

## LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: UN PROCESO LENTO Y DESIGUAL

Fernando N. Saiz González<sup>1</sup>

2 de marzo de 2021

### Un acceso universal, equitativo y rápido a las vacunas: el imperativo de no dejar a nadie atrás

Uno de los principales retos a los que se enfrenta la humanidad tras el inicio de la pandemia de la COVID-19 es el acceso universal, equitativo y rápido a las vacunas. Los avances en ciencia y tecnología, así como una movilización de recursos sin precedentes, han hecho posible que se hayan desarrollado distintas vacunas en un tiempo récord. En este contexto, la proliferación de acuerdos bilaterales entre los países de renta alta y las farmacéuticas, sumado a un volumen de demanda que sobrepasa la oferta disponible, puede provocar que muchos países no tengan acceso a las dosis necesarias para inocular a su población. Incluso antes de que las vacunas demostrasen ser seguras y efectivas, muchos países de renta

alta se apresuraron en la compra o reserva de dosis. Como muestra de ello, países como Canadá reservaron una cantidad de vacunas que quintuplica al tamaño de su población, al tiempo que países como Israel o Reino Unido habrían pagado más por las dosis a la farmacéutica Pfizer-BioNTech para asegurarse que accedían a ella antes, algo que para el grueso de los países es simplemente inviable.

La desigualdad en el acceso a las vacunas entre los países puede traducirse en un proceso de recuperación tras la pandemia lento y muy dispar entre las distintas economías y regiones. Aquellos países que logren vacunar antes registrarán menos infecciones por COVID-19, descongestionando sus servicios de salud y permitiendo una recuperación económica que les sitúe en una posición ventajosa. No obstante, como viene advirtiéndolo el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros A. Ghebreyesus, el denominado “nacionalismo de vacunas” y su efecto de exclusión sobre los países con menor capacidad económica

---

<sup>1</sup> Este informe es el fruto del trabajo realizado durante el ejercicio de prácticas de formación en la Fundación Carolina, con la orientación y supervisión de su director, José Antonio Sanahuja, y del investigador Francisco J. Verdes-Montenegro. Sin perjuicio de lo anterior, los errores y fallos que pudiera contener el informe son responsabilidad única del autor.

supone un lastre para las cadenas de suministro en su conjunto, frenando la recuperación económica a escala global, con un costo que podría ascender a los 9,2 billones de dólares (OMS, 2021a).

Habiendo transcurrido casi un año desde que el brote de un nuevo coronavirus fuera catalogado como pandemia por la OMS<sup>2</sup>, las proyecciones realizadas por *The Economist Intelligence Unit* (2021) estiman que los países de renta alta alcanzarán una cobertura generalizada de la vacuna para finales de 2021, mientras que los países de renta baja lo harán en torno a 2023. Por su parte, los países de renta media no obtendrán la mencionada cobertura hasta finales de 2022, a excepción de Rusia, quien acelerará el proceso gracias a “Sputnik V”, una vacuna de desarrollo nacional. El resultado podría ser diferente en países como China o India, que también cuentan con vacunas propias, pero cuyo tamaño de población podría ralentizar el proceso. En el plano geopolítico, el gran volumen de demanda a escala global podría permitir a Rusia o China extender su influencia entre los países en desarrollo a través de una “diplomacia de vacunas” (The Economist, 2021). En

este sentido, el devenir de la pandemia podría acabar siendo capitalizado por dichos países en términos de prestigio e influencia, ya sea mediante envío de personal sanitario, de equipos de protección individual, financiación o, más recientemente, a través de sus propias vacunas.

En América Latina y el Caribe, que a inicios de 2021 acumula una tercera parte de los casos registrados en todo el mundo, una distribución universal y equitativa de las vacunas contra la COVID-19 se torna el mayor desafío en el camino hacia una recuperación que no deje a nadie atrás (ONU, 2020a). Junto con los problemas logísticos que pudiera acarrear la necesaria distribución y almacenamiento de las vacunas a bajas temperaturas, la situación económica de los países de la región suma otra dificultad: la financiación. Siendo una región mayoritariamente integrada por países de “desarrollo en transición”, con una renta relativamente elevada, queda fuera de los mecanismos de financiación más favorables previstos por el G20, y también de los que, con un carácter preferente, se han dispuesto para aquellos países más pobres. Por ello, un considerable número de países latinoamericanos se encontrarían en una situación de gran vulnerabilidad, toda vez que, tanto por la lógica de mercado como por la falta de instrumentos de cooperación, podrían tener grandes dificultades para acceder a las vacunas en los plazos necesarios.

<sup>2</sup> El 11 de marzo de 2020 la OMS caracterizaba la COVID-19 como una pandemia, atendiendo a sus alarmantes niveles de propagación, gravedad e inacción gubernamental. Ver: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

En aras de profundizar en los retos del proceso de vacunación y conocer cómo está avanzando este en América Latina, en primer lugar, se atenderá a las iniciativas multilaterales de acceso a las vacunas, con especial atención sobre el mecanismo COVAX (Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19), que opera en la mayoría de los países de la región. A continuación, se situará el foco en torno a la propuesta de exención temporal de patentes (*waiver*) expuesta ante la Organización Mundial del Comercio (OMC) por parte de India y Sudáfrica con motivo de la pandemia, apoyada en gran medida por países de renta media y baja, mayoritarios en América Latina y el Caribe. Finalmente, se analizarán los datos sobre el proceso de vacunación en la región, desagregados por países, atendiendo, entre otras cuestiones, a si cuentan con un plan de vacunación, las vacunas autorizadas, sus acuerdos existentes con las farmacéuticas, el número de dosis comprometidas y cuántas han llegado al país, así como el nivel de cobertura.

Este análisis del proceso de vacunación en América Latina y el Caribe se publica pocos días después de la realización del primer envío de vacunas en el marco de COVAX, principal iniciativa de acceso multilateral a los tratamientos de inmunización contra la COVID-19, llegado a Ghana el 24 de febrero de 2021. El inicio de las entregas en la región latinoamericana será de crucial importancia,

pues constituye un apoyo fundamental para muchos países de la región y la única vía de acceso para los países de renta baja.

### **Iniciativas multilaterales de acceso a las vacunas: el mecanismo COVAX**

Tratando de paliar los estragos causados por la pandemia y bajo la premisa de que “nadie estará a salvo hasta que todos estemos a salvo”, la OMS, junto con la Comisión Europea y el presidente de Francia —Emmanuel Macron—, presentaron a finales de abril de 2020 el “Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19” (ACT-A, por sus siglas en inglés). Se trata de una colaboración mundial entre gobiernos, empresas, comunidad científica, organizaciones filantrópicas y de la sociedad civil, e instituciones sanitarias globales<sup>3</sup>, sustentada en cuatro pilares básicos: i) *diagnósticos*, que tiene por objetivo salvar 9 millones de vidas y evitar 1.600 millones de nuevas infecciones mediante el acceso equitativo a pruebas sencillas, precisas y asequibles (codirigido por la FIND y el Fondo Mundial); ii)

---

<sup>3</sup> La OMS, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (Gavi, por sus siglas en inglés), la Coalición para las Innovaciones en Preparación de Epidemias (CEPI, por sus siglas en inglés), el Banco Mundial, la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores (FIND, por sus siglas en inglés), el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA/VIH, la tuberculosis y la malaria (o Fondo Mundial), la Fundación Bill y Melinda Gates, Unitaid y Wellcome Trust.

*tratamientos*, para desarrollar, fabricar, adquirir y distribuir 245 millones de tratamientos para las poblaciones de ingreso bajo y medio en un plazo de 12 meses (codirigido por Unitaid<sup>4</sup> y Wellcome Trust); iii) *inmunización*, que tiene por objetivo garantizar que las vacunas se desarrollen lo más rápidamente posible, que se fabriquen en los volúmenes adecuados con las condiciones exigibles en materia de seguridad, y que se hagan llegar a quienes más lo necesitan, codirigido por la CEPI y la Gavi, junto a la OMS; y iv) *refuerzo de los sistemas de salud*, que sustentan a los otros tres y velan por fortalecer la gobernanza de salud y las redes comunitarias locales que tienen dificultades para afrontar la COVID-19 (dirigido por el Banco Mundial y el Fondo Mundial). A modo transversal, los criterios de “acceso y asignación” permiten a la OMS la supervisión de estos cuatro pilares (OMS, 2020a).

Así, en lo que se refiere al acceso a las vacunas y vinculado con el tercer y cuarto pilar, destaca el mecanismo COVAX, una iniciativa global para acelerar el desarrollo, la producción y la distribución equitativa de las pruebas, tratamientos y vacunas de la COVID-19. El propósito de COVAX es maximizar la posibilidad de desarrollar vacunas con éxito y fabricarlas en la cantidad necesaria para

garantizar que todos los países tengan acceso a ellas. Constituye un mecanismo de riesgo compartido, donde los Estados miembros aúnan esfuerzos para impulsar la producción y el desarrollo de las vacunas, logrando así alcanzar economías de escala. Además, comporta un sistema de compra en bloque, aumentando la capacidad de negociación de los países frente a las farmacéuticas. De esta forma se logra abaratar el precio unitario de las dosis, beneficiando a todos y generando una amplia cartera de vacunas (Gavi, 2020a). Por el momento, COVAX ha firmado acuerdos de distribución con AstraZeneca, Serum Institute of India (SII), y Pfizer-BioNTech. Además, apoya el desarrollo y mantiene acuerdos para acceder a más de 2.000 millones de dosis de distintas vacunas candidatas prometedoras (OMS, 2021b).

Sobre esta base, el mecanismo COVAX tiene por objetivo alcanzar al menos un 20% de población vacunada entre sus miembros, que se estima es una proporción suficiente para proteger a las personas de mayor riesgo frente a la COVID-19. A corto plazo, se pretenden distribuir al menos 2.000 millones de dosis para finales de 2021, de las que un mínimo de 1.300 millones es para los países de renta más baja. Ante la probabilidad de que la demanda supere la oferta disponible, la asignación de dosis se realizará en función del número disponible y aumentará a

<sup>4</sup> Iniciativa internacional que promueve el acceso al tratamiento de enfermedades como el SIDA, la malaria y la tuberculosis.

medida que lo haga la disponibilidad (OMS, 2020b).

La colaboración en torno a COVAX aglutina un total de 190 países<sup>5</sup> —equivalente al 90% de la población global—, los cuales obtendrán acceso a la mencionada cartera una vez las vacunas demuestren ser seguras y eficaces. Con el propósito de gestionar su distribución, la Gavi ha creado COVAX facility, adscrito al “marco de asignación equitativo” desarrollado por la OMS. Siguiendo estos parámetros, los países que puedan financiarlas por sí mismos accederán a un número de dosis suficiente para proteger a cierta proporción de la población (entre el 10% y el 50%), en función de cuánto hayan aportado inicialmente, sufragando únicamente las dosis que ellos mismos podrán adquirir en el futuro. Como justifican desde la Gavi, la condición de previo pago genera un mayor compromiso entre los países y acelera el proceso de producción de vacunas. Aquellos miembros que ya hayan establecido acuerdos bilaterales con las farmacéuticas no dejan de beneficiarse de COVAX, ya que es también un mecanismo de aseguramiento. Por otro lado, aquellos países cuyas economías no podrían competir por el acceso a las vacunas han sido incluidos en una lista de candidatos para el Compromiso de Mercado Avanzado de COVAX (AMC, por sus siglas en

inglés). Esta selección se compone de países de renta baja, de renta baja/media y algunos otros añadidos de manera excepcional por cuestiones de tamaño (Gavi, 2020b), otorgándoles la posibilidad de acceder a las vacunas a través de instrumentos de cooperación y de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) otorgada por el resto de países, pudiendo obtener de forma gratuita un número de dosis suficiente para proteger hasta al 20% de su población.

Vistas las metas de la iniciativa COVAX, resulta de interés analizar sucintamente su grado de consecución de cara a un acceso equitativo, rápido y universal a las vacunas, así como sus principales limitaciones y desafíos en este propósito. Como se viene comentando, en el inicio de 2021 se vislumbra un acceso desigual a las vacunas en el que los países de renta alta hacen uso de su posición económica ventajosa para asegurarse las dosis mediante acuerdos bilaterales con las compañías farmacéuticas. La proliferación de este tipo de compromisos pone en riesgo las iniciativas multilaterales como COVAX y, con ello, la posibilidad de un acceso universal y equitativo a las vacunas en un periodo corto de tiempo (Chalkidou *et al.*, 2020). Así, las negociaciones entre países de renta alta y las farmacéuticas entorpecen dos de los pilares básicos para COVAX, la capacidad de financiación y el volumen de dosis: por un lado, la estrategia de pagar más a las compañías por las

<sup>5</sup> Destacan la ausencia de Rusia o de Estados Unidos (EE.UU.).

dosis para asegurárselas repercute directamente en las posibilidades de financiación de los países de renta baja y de renta media. Y, por otro lado, incentivar la compra de vacunas ya existentes en detrimento de la inversión en el desarrollo de nuevas fórmulas, reduce la posibilidad de que se genere una gran cartera de vacunas, cuyo precio unitario sea cada vez más reducido.

De hecho, a mediados de febrero de 2021 el ACT-A todavía muestra un déficit de financiación de 27.200 millones de dólares en las necesidades estimadas para alcanzar la cifra de 2.000 millones de dosis para finales de 2021, de los que 7.800 millones de dólares corresponden al pilar de vacunas. El pilar de diagnósticos tiene un déficit de 8.900 millones, el de tratamiento de 3.200, y el de refuerzo de los sistemas de salud de 7.400 millones. Este déficit se reducirá con el aporte anunciado por la Unión Europea (UE) a finales de febrero, de hasta 800 millones de euros, y el anuncio por parte de EE.UU. de aportar otros 4.000 millones de dólares.

### **Liberar las patentes en un contexto de pandemia: una cuestión moral**

El 2 de octubre de 2020 India y Sudáfrica presentaron ante la OMC una solicitud de exención (*waiver*) de determinadas disposiciones sobre la propiedad intelectual y tecnológica en el marco de prevención y tratamiento de la COVID-19. Tal y como

argumentan sus defensores, el reconocimiento del brote de coronavirus 2019-2020 como una pandemia, sumado a la amenaza que ha demostrado representar la COVID-19 para la salud, la seguridad y el bienestar humanos, justifica la necesidad de un acceso sin trabas y oportuno a los productos médicos pertinentes para contener la propagación del virus, incluidos equipos de diagnóstico, vacunas, medicamentos, equipos de protección personal y respiradores (OMC, 2020a).

A partir de esta argumentación, el *waiver* supone, en particular, la exención de las obligaciones en relación con las secciones 1, 4, 5 y 7 de la Parte II del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC)<sup>6</sup>. Esta iniciativa ha sumado el apoyo de en torno a 100 países, en su mayoría de renta baja o media (OMC, 2021b). Además, la propia OMS, junto con más de 400 organizaciones de la sociedad civil, han manifestado su apoyo al contenido de la propuesta realizada por India y Sudáfrica (OMC, 2020c; OMS, 2020c; Amnistía Internacional, 2020). Entre otras, destaca el apoyo de organizaciones de gran prestigio internacional en la materia

<sup>6</sup> Parte II: Normas relativas a la disponibilidad, el alcance y el uso de los derechos de propiedad intelectual; Secciones: 1 (derechos de autor y derechos conexos), 4 (diseños industriales), 5 (patentes) y 7 (protección de la información no divulgada) del Acuerdo ADPIC.

como Médicos del Mundo, Oxfam o Médicos sin Fronteras.

En el momento de presentarse, la propuesta fue rechazada por algunos países de la OMC —Australia, Brasil, Canadá, EE.UU., Japón, Noruega, Reino Unido, Suiza y la UE—, imposibilitando el consenso necesario para tomar una decisión conjunta. Este rechazo, con el que se protege el interés de las farmacéuticas, significó que la cuestión tenga que volver a ser tratada en la reunión formal del Consejo de los ADPIC que tendrá lugar el 10 y 11 de marzo, donde previsiblemente será rechazada o extremadamente limitada (OMC, 2020a). Quienes se posicionan a favor de las restricciones argumentan que las normas de la OMC ya contemplan la flexibilidad suficiente como para que sus miembros puedan suspender unilateralmente la protección de las patentes en caso de emergencia de salud pública (Wolf, 2021). Asimismo, defienden que los países de renta baja y media no cuentan con la capacidad técnica suficiente para desarrollar y distribuir las dosis necesarias (Wall Street Journal, 2020). Países como EE.UU. aseguran que la mejor forma de aumentar el ritmo de vacunación es incentivando el sector privado, mientras que la UE afirma no encontrar evidencias que relacionen la falta de acceso a las vacunas con la existencia de patentes (Prabhala *et al.*, 2020).

Por el contrario, quienes defienden este reclamo argumentan que la exención temporal de las patentes permitiría a fabricantes de todo el mundo alcanzar en un periodo corto de tiempo la demanda global de vacunas, asegurando además el acceso a nuevas fórmulas en el caso de que alguna de las candidatas resulte ser finalmente ineficaz, como probablemente suceda (Amin, 2021). Frente al argumento basado en los mecanismos ya existentes en la OMC y el supuesto peligro de suspender las patentes para el sector privado (Center for Global Development, 2020), sus defensores recuerdan lo laborioso de los procesos burocráticos para obtener una licencia obligatoria, el temor ante posibles represalias de los países de renta alta por presión de las farmacéuticas, o el amplio volumen de inversión pública y dinero del contribuyente que ha permitido el desarrollo de las vacunas, respectivamente (Grynspan, 2021; Prabhala *et al.*, 2020). En este sentido, conviene recordar que 10 de las principales vacunas candidatas para la COVID-19 han sido desarrolladas en compañías farmacéuticas de países ricos, al tiempo que más de la mitad de las dosis producidas se han reservado para los países de renta alta, que suponen el 14% de la población mundial (So y Woo, 2020; Bollyki y Bowm, 2020).

En América Latina y el Caribe la mayoría de los países son de renta media o de renta baja, formando par-

te del grupo que, a priori, se vería directamente beneficiado por la exención temporal de patentes (*wai-ver*). En consecuencia, no es de extrañar que países como Bolivia o Venezuela hayan formalizado su apoyo a la propuesta, convirtiéndose en copatrocinadores de esta, al tiempo que otros lo han hecho de manera informal. Al otro lado de la discusión, países como Brasil, Ecuador o El Salvador han manifestado su oposición a la propuesta de exención, alineándose con los países de renta alta y protegiendo el interés de las grandes compañías farmacéuticas (MSF, 2021). Resulta llamativo el caso de Brasil, el país más poblado y castigado por la pandemia en la región, que cuenta con el desarrollo tecnológico necesario para la producción de vacunas, pero que se posiciona a favor del mantenimiento de las restricciones en materia de propiedad intelectual. A medio camino entre ambos posicionamientos, otros países como México o Chile han formulado preguntas a los impulsores de la propuesta ante la OMC con el fin de enriquecer el debate y determinar los problemas específicos y relacionados con la propiedad intelectual (OMC, 2020d).

### **El acceso a la vacuna en América Latina y el Caribe: un proceso lento y muy dispar entre países**

En un esfuerzo por discernir el ritmo de vacunación en América Latina y el Caribe, atendiendo a sus posibilidades de acceso a las vacunas, se ha

realizado un estudio a nivel nacional analizando algunas variables de interés, como la existencia de un Plan Estratégico de vacunación contra la COVID-19, las vacunas autorizadas, los acuerdos con las farmacéuticas, su vinculación al mecanismo COVAX, el número de dosis comprometidas, o las ya recibidas (ver Tablas 1, 2 y 3, del anexo).

Centrando la atención en el proceso de vacunación que está teniendo lugar en los distintos países de América Latina y el Caribe, se puede diferenciar en primer lugar qué tipo de vinculación tiene cada uno de ellos a COVAX. Así, los países que han sido incluidos en la lista de candidatos para pertenecer al mecanismo preferencial COVAX AMC que financia sus vacunas son: Bolivia, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas. El resto de los países latinoamericanos, por su parte, forman parte de COVAX facility, por lo que obtendrán un número de dosis proporcional a la aportación económica realizada. La única excepción en la región es Cuba, cuyos acuerdos con COVAX no son vinculantes y, por el momento, apuesta por vacunas de producción nacional<sup>7</sup>.

Respecto a su distribución, la Organización Panamericana de Salud

<sup>7</sup> Soberana 01, Soberana 02, Abdala y Mambisa (Gobierno de Cuba, 2021).



(OPS) aclaró que las dosis de las vacunas llegarán a todos los países a la vez —financiados y autofinanciados— (ONU, 2020b). Sin perjuicio de lo anterior, Bolivia, Colombia, El Salvador y Perú han sido incluidos en la iniciativa “Primera Ola”, un programa piloto global para recibir por adelantado una parte de las dosis solicitadas (OPS, 2021).

A esta combinación de iniciativas e instituciones multilaterales hay que añadir el Fondo Rotatorio (FR) para la Compra de Vacunas de la OPS, que representa a sus miembros como un “bloque unificado” y constituye uno de los canales de compra del mecanismo COVAX. Al conformar una unidad, los países de América Latina y el Caribe se supeditan a la coordinación del Fondo Rotatorio, que, avalado por sus 40 años de experiencia en la región, proporciona a sus miembros un amplio paquete de asistencia técnica en la planificación, logística, transporte o vigilancia del mercado alternativo (OPS, 2020). No obstante, como ha advertido la ONU recientemente (2021b), no basta con garantizar un acceso equitativo a las vacunas, si la mayoría de los sistemas de salud en los países de la región no cuentan con la preparación suficiente para la distribución y vacunación de los 20 millones de dosis que se esperan en los primeros 100 días de 2021 a través del mecanismo COVAX.

¿Cuáles son las principales vacunas presentes y comprometidas en la región? Como se observa en la Tabla 1, se aprecia un amplio desarrollo de vacunas contra la COVID-19, existiendo acuerdos de compra con 11 fabricantes distintos. En lo referido a su uso, hasta mediados de febrero en América Latina y el Caribe se ha inoculado de manera predominante en la región con las vacunas de AstraZeneca-Oxford y Pfizer-BioNTech, aunque la presencia de Sputnik-V y Coronavac es cada vez mayor (Galindo *et al.*, 2021).

Ninguna de las compañías presentes se encuentra en la región, siendo cinco de esos laboratorios farmacéuticos de países de renta alta (Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca-Oxford, COVAXX y Jhonson & Jhonson) y seis de países de renta media (Sputnik-V, Coronavac, Canisino, Covishield, Sinopharm y Covaxina)<sup>8</sup>. Entre los de renta alta, la UE y EE.UU. se han manifestado en contra del *waiver*, discutido a propuesta de India, país que también cuenta con su propia vacuna. Por su parte, China y Rusia disponen de vacunas de producción nacional, pudiendo ejercer la denominada “diplomacia de vacunas”.

---

<sup>8</sup> A lo largo del presente informe, tomando como referencia el uso extendido entre el público general, la prensa y las declaraciones políticas, se identificarán las vacunas con el nombre de su fabricante, a excepción de Sputnik-V, Coronavac y Covaxina, que lo harán por el nombre de la propia fórmula.

A la vista de la menor oferta respecto a la demanda, resulta de interés la diferencia en el precio entre unas y otras, que oscila entre 1-4 dólares de la dosis de Bharat Biotech, AstraZeneca-Oxford y Cansino, a los 77 dólares de Sinopharm, con una media de 15 dólares/dosis. En ese sentido, la mayoría de los países de la región han establecido y hecho públicos acuerdos bilaterales de compra con las distintas farmacéuticas incluidas en la Tabla 1.

En las Tablas 2 y 3, se exponen los datos tenidos en cuenta para el análisis sobre el proceso de vacunación contra la COVID-19 en cada uno de los países de América Latina y el Caribe, con información actualizada a 26 de febrero de 2021. Concretamente, se revisarán siete aspectos: (i) qué países cuentan con un Plan Estratégico de vacunación público contra la COVID-19, (ii) las vacunas autorizadas en el país, (iii) los acuerdos existentes con farmacéuticas, instituciones o mecanismos (vinculantes y no vinculantes), (iv) el número de dosis comprometidas, (v) el número de dosis que se encuentran en el país, (vi) la cobertura, un porcentaje a partir de las dosis comprometidas hasta la fecha y la población total del país, y (vii) el porcentaje de personas vacunadas hasta la fecha.

Todos los países de América Latina y el Caribe, salvo República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago, y Venezuela, cuentan ya con un Plan

Estratégico de vacunación, condición necesaria para poder comenzar a inocular a la población y recibir dosis del mecanismo COVAX (ONU, 2021a). En lo que respecta a las vacunas autorizadas, tal y como se refleja en la Tabla 2, se observan diferencias entre los países, con una preponderancia de AstraZeneca-Oxford y Pfizer-BioNTech, aunque la presencia de Sputnik-V, Coronavac, Sinopharm, Covishield y Moderna es cada vez mayor en la región. Además, algunos países han establecido acuerdos de compra con los fabricantes para vacunas que aún no han sido aprobadas en las agencias regulatorias nacionales, como es el caso de Janssen, Sinopharm, COVAXIN o COVAXX. Y como se observa, toda la región, salvo Cuba, contará con dosis del mecanismo COVAX. A la vista de los datos disponibles, puede afirmarse que el ciclo de vacunación en América Latina y el Caribe se prevé lento y muy dispar entre los distintos países de la región.

Como se observa en la Tabla 3, una alta proporción de los gobiernos latinoamericanos no han comenzado el proceso de vacunación y ni siquiera cuentan con dosis en su territorio. Quienes sí han logrado comenzar la vacunación contra la COVID-19 lo han hecho gracias a las vacunas de Sputnik V (Argentina, Bolivia, Paraguay y San Vicente y las Granadinas), Pfizer-BioNTech (Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Panamá), Coronavac (Brasil, en São Paulo, y

Colombia), AstraZeneca-Oxford (Barbados, República Dominicana y también en Brasil), Sinopharm (Perú), Covishield (El Salvador) y Moderna (Guatemala). Además, entre la recepción de las dosis y el comienzo de la vacunación puede transcurrir un tiempo, toda vez que, además de las dificultades en el acceso, hay que sumarle los obstáculos logísticos y de distribución, pues comenzar a inocular sin la certeza de contar con una segunda dosis podría resultar inútil.

En lo que se refiere a la producción de las vacunas destacan los casos de Brasil, México y Argentina, los tres únicos países de América Latina y el Caribe que han establecido acuerdos con las farmacéuticas para la fabricación de dosis en su territorio nacional. Los laboratorios autorizados para la producción de vacunas han sido: mAbxciencia, en Argentina (AstraZeneca-Oxford); la Fundación Oswaldo Cruz de Río de Janeiro y el Instituto Butantan de São Paulo, en Brasil (AstraZeneca-Oxford y Sinovac respectivamente); y Liomont, en México (AstraZeneca-Oxford). En este sentido, sobresale también el acuerdo entre México y Argentina, con apoyo de la Fundación Slim, para la producción conjunta, sin ánimo de lucro, de la vacuna de AstraZeneca-Oxford, a fin de ponerla a disposición de los miembros de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) (Cancillería Argentina, 2020). Por el mo-

mento, de los 250 millones de dosis previstas para su distribución en la región (Infobae, 2021), el gobierno argentino ha enviado a su homólogo mexicano el activo para fabricar seis millones de dosis de la vacuna de AstraZeneca-Oxford (Europa Press, 2021). Finalmente, el 26 de febrero se anunció un acuerdo entre los laboratorios Richmond, de Argentina, el Fondo de Inversión Directa de Rusia, y Gamaleya, los fabricantes de la vacuna Sputnik-V, con participación de la compañía india Hetero Labs.

No obstante, estos esfuerzos, al igual que parece estar sucediendo con COVAX, estarían demostrando ser insuficientes ante el acaparamiento de las dosis por parte de los países desarrollados, como así lo denunció México<sup>9</sup> en representación de la CELAC ante el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas el pasado 17 de febrero de 2021 (Gobierno de México, 2021).

Otro caso que llama la atención es el de Cuba, que ha apostado por la producción de vacunas, pero al haberlo hecho a través de fórmulas de desarrollo nacional, convierte al país en un caso sui generis en la región. De las cuatro vacunas cubanas en fase experimental, destaca Soberana 02, que ya se produce a gran escala en la isla y cuya entrada en Fase III de

<sup>9</sup> Actualmente México es miembro no permanente del Consejo Nacional de las Naciones Unidas y ocupa la presidencia pro tempore de la CELAC.

ensayos clínicos está prevista para marzo (Ministerio de Educación, 2021). Si finalmente supera los estándares de seguridad y eficacia, el gobierno de Cuba asegura tener la capacidad para producir 100 millones de dosis a lo largo de 2021, inoculando así al conjunto de su población e incluso a los turistas (Tabla 3). El éxito de Soberana 02 podría suponer una victoria política para el gobierno de Miguel Díaz-Canel, al superar las limitaciones tecnológicas de las sanciones estadounidenses, al tiempo que supone un revulsivo para la frágil economía de la isla y su prestigio en biomedicina (Augustin y Kitroeff, 2021).

Otro rasgo para destacar es el optimismo generalizado entre los países de la región, cuyos gobiernos aseguran completarán la inmunización de su población para finales de 2021. Los datos actuales no parecen sustentar las previsiones de los países más avanzados en la región, que han venido acaparando la mayoría de las dosis y se encuentran en serias dificultades para lograr cumplir con los plazos anunciados. Únicamente Paraguay contempla explícitamente la posibilidad de que el periodo de vacunación se prolongue hasta 2022 (Tabla 3). En este mismo sentido, cabe señalar que la forma en la que las administraciones mencionan las cifras puede llevar a equívocos, confundiendo a su ciudadanía. Por ejemplo, las vacunas —a excepción de Janssen— requieren de dos dosis

para ser efectivas y, sin embargo, cuando anuncian sus acuerdos muchos gobiernos se refieren, de manera confusa, al número de dosis en lugar de emplear la cifra más ajustada de personas que pueden ser vacunadas. Es más, en algunas declaraciones podemos observar cómo el número de dosis y de vacunas se confunden, a pesar de que hablar de dosis reduce a la mitad el número de personas que se beneficiarán de las mismas. A su vez, cuando se habla del porcentaje de cobertura se hace en muchos casos a partir de su población objetivo, lo que excluye, como mínimo, a las personas menores de 16 años y a las embarazadas. No obstante, la definición de dicha población objetivo no es unívoca y puede acarrear más confusión, por lo que en la Tabla 3 se ha expresado la cobertura en función de las dosis comprometidas hasta la fecha y el total de la población. En este sentido, el porcentaje de personas vacunadas respecto a la población total, expresado en porcentaje (Tabla 3), ilustra mejor el ritmo de vacunación en América Latina y el Caribe, que oscila entre el 0,2% —República Dominicana y Guyana— y el 2,9% —Brasil—, a excepción de Chile y Barbados, países de renta alta que alcanzan, respectivamente, un 16,5% y un 8,9% de población vacunada.

Al debate en torno a la definición de la población objetivo se suma otra controversia: el trato a las personas extranjeras. Una cuestión de notable

relevancia atendiendo al gran flujo de migrantes provenientes de Venezuela desde 2017, la mayor crisis que se recuerda en la región y cuyo estatus jurídico en los países de destino a menudo no está reconocido o se sustenta en una visa de turista. En este sentido, el 10 de febrero la cancillería de Chile anunció que los extranjeros en situación irregular o con una visa de turista quedarían excluidos del plan de vacunación, tratando de evitar un supuesto “turismo de vacunas”. Tras la polémica generada por el impacto sobre la población venezolana residente en el país, las autoridades chilenas aclararon que la inmunización contra la COVID-19 incluirá a extranjeros irregulares que se encuentren en el país, así como a todas las personas en proceso de sacar su visa o de normalización (CNN Chile, 2021). No obstante, la primera declaración sienta un peligroso precedente, que además de ser cuestionable moral y éticamente, obstruye la posibilidad de recuperación regional y la de alcanzar una inmunidad de grupo en cada uno de los países.

La decisión de incluir a las personas extranjeras en los planes de vacunación no está exenta de controversia y, en un contexto de escasez de dosis y de “nacionalismo de vacunas”, la prioridad nacional podría articularse en forma de discurso frente a los flujos de inmigración. Paradójicamente, al tiempo que se debate en torno a la inclusión de los extranjeros y su posición en la escala de priori-

zación, se están denunciando casos de altos funcionarios que aprovechan su cargo para saltarse las colas de vacunación, inoculando también a amigos y familiares. En la región dicho fenómeno ha sido caracterizado por la prensa como “vacunación VIP”, destacando los escándalos de Argentina, Chile y Perú (DW, 2021). Ante este problema, América Latina parece no escapar a una tendencia que se observa en otros lugares, atendiendo a casos similares destacados a lo largo de todo el mundo.

En definitiva, y teniendo en cuenta la situación de los países de América Latina y el Caribe respecto al proceso de vacunación, podrían identificarse en la región cuatro grupos de países en función de cómo están afrontando el proceso de vacunas: i) aquellos con mayor nivel de renta, que están adquiriendo las vacunas a través de compras en el mercado de manera individual y cuentan con COVAX facility como un apoyo secundario (Argentina, Barbados, Chile, Panamá y México); ii) aquellos con economías de bajos ingresos e ingresos medianos/bajos, incluidos en COVAX AMC, y que accederán a las vacunas principalmente a través de instrumentos de cooperación y financiados con AOD (Bolivia, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Honduras, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía); iii) los países de renta media que recurren a compras en el mercado, pero que también se apoyan en COVAX

facility (Brasil, Costa Rica, México y Perú); y iv) aquellos que por el momento han recibido un reducido número de dosis o que aún no han recibido vacunas y se apoyan fuertemente en COVAX facility (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela). Finalmente, cabe destacar el caso de Cuba, único que ha optado por el desarrollo y producción nacional de vacunas.

Se ha apreciado así cómo el proceso de vacunación en América Latina y el Caribe se augura lento y muy dispar entre los distintos países, en función de su capacidad económica o su acceso a los instrumentos de cooperación puestos a su disposición. Esta desigualdad en el acceso es, en buena medida, el resultado del “nacionalismo de vacunas”, caracterizado por la proliferación de acuerdos bilaterales entre países de renta alta y las compañías farmacéuticas, que entorpece los esfuerzos de las iniciativas de acceso multilateral. Además de acaparar la mayoría de las dosis, el hecho de que los países de renta alta paguen más por ellas para asegurarse su adquisición dificulta la capacidad de compra de muchos países de renta baja y media, mayoritarios en la región y que, por otra parte, también participan de esa lógica en la medida que tienen capacidad, como ilustra el caso de Chile. En relación con lo

anterior, como viene recordando la OMS, esta dinámica es contraproducente para el conjunto de la economía mundial, pues hasta que no se logre una inmunización a escala global nadie estará a salvo de la COVID-19. Por otro lado, en términos geopolíticos, el “nacionalismo de vacunas” mostrado sobre todo por los países de renta alta, puede acabar siendo capitalizado en términos de prestigio e influencia por parte de Rusia y China a través de su “diplomacia de vacunas”.

Con todo ello, habiéndose constatado las limitaciones de los mecanismos multilaterales de acceso a las vacunas como COVAX, conociendo el ritmo de vacunación en los países de la región, y ante el requerimiento de una distribución universal, equitativa y rápida a las vacunas como condición necesaria para una recuperación a escala global, la celebración de la reunión formal del Consejo de los ADPIC de la OMC que tendrá lugar el 10 y 11 de marzo, y donde se debatirá acerca de la propuesta de India y Sudáfrica para la exención temporal de las patentes (*waiver*), adquiere una relevancia crucial para el futuro de América Latina y el Caribe, en particular, y para la comunidad internacional en su conjunto.

### Referencias bibliográficas

- AMIN, T. (2021): “The folly of Hoarding Knowledge in the COVID-19 Age”, *Foreign Affairs* (29/01/2021). Disponible en: <https://www.foreignaffairs.com/articles/world/2021-01-29/folly-hoarding-knowledge-covid-19-age>.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL (2020): “Información para los estados miembros de la OMC sobre la propuesta de exención de los ADPIC en relación con la prevención, contención y tratamiento de la COVID-19”, Secretariado Internacional de Amnistía Internacional. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/IOR4033652020SPANISH.PDF>.
- AUGUSTIN, E. y KITROEFF, N. (2021): “Cuba se acerca a un logro científico: la producción de una vacuna contra la COVID-19”, *The New York Times* (18/02/2021). Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2021/02/18/espanol/vacuna-cubana-soberana.html>.
- BOLLYKI, T. J. y BOWN, C. P. (2020): “Vaccine Nationalism Will Prolong the pandemic”, *Foreign Affairs* (29/12/2020). Disponible en: <https://www.foreignaffairs.com/articles/world/2020-12-29/vaccine-nationalism-will-prolong-pandemic>.
- CANCELLERÍA ARGENTINA (2020): “Solá: La vacuna es un ejemplo de solidaridad e integración”, Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto (17/09/2020). Disponible en: <https://www.cancilleria.gob.ar/es/actualidad/noticias/sola-la-vacuna-es-un-ejemplo-de-solidaridad-e-integracion>.
- CENTER FOR GLOBAL DEVELOPMENT (2021): “Would Exempting COVID-19 Vaccines from Intellectual Property Rights Improve Global Access and Equity”, *Debates in Development* con SILVERMAN, R., TOWSE, A., LOVE, J. y YADAV, P., CGDEV (09/02/2021) Disponible en: <https://www.cgdev.org/debate/would-exempting-covid-19-vaccines-intellectual-property-rights-improve-global-access>.
- CHALKIDOU, K., GLASSMAN, A. y YADAV, P. (2020): “Making the \$12 Billion Go Further: Four Things the World Bank Can Do in Support of COVID-19 Vaccination Efforts”, Center for Global Development.

ment. Disponible en: <https://www.cgdev.org/blog/making-12-billion-go-further-four-things-world-bank-can-do-support-covid-19-vaccination-efforts>.

CNN CHILE (2021): “Minsal aclara que migrantes irregulares que viven en Chile sí están considerados en el calendario de vacunación” (11/02/2021). Disponible en: [https://www.cnnchile.com/coronavirus/minsal-migrantes-irregulares-calendario-vacunacion\\_20210211/](https://www.cnnchile.com/coronavirus/minsal-migrantes-irregulares-calendario-vacunacion_20210211/).

DW (2021): “COVID-19: escándalos opacan la vacunación en América Latina” (23/02/2021). Disponible en: <https://www.dw.com/es/covid-19-esc%C3%A1ndalos-opacan-la-vacunaci%C3%B3n-en-am%C3%A9rica-latina/a-56657338>.

EUROPA PRESS (2021): “Argentina envía a México el activo para fabricar seis millones de dosis de la vacuna de Oxford” (18/01/2021). Disponible en: <https://www.europapress.es/internacional/noticia-argentina-envia-mexico-activo-fabricar-seis-millones-dosis-vacuna-oxford-20210118235000.html>.

GALINDO, J., ARROYO, L. y BUDASOFF, E. (2021): “Así avanza la vacunación contra la COVID en América”, *El País* (03/02/2021). Disponible en: [https://elpais.com/sociedad/2021-02-03/asi-avanza-la-vacunacion-contr-la-covid-en-america-lati-na.html?ssm=TW\\_AM\\_CM](https://elpais.com/sociedad/2021-02-03/asi-avanza-la-vacunacion-contr-la-covid-en-america-lati-na.html?ssm=TW_AM_CM).

GAVI (2020a): “COVAX explained”, Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización. Disponible en: <https://www.gavi.org/vaccine-swork/covax-explained> (Consulta: 09/02/2021).

-- (2020b): “92 low- and middle-income economies eligible to get Access to COVID-19 vaccines through Gavi COVAX AMC”, Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización. Disponible en: <https://www.gavi.org/news/media-room/92-low-middle-income-economies-eligible-access-covid-19-vaccines-gavi-covax-amc> (Consulta: 09/02/2021).

GOBIERNO DE CHILE (2021): “Ministerio de Salud actualiza alineamientos técnicos de vacunación contra la COVID-19”, Ministerio de Salud (10/02/2021). Disponible en: <https://www.gob.cl/noticias/>



- ministerio-de-salud-actualiza-lineamientos-tecnicos-de-vacunacion-contra-el-covid-19/.
- GOBIERNO DE CUBA (2021): “CEN-CEC evalúa la seguridad y efectividad de candidatos vacunales cubanos”, Ministerio de Salud Pública (29/01/2021). Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/cen-ec-evalua-la-seguridad-y-efectividad-de-candidatos-vacunales-cubanos/>.
- GOBIERNO DE MÉXICO (2021): “México denuncia el acceso inequitativo de vacunas ante el Consejo de Seguridad de la ONU”, Gobierno de México (17/02/2021). Disponible en: <https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-denuncia-el-acceso-inequitativo-de-vacunas-ante-el-consejo-de-seguridad-de-la-onu?idiom=es>.
- GRYNSPAN, R. (2021): “Vacunas: un bien público global”, *El País* (21/02/2021). Disponible en: <https://elpais.com/economia/2021-02-20/vacunas-un-bien-publico-global.html>.
- INFOBAE (2021): “Alianza entre México y Argentina producirá 250 millones de vacunas AstraZeneca para América Latina”, *Infobae* (09/01/2021). Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2021/01/09/alianza-entre-mexico-y-argentina-producira-250-millones-de-vacunas-astrazeneca-para-america-latina/>.
- MSF (2021): “MSF urges wealthy countries not to block COVID-19 patent waiver”, *Mé-dicos Sin Fronteras* (03/02/2021). Disponible en: <https://www.msf.org/msf-urges-wealthy-countries-not-block-covid-19-patent-waiver>.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE CUBA (2021): “Destaca presidente cubano avances en producción a gran escala de candidato vacunal Soberana 02”, *La Habana* (22/02/2021). Disponible en: <https://www.mined.gob.cu/destaca-presidente-cubano-avances-en-produccion-a-gran-escala-de-candidato-vacunal-soberana-02/>.
- ONE WORLD IN DATA (2021): “Share of the population fully vaccinated against COVID-19”, *One World in Data* (2020-2021). Disponible en: <https://ourworldindata.org/grapher/share-people-fully-vaccinated-co->

- vid?tab=table&stackMode=absolute&region=World.
- OMC (2020a): “Exención de determinadas disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC para la prevención, contención y tratamiento de la COVID-19. Comunicación de India y Sudáfrica”, Ginebra (02/10/2020). Disponible en: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filaname=s/IP/C/W669.pdf&Open=True>.
- (2020b): “Members to continue discussion on proposal for temporary IP waiver in response to COVID-19”, Ginebra (10/12/2020) Disponible en: [https://www.wto.org/english/news\\_e/news20\\_e/trip\\_10dec20\\_e.htm](https://www.wto.org/english/news_e/news20_e/trip_10dec20_e.htm).
- (2020c): “Carta de la Sociedad Civil apoyando la propuesta de India y Sudáfrica sobre la exención de ciertas disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC para la prevención, la contención y el tratamiento de la COVID-19”, Ginebra (07/10/2020). Disponible en: [https://www.wto.org/english/tra-top\\_e/covid19\\_e/cso\\_letter\\_s.pdf](https://www.wto.org/english/tra-top_e/covid19_e/cso_letter_s.pdf).
- (2020d): “Los miembros seguirán examinando una propuesta de exención temporal en materia de PI como respuesta a la COVID-19”, Ginebra (10/12/2020). Disponible en: [https://www.wto.org/spanish/news\\_s/news20\\_s/trip\\_10dec20\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/news_s/news20_s/trip_10dec20_s.htm).
- OMS (2020a): “El acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19”, Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator>.
- (2020b): “COVAX anuncia acuerdos adicionales para acceder a vacunas candidatas prometedoras contra al COVID-19; la distribución mundial está prevista para el primer trimestre de 2021”, Ginebra (18/10/2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-12-2020-covax-announces-additional-deals-to-access-promising-covid-19-vaccine-candidates-plans-global-rollout-starting-q1-2021>.
- (2020c): “Lograr que la respuesta a la COVID-19 sea un bien público común”, Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/solidarity->

- call-to-action/solidarity-call-to-action-01-june-2020-es.pdf?sfvrsn=c4a65f18\_2.
- (2021a): “WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19”, Ginebra (25/01/2021). Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-25-january-2021>.
- (2021b): “En la carrera para la vacuna contra la COVID-19, la victoria o la derrota es de todos”, Ginebra (10/02/2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/10-02-2021-in-the-covid-19-vaccine-race-we-either-win-together-or-lose-together>.
- ONU (2020a): “Respuesta de las Naciones Unidas frente al COVID-19”, Nueva York. (24/06/2020). Disponible en: <https://www.un.org/es/coronavirus/UN-response>.
- (2020b): “En América Latina y el Caribe, todos los países del mecanismo COVAX recibirán las vacunas al mismo tiempo”, Nueva York (16/12/2020). Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/12/1485712>.
- (2021a): “Ghana se convierte en el primer país que recibe un lote de vacunas COVID-19 por medio de COVAX”, Nueva York (24/02/2021). Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1488602>.
- (2021b): “La mayoría de países de las Américas no están listos para distribuir las vacunas contra el COVID-19”, Nueva York (19/01/2021). Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/01/1486842>.
- OPS (2020): “Hoja informativa - El rol del Fondo Rotatorio en iniciativas globales”, Washington D.C. (28/07/2020). Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/hoja-informativa-rol-fondo-rotatorio-iniciativas-globales>.
- (2021): “Países de las Américas reciben notificación sobre la asignación de vacunas contra la COVID-19 a través de COVAX”, Washington D.C. (31/01/2021). Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/31-1-2021-paises-americas-reciben-notificacion-sobre->

asignacion-vacunas-contra-covid-19.

a-global-covid-vaccine-heist-11605829343.

PRABHALA, A., JAYADEV, A. y BAKER, D. (2020): “Want vaccines fast? Suspend Intellectual Property”, *The New York Times* (07/12/2020). Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/12/07/opinion/covid-vaccines-patents.html>.

WOLF, M. (2021): “Vaccinating the world is a test of our ability to co-operate”, *Financial Times* (17/02/2021). Disponible en: <https://www.ft.com/content/a835f7a4-3877-4e3d-832a-2f286c936925>.

So, A. D. y Woo, J. (2020): “Reserving coronavirus disease 2019 vaccines for global Access: cross sectional analysis”, *British Medical Journal*, Special Paper. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/371/bmj.m4750.full.pdf>.

THE ECONOMIST (2021): “Vaccinating the world: The great task”, Londres (09/02/2021). Disponible en: <https://www.economist.com/briefing/2021/01/09/the-great-task>

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (2021): Coronavirus vaccines: expect delays, Londres, *The Economist*.

WALL STREET JOURNAL (2020): “A Global COVID Vaccines Heist” (19/11/2020). Disponible en: <https://www.wsj.com/articles/>

**ANEXO**
**TABLA 1. Vacunas presentes en América Latina y el Caribe**

Fabricante	Nombre de la vacuna	Nº de dosis	Precio*	Procedencia
Pfizer, Inc. y BioNTech	BNT162b2	2	19,5\$	EE.UU./Alemania
Moderna	mRNA-1273	2	32-37\$	EE.UU.
The Gamaleya National Center	Sputnik-V	2	<10\$	Rusia
Sinovac	Coronavac	2	14\$	China
AstraZeneca-Oxford	AZD1222	2	1,5-4\$	Reino Unido
CanSino	Ad5-nCoV	2	4\$	China
COVAXX	UB-612	2	-	EE.UU.
Jhonson & Jhonson-Janssen	JNJ-78436735	1	10\$	EE.UU.
Serum Institute	Covishield	2	-	India
Sinopharm	BBIBP-CorV	2	<77\$	China
Bharat Biotech	Covaxina	2	1\$	India

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS (2020).

\* Precio estimado (The Economist, 2021).

**TABLA 2. Ciclo de vacunación en América Latina y el Caribe (I)**

Países	Vacunas autorizadas	Acuerdos de compra
Antigua y Barbuda	-	COVAX facility
Argentina	Sputnik V y AstraZeneca-Oxford	COVAX facility, AstraZeneca, Sputnik V y Sinopharm
Bahamas	-	COVAX facility
Barbados	AstraZeneca-Oxford	COVAX facility, donación india
Belice	-	COVAX facility
Bolivia	Sputnik V	COVAX AMC, AstraZeneca, Sputnik V y Sinopharm
Brasil	Coronavac y AstraZeneca-Oxford	COVAX facility, AstraZeneca, Sinovac, Sputnik-V y Covaxina
Chile	Pfizer-BioNTech, Coronavac y AstraZeneca-Oxford	COVAX facility, Sinovac, AstraZeneca-Oxford, Pfizer-BioNTech y Janssen
Colombia	Pfizer-BioNTech, Coronavac	COVAX facility, AstraZeneca-Oxford, Pfizer-BioNTech, Janssen, Moderna y Sinovac
Costa Rica	Pfizer-BioNTech	COVAX facility, Pfizer-BioNTech y AstraZeneca-Oxford
Cuba	En desarrollo: Soberana 01, Soberana 02, Mambisa y Abdala	Producción nacional (Soberana 02) y COVAX facility (no vinculante)
Dominica	-	COVAX AMC
Ecuador	Pfizer-BioNTech y -Oxford	COVAX facility, Pfizer-BioNTech, AstraZeneca-Oxford, COVAXX
El Salvador	AstraZeneca-Oxford, Covishield	COVAX AMC y AstraZeneca-Oxford
Granada	-	COVAX AMC

Países	Vacunas autorizadas	Acuerdos de compra
<b>Guatemala</b>	Moderna	COVAX facility, donación israelí
<b>Guyana</b>	Sinopharm, Sputnik-V	COVAX AMC y China; CARICOM, India y Rusia (no vinculantes)
<b>Haití</b>	-	COVAX AMC
<b>Honduras</b>	Sputnik-V	COVAX AMC, Fondo Rotatorio OPS y donación israelí
<b>Jamaica</b>	-	COVAX facility y CARICOM; AstraZeneca, India, China, Reino Unido y Cuba (no vinculantes)
<b>México</b>	Pfizer-BioNTech, AstraZeneca-Oxford, CanSino y Sputnik V	COVAX facility, Pfizer-BioNTech, AstraZeneca-Oxford, CanSino y Sputnik V
<b>Nicaragua</b>	Sputnik-V	COVAX facility, Sputnik V, Moderna, AstraZeneca-Oxford y Covaxina
<b>Panamá</b>	Pfizer-BioNTech	COVAX facility, Pfizer-BioNTech Janssen, AstraZeneca-Oxford y Sputnik V
<b>Paraguay</b>	AstraZeneca-Oxford, Sputnik-V	COVAX facility, Sputnik V y anónimo (x1)
<b>Perú</b>	Pfizer-BioNTech, Sinopharm	COVAX facility, AstraZeneca-Oxford, Sinopharm, Pfizer-BioNTech
<b>República Dominicana</b>	AstraZeneca-Oxford	COVAX facility, Pfizer-BioNTech y AstraZeneca-Oxford
<b>San Cristóbal y Nieves</b>	-	COVAX AMC
<b>San Vicente y las Granadinas</b>	AstraZeneca-Oxford (negociaciones)	COVAX AMC, CARICOM
<b>Santa Lucía</b>	-	COVAX AMC
<b>Surinam</b>	-	COVAX AMC
<b>Trinidad y Tobago</b>	-	COVAX AMC
<b>Uruguay</b>	Pfizer-BioNTech	COVAX facility, Pfizer-BioNTech y Sinovac; AstraZeneca, Sputnik V y Janssen (en negociación)
<b>Venezuela</b>	Sputnik V y AstraZeneca-Oxford	COVAX facility y Sputnik V

Fuente: Elaboración propia a partir de datos nacionales y regionales.  
 Datos actualizados a 26 de febrero de 2021.

**TABLA 3. Ciclo de vacunación en América Latina y el Caribe (II)**

Países	Dosis encargadas	Dosis entregadas	Inicio vacunación	Cobertura prevista	Cobertura 26/02/2021
<b>Antigua y Barbuda</b>	40.800 (COVAX)	-	-	≥ 20%	-
<b>Argentina</b>	9 mill. + 22,4 mill. + 20 mill. = 51,2 mill.	1.800.000 (Sputnik V y AstraZeneca-Oxford)	29/12/20 (Sputnik V)	66%	1,2%
<b>Bahamas</b>	100.800 (COVAX)	-	-	≥ 20%	-
<b>Barbados</b>	100.800 + 200.000 = 300.800	100.000 (AstraZeneca-Oxford)	17/02/2021 (AstraZeneca)	≥ 50%	8,9%
<b>Belize</b>	100.800 (COVAX)	-	-	≥ 20%	-
<b>Bolivia</b>	5,1 mill. + 5 mill. + 5,2 mill. + 500.000 = 15,3 mill.	520.000 (Sputnik V)	29/01/21 (Sputnik V)	67%	-
<b>Brasil</b>	42,5 mill. + 104 mill. + 100 mill. + 10 mill. + 12 mill. = 268 mill. “70 mill. + 38 mill.”	8 mill. (Coronavac y AstraZeneca)	17/01/21 (Coronavac)	70%	2,9%
<b>Chile</b>	8 mill. + 10 mill. + 14,4 mill. + 10 mill. + 4 mill. = 42,4 mill.	> 4 mill (Pfizer-BioNTech y Coronavac)	24/12/20 (Pfizer-BioNTech)	80% (2021) 100%	16,5%
<b>Colombia</b>	20 mill. + 10 mill. + 10 mill. + 9 mill. + 10 mill. + 2,5 mill. = 61,5 mill.	100.000	17/02/2021 (Coronavac)	70%	0,1%
<b>Costa Rica</b>	2 mill. + 3 mill. + 1 mill. = 6 mill.	104.325 (Pfizer-BioNTech)	24/12/20 (Pfizer-BioNTech)	70%	1,1%
<b>Cuba</b>	“100%” (Soberana 02)	0	-	“100%”	-
<b>Dominica</b>	28.800 (COVAX)	-	-	≥ 20%	-

Países	Dosis encargadas	Dosis entregadas	Inicio vacunación	Cobertura prevista	Cobertura 26/02/2021
<b>Ecuador</b>	7 mill. + 10 mill. + 5 mill. + 2 mill. = 24 mill.	8.000 (Pfizer- BioNTech)	21/01/21 (Pfizer- BioNTech)	> 60%	0,1%
<b>El Salvador</b>	2,5 mill. + 2 mill. = 4,5 mill.	20.000 (Covishield)	17/02/2021 (Covishield)	100%	-
<b>Granada</b>	45.600 (COVAX)	-	-	≥ 20%	-
<b>Guatemala</b>	-	10.000 (Moderna)	25/02/21 (Moderna)	50%	-
<b>Guyana</b>	320.000 (COVAX) + 20.000 (Sinovac) = 340.000	0	-	≥ 20%	0,2%
<b>Haití</b>	4,5 mill. (COVAX)	0	-	≥ 20%	-
<b>Honduras</b>	4 mill. + 4 mill. + 1,4 mill. = 9,4 mill.	10.000 (Moderna)	-	50%	-
<b>Jamaica</b>	4 mill. + 250.000 = 4,25 mill.	0	-	≥ 40%	-
<b>México</b>	51,5 mill. + 34,4 mill. + 77,4 mill. + 70 mill. + 24 mill. = 191,8 mill.	> 650.000	24/12/20 (Pfizer- BioNTech)	70%	1,2%
<b>Nicaragua</b>	2,6 mill. + 3,8 mill. + 1,5 mill. + 2,16 mill. = 10 mill.	0	-	≥ 75%	-
<b>Panamá</b>	1,1 mill. + 3 mill. + 300.000 + 1 mill. + 3 mill. = 8,4 mill.	12.840 (Pfizer- BioNTech)	20/01/21 (Pfizer- BioNTech)	>80%	-
<b>Paraguay</b>	4.279.800 + 1 mill. + 2 mill. = 7,3 mill.	4.000 (Sputnik-V)	22/02/2021 (Sputnik-V)	30% (2021) 60%	-
<b>Perú</b>	13,2 mill. + 14 mill. + 38 mill. + 20 mill. = 85,2 mill.	300.000 (Sinopharm)	10/02/2021 (Sinopharm)	> 80%	0,7%



Países	Dosis encargadas	Dosis entregadas	Inicio vacunación	Cobertura prevista	Cobertura 26/02/2021
<b>República Dominicana</b>	4,2 mill. + 7,9 mill. + 10 mill. = 22,1 mill.	20.000 (AstraZeneca- Oxford)	16/02/2021 (AstraZeneca)	>80%	0,2%
<b>San Cristóbal y Nieves</b>	22.200 (COVAX)	0	-	≥ 20%	-
<b>San Vicente y las Granadinas</b>	45.600 + 21.600 = 67.200	20 (Sputnik V)	-	≥ 60%	-
<b>Santa Lucía</b>	74.400 (COVAX)	0	-	≥ 20%	-
<b>Surinam</b>	230.400 (COVAX)	0	-	≥ 20%	-
<b>Trinidad y Tobago</b>	556.000 (COVAX)	0	-	≥ 20%	-
<b>Uruguay</b>	698.800 + 2 mill. + 1,7 mill. = 4,4 mill.	192.000 (Sinovac)	1 de marzo	65%	-
<b>Venezuela</b>	11,54 mill. + 10 mill. = 11,43 mill.	0	Abril	≥ 35%	-

Fuente: Elaboración propia a partir de datos nacionales y regionales. La cobertura prevista se refiere al total de vacunas encargadas. La cobertura de vacunación a la fecha indicada se refiere al porcentaje de personas vacunadas.

Datos de One World In Data, actualizados a 26 de febrero de 2021.

**Fundación Carolina, marzo 2021**

Fundación Carolina  
C/ Serrano Galvache, 26.  
Torre Sur, 3ª planta  
28071 Madrid - España  
[www.fundacioncarolina.es](http://www.fundacioncarolina.es)  
@Red\_Carolina

ISSN: 2695-4362  
[https://doi.org/10.33960/AC\\_05.2021](https://doi.org/10.33960/AC_05.2021)

La Fundación Carolina no comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los textos firmados por los autores y autoras que publica.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)