

“EN ESTOS MOMENTOS, QUIEN TIENE LA VACUNA TIENE EL PODER DE RECUPERAR LA ECONOMÍA”

Eduard Soler, investigador de CIDOB,

EN CONVERSACIÓN CON

Rafael Vilasanjuan

director de análisis y desarrollo de ISGlobal

RAFAEL VILASANJUAN

(Barcelona, 1961) es un periodista que combina como pocos una excelente capacidad de comunicación con el activismo desde la sociedad civil para, además de narrar la actualidad, actuar en beneficio de la sociedad internacional. Licenciado en Ciencias de la Información por la UAB, desde 2011 es director de Análisis y Desarrollo Global de ISGlobal (Instituto de Salud Global Barcelona). Ha trabajado durante más de 12 años con Médicos Sin Fronteras (MSF), como director de Comunicación, director general de la sección española y, más tarde, como secretario general de MSF Internacional hasta 2005. Actualmente es miembro del comité asesor de Democracia Abierta (Open Democracy) y miembro del Consejo Asesor del IFIT (Insitute for Integrated Transitions). Cuando Vilasanjuan habla de la importancia de las vacunas, lo hace con conocimiento de causa, ya que entre 2017 y 2019 ejerció de presidente del Comité Directivo de Sociedad Civil de GAVI (Global Alliance of Vaccines Immunization), la gran apuesta de la comunidad internacional para inmunizar a todos aquellos países que no pueden costearse las campañas de vacunación, y, desde 2020, es miembro alterno de su Patronato en representación de las organizaciones de sociedad civil. Fue también subdirector del Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona (CCCB) del 2006 al 2011.

ES: En el contexto actual, tan marcado por la pandemia de la COVID-19, y en el que tendemos a vincular la noción de geopolítica a casi todo, ¿es adecuado que se hable de geopolítica de la salud, en términos similares a como se hace, por ejemplo, con relación a Internet o la energía?

RV: Sí, nunca había sido más correcto expresarse en estos términos. Tras la pandemia, la salud se ha convertido en el elemento geoestratégico central en la agenda global. Antes de la pandemia, ya estábamos familiarizados con la noción de diplomacia de la salud –entendida como parte del *poder blando*– pero en el momento actual, esto ha evolucionado en dos direcciones. En primer lugar, alterando el propio concepto de salud, que ha dejado de ser una *commodity* o un gesto solidario del Norte rico con el Sur pobre para convertirse en un activo para la seguridad de todos. ¿Y qué ocurre con la desesperación de todos los gobiernos frente a la pandemia? Que, de la mano de la desesperanza, viene también la diplomacia para tejer nuevas relaciones entre países, con la vacuna como principal moneda de cambio, más allá del enfoque de cooperación que acostumbraba a tener. En segundo lugar, el concepto de seguridad humana también cambia: hoy no hay seguridad para nadie si no hay seguridad para todos. Por lo tanto, el interés por llevar la salud al conjunto de la comunidad internacional ahora no es solo una prioridad para los países de rentas bajas, tradicionalmente receptores, sino también para los países de rentas altas, que son los que marcan el curso de la agenda global. Estos cambios están aquí para quedarse.

ES: ¿Cómo ha alterado la pandemia actual de la COVID-19 la estructura del sistema internacional?, ¿quiénes son los actores más relevantes y qué medios utilizan para proyectar su influencia?

RV: La pandemia ha acelerado unas tendencias de fondo que ya se estaban dando lentamente y que ahora ocupan un lugar preeminente. Por ejemplo, ha subrayado que las instituciones internacionales, tal y como están planteadas, no nos sirven para gestionar retos globales como esta pandemia. Los fallos en el sistema de Naciones Unidas o en el sistema de la OMS han evidenciado que estos organismos están demasiado subordinados a una estructura que depende de los estados, y, por tanto, que necesitan una reformulación. Ante su inoperancia y lentitud, otras pequeñas organizaciones y *holdings* público-privados han impulsado la agenda política, logrando una respuesta mucho más rápida que la que los organismos clásicos han podido dar. La salud se ha convertido en la seguridad de todos y se ha puesto al nivel, por ejemplo, de la defensa. En estos momentos quien tiene la vacuna tiene el poder de recuperar la economía, las relaciones laborales, los viajes, la movilidad, las relaciones sociales, etc. Este es todo el poder que busca un Estado. La salud está cambiando el panorama internacional de relaciones, también en el ámbito multilateral, el cual está en proceso de reconstrucción.

ES: Hablando del efecto subrayador de la pandemia de la desigualdad entre estados, entre los que tienen y los que no tienen los recursos sanitarios necesarios: ¿Se podría hablar entonces de diferentes “ligas” de actores? Y, si es así, ¿cuáles serían hoy las grandes potencias sanitarias del panorama internacional?

RV: Sí, es evidente que existen distintas situaciones. Lo vemos, por ejemplo, en relación con el desarrollo de la vacuna que requiere de alta tecnología, investigación e innovación, y de una capacidad de desarrollar y producir que no está al alcance de todos los países. No pode-



mos negar que existe un primer nivel de actores, y que esto agudiza las diferencias existentes. Sin embargo, en el caso que nos ocupa también tenemos buenas noticias, como por ejemplo el hecho que hemos recortado el tiempo de desarrollo y distribución de la vacuna más allá de los países de este primer nivel. Si nos remontamos a los años ochenta, desde que se descubrió el tratamiento para el sida hasta que se empezó a distribuir entre las poblaciones africanas pasaron diez años; durante ese tiempo solo se trataba al 3% de los enfermos, mientras que al 97% restante no les llegaban los medicamentos. En cambio, desde que se descubrió la genética del virus de la COVID-19 hasta que se puso la primera vacuna a una mujer en Coventry (Inglaterra), en diciembre de 2020, pasaron 333 días, lo que es un récord enorme. Es más, desde esa primera vacuna hasta que las primeras dosis llegaron a África, concretamente a Ghana, pasaron solamente 2 meses y medio. Sin duda, eso es un logro. No obstante, queda mucho terreno por recorrer. Al término del primer año de vacunación, algunos países aspiran a tener vacunada al 80% de su población, mientras que otros, los de rentas más bajas, apuntan tan solo al 20%. En términos generales, pues, la inequidad aumenta, lo que va en contra también de los intereses de las economías avanzadas; sin embargo ¿qué líder político de un país de renta alta tendría el coraje de reconocer que quizá sea más inteligente vacunar al 40% de su población y al 40% de la población de otros países? De ahí surge la necesidad de crear una plataforma internacional para la vacunación como Covax, que tiene como objetivo llevar dosis a los países de rentas medias y bajas, y favorecer una plataforma de compra para otros países.

ES: En cuanto al papel de las potencias internacionales, ¿se está avanzando hacia la creación de constelaciones sanitarias alrededor de las nuevas potencias sanitarias o farmacéuticas, como China, Rusia o India?

RV: En términos geopolíticos o geoestratégicos la vacuna juega un papel similar al que juega una bomba nuclear en materia de conflictos. Quien tiene la vacuna tiene mucho poder, porque es el único instrumento que, hoy por hoy, es efectivo para frenar el avance de la pandemia, si dejamos a un lado las medidas no farmacológicas, como el uso de mascarillas, las restricciones a la movilidad, etc. La vacuna se ha convertido en el tema sobre el que pivota toda la política internacional en estos momentos. Hasta ahora Europa, EEUU y Gran Bretaña eran grandes diseñadores de vacunas, grandes espacios donde los laboratorios investigaban los antígenos, veían cómo se desarrollaban, lanzaban nuevos productos al mercado... pero no eran grandes productores; estos han sido tradicionalmente grandes potencias no occidentales, con una elevada capacidad tecnológica, como por ejemplo India, primer productor mundial de vacunas desde hace ya treinta o cuarenta años, y donde se encuentra el centro privado Serum Institute, el gran motor de la producción mundial de vacunas (AstraZeneca, Novavax y Pfizer). En el caso de China y Rusia, su modelo de producción es algo diferente, ya que se basa en conglomerados público-estatales que dependen de la estructura estatal para poder desarrollarlas; sin embargo, también tienen una gran tradición no solo de producción sino también de conocimiento. Y, ciertamente, en la capacidad de vincular geoestrategia y capacidad de producción Moscú y Beijing han actuado con mayor rapidez que el resto.



ES: En geopolítica, uno de los conceptos clave es la frontera, en sus múltiples interpretaciones. ¿Qué efectos va a tener esta pandemia sobre las fronteras en el mundo?, ¿es posible que se estén creando fronteras sanitarias a nivel global?

RV: Sin duda lo vamos a ver, se van a establecer fronteras sanitarias, y la prueba de ello es que, en Europa, por encima del concepto de derechos humanos, estamos hablando ya del pasaporte sanitario para permitir cruzar fronteras estatales e intra-estatales. Hemos visto cómo se creaban nuevas fronteras preventivas, quizá no físicas, pero muy reales, entre algunos estados, y también fronteras de movilidad dentro del mismo estado, como fue el caso de París en Francia o España con los cierres entre comunidades autónomas. Es muy probable que estas fronteras puedan mantenerse o recrearse por tres razones. En primer lugar, si no alcanzamos una equidad de la vacunación no podremos abrir las fronteras entre Europa y América Latina: si en Europa se vacuna de media el 70% de la población y en América Latina se vacuna al 30%, sin una vacunación similar, no recuperaremos la movilidad entre estos dos continentes. Un ejemplo reciente se ha dado con las peregrinaciones a La Meca, que han disparado los contagios de polio justamente en Siria, dado que allí se había dejado de vacunar de esta enfermedad. Lo mismo puede suceder también con la COVID-19. En segundo lugar, las fronteras se van a mantener debido a las mutaciones del virus, que ya han aparecido, y que, con las fronteras abiertas, nos exponen a que se eche por tierra todo el esfuerzo de la vacunación, lo que implicaría nuevas vacunas y nuevas campañas. Y, en tercer lugar, porque la lucha contra la COVID-19 ha paralizado la vacunación de otras enfermedades infecciosas, como el sarampión, la meningitis o la neumonía, que con las fronteras abiertas podrían regresar y rebrotar de manera descontrolada. Todo ello nos lleva a pensar que veremos un mundo de fronteras complejas en la próxima década, muy ligadas a las cuestiones de salud. Es debido a ello que ya se plantean posibles fórmulas para salvarlas, como es el caso de los pasaportes sanitarios o, como debería ser, promoviendo una mayor equidad en la vacunación.



Tras la pandemia, la salud se ha convertido en el elemento geoestratégico central en la agenda global

ES: Debido al ritmo distinto de la vacunación, ¿se creará una línea divisoria dentro del sistema internacional entre los vacunados y los no vacunados, con posibles efectos políticos a nivel internacional?

RV: A corto plazo veremos diferencias provocadas por el desigual acceso a la vacuna. Debemos evitar que este sea un factor de discriminación, corremos el riesgo que se trace una línea por el miedo que tienen los estados de volver a sufrir una nueva infección descontrolada. Sin embargo, las propias dinámicas que impulsaron la globalización nos ayudarán a encontrar soluciones, de manera similar a como Europa ha actuado de manera conjunta en la compra de vacunas. Es muy posible que otros mercados regionales, como los africanos, asiáticos o latinoamericanos, decidan tomar medidas para mantener abierto el flujo comercial del que dependen, en buena medida, sus economías.

ES: ...lo que obligará a repensar las relaciones de vecindad...

RV: Sí, exactamente, esto conduce a un replanteamiento total las relaciones de vecindad, pero también más allá. Un buen ejemplo lo tenemos con las relaciones entre Brasil y China: si bien en un primer momento el gobierno de Bolsonaro fue de los primeros en vetar la entrada de la compañía tecnológica china, Huawei, a su mercado nacional, más tarde y a cambio del acceso a la vacuna china, Brasil ha cambiado su posición y ahora le permite la entrada. Es un caso paradigmático de este replanteamiento, de una nueva relación geoestratégica que surge de la necesidad.

ES: Hablando de Brasil y de las dificultades de acceso a la vacuna; mecanismos como Covax ponen el foco en los países de renta más baja, mientras que los países de renta alta, acceden directamente a las vacunas; ¿qué ocurre con los países de renta media, como hay muchos en América Latina?, ¿corren el riesgo de quedar en una suerte de limbo?

RV: Efectivamente, ese riesgo existe. Covax ha creado una plataforma para facilitar vacunas de la COVID-19 a los países de renta baja que no van a poder acceder a ella por motivos de precio, de demanda o de abastecimiento, pero no solamente; desde su puesta en marcha contempla también abastecer a aquellos países de renta media que económicamente podrían acceder a la vacuna, pero que no van a poder comprarla por la escasez y el acaparamiento. En estos momentos, Covax tiene capacidad de compra para cubrir solo el 20% de los 92 países de renta baja, a los que se les financia la vacuna, y lo mismo para otros 90 países de renta media que pagan por sus dosis. Si no existe monopolio, las vacunas no son un producto caro, ni para los países ricos ni tampoco para los de renta media. Como vimos en el caso de las mascarillas, si la compra hubiera sido libre, el precio se habría disparado, si bien es cierto que el mercado de la vacuna se ha regulado un poco mejor debido a que existen diversas alternativas. Pero el precio no es el único factor; otro elemento esencial es la disponibilidad. Todo ello ha provocado que los países de renta media estén buscando nuevas fórmulas para salir de la crisis, entre ellas establecer nuevos acuerdos internacionales. En América Latina, por ejemplo, hallamos casos de países con gran capacidad industrial y tecnológicamente avanzados, como Brasil, Argentina, Colombia, o en el caso peculiar de México, que prácticamente suministra todas las vacunas existentes, algo que ha logrado a partir de producción interna y también mediante acuerdos con Rusia y China.

ES: ¿Cómo afecta el debate de patentes en la actual pandemia?, ¿qué ideas están encima de la mesa para salir de ella?

RV: El debate sobre las patentes está más abierto que nunca. Sin embargo, este es un debate a largo plazo y que no va a cambiar en absoluto la respuesta a la pandemia actual. No obstante, el debate debe darse, ya que el actual sistema de innovación y desarrollo en el ámbito

farmacéutico se rige por el mercado, y no por criterios de salud pública; debemos cambiar este paradigma, y hay varias cosas a mejorar. En primer lugar, los contratos públicos deben ser transparentes en cuestiones como la producción, las responsabilidades o las indemnizaciones. Esto no implica que no deba regir la confidencialidad sobre algunos aspectos de la negociación, pero estos deben quedar fuera del contrato. En segundo lugar, y muy importante, debemos incidir en la responsabilidad de compra, estableciendo mecanismos de compensación que den prioridad de compra de productos futuros a aquellos laboratorios y compañías farmacéuticas que se comporten de manera transparente; eso ya transformaría significativamente el sistema actual de acceso y limitaría abusos del sistema actual de patentes. También la OMC debería impulsar los me-

Es urgente reformular el sistema internacional, que se ha mostrado obsoleto ya que este fue construido en base a instituciones diseñadas para lidiar con la seguridad del siglo pasado, no para un concepto de seguridad del siglo que viene

canismos de flexibilidad para garantizar más producción y de más calidad para todos los países. Y aquí tenemos una buena noticia con el nombramiento de la nigeriana Ngozi Okonjo-Iweala como nueva secretaria general de la organización, ya que es la antigua presidenta del comité de dirección de la Alianza Mundial de la vacuna (GAVI), y una persona muy sólidamente comprometida con el concepto de vacunas, su distribución equitativa y muy conocedora de la realidad en los países africanos. La sociedad civil también debe seguir presionando para cambiar el modelo, aunque solo sea para cambiarlo parcialmente, ya que si algo es seguro es que en el futuro habrá más crisis sanitarias. El momento es idóneo: por primera vez la Comisión Europea, los estados y la OMC coinciden en que el sistema actual no funciona. Para empezar, debemos ser flexibles al máximo para aumentar la producción de vacunas, que es el principal problema que ahora genera el sistema.

ES: En un momento de escasez como el actual, acostumbra a dar lugar a un cierto egoísmo y un repliegue hacia lo nacional: ¿se puede hablar de un nacionalismo sanitario o un nacionalismo de las vacunas?

RV: Sí, absolutamente. El nacionalismo de las vacunas ha funcionado desde el primer momento. Desde el instante en que la vacuna se convierte en la salvación de la economía, se empieza a poner al nacionalismo por encima del interés colectivo y global. Lo ha hecho EEUU con el programa *Warp Speed* (subiendo la capacidad de producción de vacunas en EEUU al máximo), y lo ha hecho Europa financiando todas las vacunas europeas en proceso de investigación a cambio de dosis futuras. Y ahora tam-

bién asistimos al nacionalismo en la distribución, como por ejemplo en India, principal productor de vacunas mundial y que ha aprobado recientemente una ley para impedir que parte de su producción salga más allá de sus fronteras. En la misma línea, EEUU ha bloqueado las exportaciones de sus vacunas hasta cubrir a toda su población. Europa también ha puesto barreras a la distribución de las vacunas, cancelando envíos a Australia y a otros países. Sin embargo, en referencia a Europa podemos señalar dos aspectos positivos: el primero, que Europa ha actuado por primera vez en su historia como una nación, lo que de manera inesperada, ha dado lugar al tan ansiado *Demos europeo*. En segundo lugar, como consecuencia de la necesidad de negociar y comprar vacunas conjuntamente, se ha puesto de manifiesto que Europa debería tener un mecanismo de compra común, lo que supone un gran avance que viene a completar de forma conjunta los mecanismos internos de redistribución y compensación.

ES: ¿Qué impacto ha tenido la pandemia sobre los conflictos y las crisis humanitarias? ¿Puede la pandemia aumentar el riesgo de conflictividad internacional futura? o, por el contrario, ¿puede ser una oportunidad para superar diferencias y empezar a cooperar?

RV: Si analizamos cualquier conflicto o estado frágil en la actualidad, sea el que sea, veremos que la vacuna se está utilizando exactamente igual que en el ámbito general, de manera estratégica, cortando el acceso a la vacuna a los territorios no controlados por el Estado, algo que, dicho sea de paso, es un crimen en el derecho internacional humanitario. Los estados tienen más acceso a las vacunas que los grupos rebeldes, por ejemplo. También los migrantes internacionales quedan fuera de los programas nacionales de vacunación, por ejemplo, en el caso de Colombia, donde hay más de un millón de personas originarias de Venezuela en las zonas fronterizas que están fuera del programa nacional de vacunación; y lo mismo sucede en Pakistán. Covax ha abierto una bolsa humanitaria de vacunas, pero persiste el problema de cómo distribuirlas, ya que si se entregan a los estados, sabemos que las utilizarán como estrategia de conflicto, sin garantía de que lleguen a toda la población. Si, por el contrario, se buscan medios alternativos de distribución, el riesgo es que no se permita el acceso a las zonas más necesitadas. Asistimos pues a una precarización de las poblaciones desplazadas en contextos humanitarios, lo que agravará los mismos conflictos. Una muestra de ello es el conflicto entre Israel y Palestina; no tiene ningún sentido que Israel tenga vacunado a un porcentaje enorme de su población y, en cambio, no se esté vacunando a población palestina, especialmente en Gaza y Cisjordania, zonas donde Israel mantiene un control *de facto*. La vacuna se ha convertido en una herramienta de control en zonas de conflicto o estados frágiles, con la voluntad de obtener un mayor control de la población o incluso ganar un conflicto.

ES: Después de más de un año de pandemia, ¿cuáles son las cosas que se han hecho bien y en cuáles se ha fallado como sociedad para afrontar esta situación excepcional?

RV: Se han hecho cosas desastrosamente mal. Llama la atención la arrogancia, particularmente en occidente, de pensar que una enfermedad infecciosa nunca podría impactarnos del modo en el que lo ha hecho. Muchísi-

mas personas e instituciones habían alertado del riesgo, pero nunca se habían tomado medidas efectivas; lo mismo que sucede, por ejemplo, con el cambio climático. Un aspecto positivo de lo ocurrido es que nos hemos dado cuenta de la urgencia de reformular el sistema internacional, que se ha mostrado obsoleto, ya que fue construido en base a instituciones diseñadas para lidiar con la seguridad del siglo pasado, no para un concepto de seguridad del siglo que viene. La amenaza de nuevas emergencias globales futuras se mantiene. A modo de conclusión tenemos tres retos fundamentales para el futuro próximo: en primer lugar, el reto de la salud, que dependerá de las enfermedades infecciosas, pero también de enfermedades crónicas a consecuencia del medio ambiente, la polución, etc. En segundo lugar, el cambio climático, que ya está presente y por lo tanto requiere de una respuesta firme e inmediata; en este sentido, los mecanismos que tenemos para actuar no están suficiente bien organizados, especialmente por lo que a la toma de decisiones se refiere. Y, en tercer lugar, los movimientos de población, que se van a mantener estables y continuos en el tiempo, especialmente alimentados por cuestiones de salud y de cambio climático, lo que nos obligará a gestionarlos de una manera absolutamente diferente. Ninguno de estos tres retos puede ser abordado por un Estado en solitario, es decir, necesitamos nuevos acuerdos globales, y ese es el gran reto que tenemos por delante, y el legado que nos deja la pandemia de la COVID-19.



Esta entrevista es una síntesis editada de una conversación más extensa, que se encuentra disponible en formato vídeo en el [canal Youtube de CIDOB](#), y a la que se puede acceder mediante el siguiente código QR.