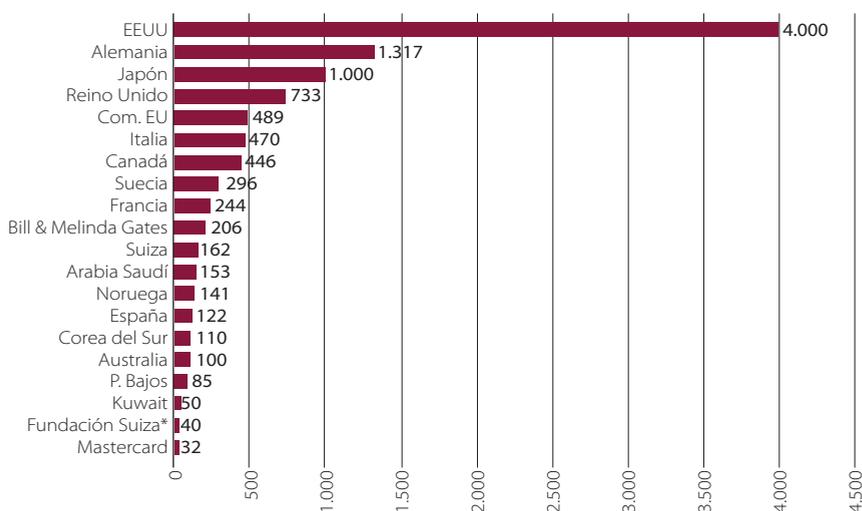


Elaboración CIDOB. Fuente: OMS y GAVI; datos sobre % de vacunas suministradas: Reuters, «FACTBOX-Vaccines delivered under COVAX sharing scheme for poorer countries» a 1 de junio de 2021.

V. EL RETO DE COVAX: MATERIALIZAR LOS COMPROMISOS

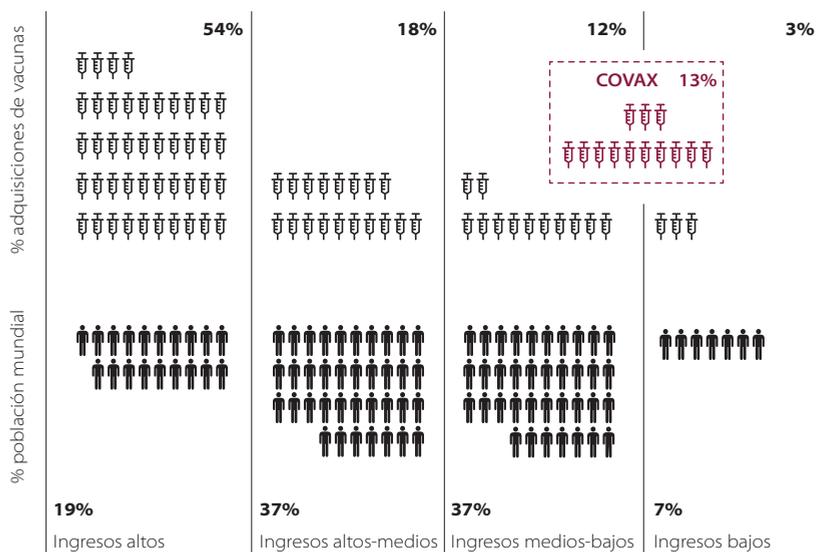
COVAX nació tan solo un mes después del estallido de la pandemia, fruto de la creencia de que no habría solución local sin un genuino ejercicio de la solidaridad global que llevase vacunas a todos los países y personas que difícilmente podrían acceder a ellas por razones económicas. A junio de 2021, COVAX ha acordado el suministro de 4.100 millones de dosis con diversos proveedores, de los cuales, 2.800 millones están garantizados por contrato. No obstante, las cifras reales dependen de multitud de factores, como la producción efectiva por parte de los proveedores, la regularización de determinadas vacunas candidatas (por ejemplo, NOVAVAX), la capacidad de absorción del país receptor, la reactivación de las exportaciones por parte de los productores indios, la donación de las dosis excedentes por parte de países ricos o la concreción de las donaciones anunciadas en la 47.ª Cumbre del G-7 de junio de 2021. Ese mismo mes, COVAX publicó la lista actualizada de donantes, que incluye estados y entidades privadas, y que asciende a un total de 10.436 millones de dólares. Esto incluye todo tipo de aportaciones, no solo donaciones de fondos directos, sino también ayudas a la innovación, logística o inversiones al fondo IFFIm. Los 20 mayores donantes aportan el 97,7% del total, entre ellos tres entidades privadas. Destacan Estados Unidos (38,3%), Alemania (12,6%) y Japón (9,6%).

Figura 9. Los 20 principales donantes a COVAX (estados y entidades privadas, millones de dólares)



* Una fundación suiza que demanda permanecer en el anonimato aporta 40 millones de dólares. Elaboración CIDOB. Fuente: Vaccine Alliance (GAVI) - COVAX, "Key Outcomes One World Protected - COVAX AMC Summit, Assured resources for the Gavi COVAX AMC". Datos actualizados a 23 de junio de 2021.

Figura 10. El mercado de las vacunas: un reflejo de la desigualdad global (comparativa entre el porcentaje de población mundial por segmento de renta y la adquisición de vacunas)



Elaboración CIDOB. Fuente: Rouw et al. «Global COVID-19 Vaccine Access: A Snapshot of Inequality» (Kaiser Family Foundation, KFF) a partir de datos relativos a abril de 2021 y provenientes del FMI y del Duke Launch and Scale Speedometer de la Universidad de Duke.

CIDOB

BARCELONA
CENTRE FOR
INTERNATIONAL
AFFAIRS

ideograma

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

Con el apoyo de:



La relevancia de la salud en la agenda internacional no empieza ni termina con la COVID-19. Sin embargo, la irrupción de la pandemia y el despliegue de las campañas de vacunación han aumentado la necesidad de entender en qué circunstancias la salud puede alimentar conflictos y en cuáles puede espolear la cooperación. Antes de la crisis del coronavirus, la humanidad se enfrentaba a retos colectivos como la necesidad de reformar los mecanismos de gobernanza internacional, la gestión de los riesgos asociados a la competencia entre potencias en un mundo multipolar, la recuperación de la confianza en las instituciones, la reducción de las desigualdades entre países y dentro de cada uno de ellos, o la gestión de dramas humanitarios. Tanto la pandemia como la vacunación han aumentado la trascendencia de estos retos, introduciendo también nuevas dimensiones al debate y ampliando el abanico de actores relevantes. Cuando se habla de la geopolítica de la pandemia o de la geopolítica de la vacuna, el foco suele estar puesto en su carácter competitivo o conflictivo. Si bien este volumen analiza esta dimensión tradicional del pensamiento geopolítico, a la vez, plantea el ámbito sanitario y el momento actual como un terreno propicio para el desarrollo de una geopolítica cooperativa centrada en los ciudadanos.