



Asamblea General

Distr. general
3 de enero de 2023
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

52º período de sesiones

27 de febrero a 31 de marzo de 2023

Temas 2 y 3 de la agenda

Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Asegurar el acceso equitativo, asequible, oportuno y universal de todos los países a las vacunas para hacer frente a la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)

Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

Resumen

En el presente informe, elaborado en cumplimiento de la resolución 49/25 del Consejo de Derechos Humanos, se analizan las consecuencias para los derechos humanos, las buenas prácticas y los principales desafíos del acceso universal a las vacunas contra la COVID-19 y su distribución de manera asequible, oportuna, equitativa y universal, así como las repercusiones en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El acceso universal y equitativo a las vacunas, los medicamentos y los tratamientos es esencial para invertir la tendencia de una pandemia. Entre las numerosas enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19 figura la necesidad de idear estrategias de vacunación sostenibles y basadas en los derechos humanos, aumentar la inversión en los sistemas de salud para ampliar la cobertura sanitaria universal, reforzar la cooperación internacional y las alianzas innovadoras y fortalecer los marcos jurídicos basados en los derechos humanos, a fin de garantizar una respuesta mundial eficaz a las futuras pandemias.



I. Introducción

1. El mundo ha pagado a un precio muy alto su incapacidad de garantizar un acceso universal y equitativo a las vacunas contra la enfermedad por coronavirus (COVID-19), que ha tenido consecuencias nefastas para el disfrute de los derechos humanos y ha agravado las desigualdades dentro de los Estados y entre ellos.
2. El comienzo de la pandemia de COVID-19 se caracterizó por la competencia por las escasas existencias de vacunas, con un nacionalismo vacunal, un almacenamiento de existencias y una prohibición de exportación cortoplacistas y contrarios a las obligaciones internacionales. En la actualidad, con una capacidad de producción anual de entre 11.000 y 16.000 millones de dosis, el abastecimiento mundial de vacunas contra la COVID-19 es abundante¹. Así pues, hay vacunas suficientes para los países de ingresos más bajos. Aunque el 63 % de la población mundial ha recibido la pauta de primovacunación, sigue habiendo desigualdades considerables entre las regiones y los grupos de población². El riesgo de mutaciones del virus sigue siendo elevado y persiste la incertidumbre en cuanto a la resistencia y la duración de la inmunidad conferida por la vacunación. Para poner fin a la pandemia, será fundamental mantener una respuesta mundial coordinada.
3. En el presente informe se analizan las consecuencias para los derechos humanos, las buenas prácticas y los principales desafíos del acceso universal a las vacunas contra la COVID-19 y su distribución de manera asequible, oportuna, equitativa y universal, así como las repercusiones en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El informe se presenta en cumplimiento de la resolución 49/25 del Consejo de Derechos Humanos y debe leerse junto con el informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre las consecuencias en relación con los derechos humanos de las deficiencias en el acceso a las vacunas contra la COVID-19 y su distribución de manera asequible, oportuna, equitativa y universal, y el aumento de las desigualdades entre los Estados³.
4. En su resolución 49/25, el Consejo de Derechos Humanos solicitó a la Alta Comisionada que preparara el presente informe en consulta con los Estados, los organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas, en particular la Organización Mundial de la Salud, los procedimientos especiales del Consejo, los órganos creados en virtud de tratados, las organizaciones de la sociedad civil y otros interesados. Se recibieron 26 contribuciones escritas, entre ellas 15 de Estados, en respuesta a una solicitud de aportaciones⁴.

II. Consecuencias para los derechos humanos, buenas prácticas y principales desafíos

5. El acceso equitativo, asequible, justo, seguro, oportuno y universal a las vacunas es un factor determinante del derecho a la salud y es esencial para invertir la tendencia de una pandemia.
6. Las promesas de equidad vacunal no bastaron para evitar muchas de las muertes por COVID-19 en los países de ingresos más bajos. Se calcula que podrían haberse evitado unas 600.000 muertes en todo el mundo si todos los países hubieran alcanzado una cobertura de primovacunación del 40 % a finales de 2021, un objetivo que se habría podido lograr con las existencias de vacunas disponibles si estas se hubieran distribuido equitativamente⁵. La incapacidad de lograr la equidad vacunal tuvo consecuencias directas para varios derechos

¹ Véase la contribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que puede consultarse en <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2022/call-inputs-high-commissioners-report-human-rights-implications-and-good>.

² Véase <https://news.un.org/en/story/2022/11/1130402>.

³ A/HRC/49/35.

⁴ Las contribuciones recibidas pueden consultarse en <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2022/call-inputs-high-commissioners-report-human-rights-implications-and-good>.

⁵ Oliver J. Watson y otros, "Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study", *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 22, núm. 9 (septiembre de 2022).

humanos, como los derechos a la vida, a la salud, a la igualdad y a la no discriminación. La inequidad vacunal también agudizó las desigualdades sociales y económicas existentes y debilitó la cohesión social⁶. Asimismo, puso de manifiesto lagunas importantes con respecto a la eficacia de las acciones multilaterales justo cuando más se necesitaban⁷.

A. Estrategia de vacunación basada en los derechos humanos

1. Respeto del principio de no discriminación

7. La no discriminación y la igualdad son principios fundamentales en los que deben basarse las estrategias de preparación y respuesta frente a las pandemias. Las vacunas contra la COVID-19 deberían ser asequibles para todos y accesibles sin discriminación, evitando enfoques excluyentes que refuerzan las desigualdades existentes. La adopción de un enfoque interseccional basado en los derechos humanos y acorde con el principio de no discriminación requiere que se tengan en cuenta las vulnerabilidades, los riesgos y las necesidades de los grupos que, debido a factores sociales, geográficos o biomédicos subyacentes, corren el riesgo de soportar una mayor carga de la pandemia de COVID-19⁸.

8. Varios países⁹ señalaron que, al desplegar las vacunas, se había prestado particular atención a las poblaciones más expuestas al riesgo y a aquellas en situaciones de vulnerabilidad o marginación, como las personas de edad, las personas con discapacidad, las personas pertenecientes a grupos minoritarios, los migrantes, los pueblos indígenas, las personas detenidas y las personas LGBTIQ+.

9. Sin embargo, en muchos lugares la discriminación y las desigualdades estructurales dieron lugar a un acceso inquietantemente desigual a las vacunas contra la COVID-19. Al diseñar las respuestas sanitarias a la pandemia apenas se ha tenido en cuenta a las personas que pertenecen a grupos minoritarios, que tienen unas tasas de vacunación más bajas¹⁰. En algunas regiones no se ha dado prioridad a la vacunación de los trabajadores migrantes, a pesar del alto riesgo de infección por COVID-19 a que los exponen sus condiciones de vida, y algunos de ellos estuvieron amenazados por la exclusión de los programas nacionales de vacunación debido a su situación irregular¹¹. Si bien se han realizado avances considerables, las personas refugiadas y desplazadas acogidas en países en desarrollo siguen enfrentando obstáculos para acceder a las vacunas contra la COVID-19¹². En los distintos rincones del mundo, no siempre se ha dado prioridad a la vacunación de las personas con discapacidad, que corren un mayor riesgo de sufrir efectos adversos de la COVID-19 y enfrentan barreras de accesibilidad. Las mujeres y las niñas también corren el riesgo de ser discriminadas en la distribución de las vacunas, y ello por muchas razones, como una mayor tasa de pobreza y el impacto de las normas sociales. El acceso desigual a la vacunación y a los tratamientos contra la COVID-19 también afectó considerablemente a los grupos de población marginados por motivos de raza. Además, parece ser que algunos países vacunaron a personas jóvenes y de bajo riesgo antes que a los trabajadores de la salud, las personas mayores y los grupos de riesgo¹³.

10. Según la información disponible, solo 47 de 157 países incluyeron a los apátridas en sus planes nacionales de vacunación. Aunque no se los excluyó intencionadamente de los

⁶ A/HRC/49/35, párrs. 37 y 44. Véase también <https://news.un.org/es/story/2022/03/1506362>.

⁷ Informe del Secretario General titulado “Nuestra Agenda Común” (A/75/982), párr. 60.

⁸ OMS, “Marco de valores del SAGE de la OMS para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19” (Ginebra, 2020).

⁹ Véanse, por ejemplo, las contribuciones de Azerbaiyán, Bahrein, el Ecuador y Mauricio.

¹⁰ Véase <https://www.ohchr.org/es/2020/06/disproportionate-impact-covid-19-racial-and-ethnic-minorities-needs-be-urgently-addressed?LangID=E&NewsID=25916>.

¹¹ A/HRC/47/23, párr. 33. Véase también la nota de orientación conjunta acerca de los impactos de la pandemia de COVID-19 sobre los derechos humanos de las personas migrantes, emitida por el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares y el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes (26 de mayo de 2020).

¹² Véase <https://www.acnur.org/noticias/press/2022/3/621fb90f4/acnur-destaca-los-avances-en-la-inclusion-de-las-personas-refugiadas-en.html>.

¹³ Véase <https://news.un.org/en/story/2021/03/1087992>.

programas vacunales, los apátridas y otras personas quedaron excluidas *de facto* por no tener documentos de identidad o la residencia legal. El carácter oficial de los programas de vacunación también hizo que muchas personas indocumentadas desistieran de pedir que se las vacunara por temor a ser detenidas o reclusas¹⁴.

2. Gobernanza de las vacunas basada en los derechos humanos

11. Un elemento esencial de la equidad vacunal es la gobernanza basada en los derechos humanos, que requiere transparencia en la elaboración de estrategias y planes nacionales de salud, incluidas las campañas de vacunación¹⁵.

12. Algunos países¹⁶ destacaron la importancia de desarrollar planes y estrategias de vacunación nacionales que identificaran situaciones de riesgo y grupos de vulnerabilidad, así como de evaluar las necesidades para decidir cómo distribuir las vacunas, también a nivel local. El seguimiento y la evaluación durante todo el proceso de vacunación permitieron adaptar el tamaño de los equipos de vacunación a los cambios en las necesidades locales e implementar nuevas modalidades de vacunación y alianzas estratégicas con los líderes comunitarios¹⁷.

13. La priorización en la entrega de vacunas debería basarse en protocolos y procedimientos transparentes que respeten los derechos humanos. Los objetivos de la vacunación deben basarse tanto en la equidad como en números absolutos. Los objetivos y las prioridades deberían decidirse a través de un diálogo con los grupos étnicos, culturales y comunitarios pertinentes. La participación genuina de la sociedad civil y de los actores pertinentes en los ámbitos local y nacional y la implicación de las comunidades en el desarrollo de planes y estrategias de vacunación nacionales, incluidos los protocolos de distribución de vacunas, la administración de las vacunas y la formulación de políticas relativas a la priorización de la distribución, son necesarias¹⁸ para, entre otras cosas, garantizar una mayor eficacia y frenar la corrupción en ese sector.

14. Es necesario proporcionar vacunas a las poblaciones migrantes y a las personas sin hogar, independientemente de que tengan o no un número de seguridad social o un número de identificación fiscal temporal.

15. Varios países¹⁹ informaron de que la vacunación se había llevado a cabo en fases para cubrir rápidamente a la población de mayor riesgo. Los protocolos iniciales para el despliegue vacunal dependieron del contexto y de las prioridades que se habían establecido. Algunos países empezaron vacunando a los profesionales sanitarios de primera línea, a los que siguieron otros profesionales sanitarios y los residentes en centros sanitarios de larga estancia, en particular las personas expuestas a una evolución grave de la COVID-19, como aquellas con enfermedades preexistentes o inmunodeprimidas, y las personas de edad. También se establecieron grupos de edad entre las personas mayores. Otros países dieron prioridad al personal de los aeropuertos y puertos y a los agentes de policía. Una vez que se hubo vacunado a la población de riesgo, se abrió la vacunación al resto de la población, de forma escalonada, antes de vacunar a los adolescentes y a los niños a partir de 5 años²⁰.

16. En el futuro, será importante prestar asistencia a los países para que puedan aplicar un enfoque interseccional basado en los derechos humanos al determinar qué grupos son prioritarios para la vacunación en el marco de sus estrategias y planes nacionales.

3. Promoción de la resiliencia regional y nacional

17. Al principio de la pandemia de COVID-19, algunos países de renta alta tomaron medidas que restringieron el acceso de los países de renta baja a las vacunas contra la

¹⁴ Véase la contribución de la Maat for Peace, Development and Human Rights Association.

¹⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 43 f).

¹⁶ Véanse, por ejemplo, las contribuciones de Colombia, el Ecuador, Guatemala y Polonia.

¹⁷ Véase la contribución de Guatemala.

¹⁸ Véase la contribución del Ecuador.

¹⁹ Véanse, por ejemplo, las contribuciones de Colombia y Polonia.

²⁰ Véase la contribución de Mauricio.

COVID-19 y a otros bienes conexos. Según se ha informado, algunos países promulgaron leyes para impedir la exportación de medicamentos esenciales y limitaron las exportaciones de material sanitario y de equipos de protección personal²¹. Algunos países de renta alta firmaron acuerdos de adquisición anticipada con fabricantes de vacunas contra la COVID-19 para asegurarse más dosis de las que necesitaba su población²², aunque ello fuera incompatible con la obligación que incumbe a los Estados de contribuir al disfrute de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, a nivel mundial, en particular teniendo en cuenta que el acceso universal y equitativo a las vacunas en todo el mundo²³ no estaba todavía garantizado. A la luz de la evolución de la pandemia y de las mutaciones del virus, el no haber actuado a nivel mundial o solidarizándose con otros Estados socavó el derecho a la salud en todo el mundo, incluso en los países que habían hecho acopio de vacunas. El virus no respeta fronteras, pero muchos países actuaron como así fuera, prolongando su existencia y agravando su impacto. También se informó de que los países de renta baja habían recibido después remesas de vacunas contra la COVID-19 a punto de caducar, que no se pudieron utilizar²⁴.

18. Pocos países en desarrollo cuentan con las instalaciones tecnológicas necesarias para fabricar o almacenar vacunas, personal científico para desarrollar vacunas o capacidad para producir los ingredientes. Generalmente, la red de instalaciones de salud no basta para abarcar todo el territorio, ya que faltan infraestructuras de almacenamiento y transporte refrigerados y no se dispone de suficientes centros de salud y personal sanitario para emprender campañas de vacunación masiva a corto plazo. Se necesitan una cooperación técnica y financiera internacional, una transferencia de tecnologías y equipos a precios asequibles, una comercialización de insumos sin restricciones y capacitación para crear o incrementar la capacidad de producción de vacunas en los países en desarrollo, de modo que puedan llevar cabo campañas de vacunación masiva²⁵.

19. Uno de los factores responsables de la inequidad vacunal es el número insuficiente de fabricantes de vacunas. Incrementar la producción de vacunas en los países de renta baja, entre otras cosas disociando la fabricación de las dosis donadas o del exceso de capacidad de producción en los países de renta alta, facilitaría un despliegue vacunal equitativo y universal en la fase inicial de las crisis de salud pública. La distribución equitativa de la capacidad de fabricación de vacunas tiene beneficios adicionales, como la producción de vacunas para otras enfermedades transmisibles, el aumento de las inversiones en innovación biomédica y el refuerzo de las infraestructuras de salud pública²⁶. Las medidas coercitivas unilaterales contra determinados países, que pueden dificultar el acceso a las vacunas y su distribución, deberían eliminarse²⁷.

20. Entre las iniciativas que se están llevando a cabo a nivel regional y nacional para ampliar la capacidad mundial de fabricación de vacunas, cabe mencionar las alianzas para la producción de vacunas en los países africanos iniciadas por la Unión Africana. Su objetivo es aumentar la proporción de vacunas fabricadas en África de un 1 % en 2021 a un 60 % para 2040²⁸. La creación de un centro de transferencia de tecnología para las vacunas de ARN mensajero en Sudáfrica, como aplicación concreta del concepto de laboratorio farmacéutico

²¹ Sharifah Sekalala y otros, "Health and human rights are inextricably linked in the COVID-19 response", *BMJ Global Health*, vol. 5, núm. 9 (septiembre de 2020); y Katrina Perehudoff y Jennifer Sellin, "Innovation and access to medicines under international law", en *Global Health Law Disrupted: COVID-19 and the Climate Crisis* (Leiden, Real Sociedad Neerlandesa de Derecho Internacional, 2021).

²² Armin von Bogdandy y Pedro Villarreal, "The role of international law in vaccinating against COVID-19: appraising the COVAX initiative", *Heidelberg Journal of International Law*, vol. 81, núm. 1 (2021).

²³ A/HRC/49/35, párr. 62; y E/C.12/2020/2, párr. 11.

²⁴ Véase https://www.lemonde.fr/en/science/article/2022/04/04/the-huge-waste-of-expired-covid-19-vaccines_5979632_10.html.

²⁵ Véase la contribución de Cuba.

²⁶ Victor J. Dzau, Celyne A. Balatbat y Anaeze C. Offodile II, "Closing the global vaccine equity gap: equitably distributed manufacturing", *The Lancet*, vol. 399, núm. 10339 (mayo de 2022).

²⁷ Véase la contribución de Cuba.

²⁸ Véase <https://africacdc.org/download/partnerships-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-framework-for-action/>.

con código abierto²⁹, podría conducir a una mayor independencia en términos de producción farmacéutica en la región africana, y no solo para las vacunas contra la COVID-19³⁰. La reciente creación de la Agencia Africana de Medicamentos podría constituir también una verdadera oportunidad para mejorar la capacidad reguladora en todo el continente africano. La Organización Panamericana de Salud también estableció otra plataforma regional para el avance en la producción de vacunas y otras tecnologías sanitarias relativas a la COVID-19³¹.

21. Reforzar la resiliencia de las cadenas de suministro y aumentar y diversificar la capacidad de fabricación de vacunas puede contribuir a promover la resiliencia de los países de renta baja y media. La preparación para futuras crisis sanitarias debe tener en cuenta la capacidad de los países para investigar, desarrollar, producir y distribuir todas las herramientas necesarias para el control de las pandemias, incluidas las vacunas³². En particular, debe fomentarse la capacidad y la innovación de los fabricantes de vacunas en los países de renta baja y media, incluida la capacidad reguladora.

4. Fomento y mantenimiento del uso y la demanda de vacunas

22. La reticencia a la vacunación es una cuestión compleja y constituye una de las diez principales amenazas a la salud pública identificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³³. El problema reviste especial complejidad debido a que varía en función del contexto, el país y el tipo de vacuna. Como parte de su obligación de garantizar el acceso a las vacunas, los Estados deben utilizar una gran diversidad de medios fundamentados en datos científicos para hacer frente a la reticencia a la vacunación. Estimular la demanda de vacunas se está convirtiendo en un factor esencial para reducir la amenaza que plantea la COVID-19.

23. Los argumentos para explicar el poco uso de las vacunas que hacen hincapié en la falta de conocimientos y en la información errónea, la desinformación y las teorías conspirativas pasan por alto el papel fundamental que desempeña el contexto, en particular las desigualdades estructurales y las dinámicas políticas, así como la manera en que estas afectan al acceso de los diversos grupos a las vacunas y el nivel de confianza que estos grupos tienen en las vacunas y en aquellos que las promueven. Tampoco tienen en cuenta el papel de otros actores implicados en la producción, el suministro y la distribución de las vacunas y en la comunicación al respecto³⁴: incrementar el uso de las vacunas no depende solo de la población que ha de vacunarse, sino también de otros actores, entre ellos los que facilitan la vacunación, los que planifican cómo y dónde facilitarla y los encargados de maximizar el uso de las vacunas utilizando estrategias como la persuasión y el recurso a personas de confianza que las apoyen o validen³⁵.

24. Aunque muchas regiones y muchos países presentan un elevado índice de uso de vacunas, en algunas comunidades hay factores sociales complejos que favorecen la indecisión. Por ejemplo, se ha señalado que el historial de abusos coloniales en la investigación médica y sobre vacunas en África ha menoscabado la confianza en las vacunas actuales³⁶. Como también se ha señalado, la escasez y la volubilidad del suministro de

²⁹ A/HRC/20/26, párr. 34.

³⁰ Véase <https://www.who.int/es/initiatives/the-mrna-vaccine-technology-transfer-hub>.

³¹ Véase <https://www.paho.org/es/plataforma-regional-para-avance-produccion-vacunas-otras-tecnologias-sanitarias-para-covid-19>.

³² Grupo Independiente de Alto Nivel del G20 sobre la Financiación de los Bienes Comunes Globales para la Preparación y la Respuesta frente a las Pandemias, *A Global Deal for our Pandemic Age* (2021).

³³ Véase <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

³⁴ Santiago Ripoll y otros, "Vaccine equity in multicultural urban settings: a comparative analysis of local government and community action, contextualised political economies, and moral frameworks in Marseille and London" (Londres, The British Academy, 2022), pág. 10.

³⁵ Grupo Consultivo Técnico de la OMS sobre conocimientos y ciencias del comportamiento para la salud, "Behavioural considerations for acceptance and uptake of COVID-19 vaccines" (Ginebra, 2020), pág. 2.

³⁶ Polydor Mutombo y otros, "COVID-19 vaccine hesitancy in Africa: a call to action", *The Lancet Global Health*, vol. 10, núm. 3 (marzo de 2022).

vacunas tampoco han contribuido a fomentar la confianza en estas³⁷. Asimismo, las políticas migratorias hostiles pueden haber contribuido, junto con el racismo estructural y la precariedad económica, a la inequidad vacunal en los países y entornos urbanos en el contexto de la COVID-19³⁸. De hecho, la reticencia a la vacunación parece darse con más frecuencia en los contextos de mayor desigualdad y en los que se ha limitado el disfrute del derecho de toda persona a participar en la toma de decisiones, ya que todo ello afecta a la percepción que tienen la población y los grupos del Estado y sus motivaciones³⁹.

25. Las ciencias del comportamiento, incluida la psicología social, pueden ser una ayuda fundamental para comprender las motivaciones tras las decisiones y comportamientos de las personas y para hacer frente a las distintas limitaciones psicológicas y sociales que frenan el uso de las vacunas⁴⁰. Si bien contar con una información adecuada es fundamental para superar la reticencia a la vacunación, no es suficiente para lograr cambios reales en los comportamientos; esta información debe ir acompañada de intervenciones psicosociales activas. No hay una fórmula que sirva para todos y, por ello, es necesario esforzarse continuamente por comprender mejor las preocupaciones de la población y por desarrollar estrategias de vacunación basadas en los comportamientos y adaptadas a estos, así como campañas de comunicación específicas. Las intervenciones deben ser múltiples, tener varios niveles y desplegarse en la esfera local, tomando en consideración los distintos contextos. Deben responder a los sesgos cognitivos inherentes a las personas, teniendo presente que las campañas de información errónea y desinformación⁴¹ dificultan el cribado de la información fiable⁴².

26. En este sentido, es importante trabajar con las comunidades a fin de entender qué inquietudes y obstáculos frenan la vacunación, y responder a esas inquietudes permitiéndoles participar genuinamente en las decisiones que las afectan. Las campañas de información, las encuestas, las entrevistas y otros métodos de investigación pueden ayudar a contextualizar las intervenciones. Las evaluaciones y las valoraciones rápidas permiten adaptar y adecuar las intervenciones, así como formular mensajes para reducir la reticencia a la vacunación basada en percepciones. La comunicación bidireccional entre la comunidad y la organización encargada de la ejecución puede fomentar la participación de la comunidad en la toma de decisiones e involucrar de manera efectiva a los custodios, las organizaciones confesionales, las comunidades religiosas y sus líderes⁴³.

27. La OMS ha estado trabajando en la recopilación de datos sociales y conductuales exactos y actualizados sobre la evolución de los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población. Los equipos regionales de la OMS han desarrollado herramientas e impartido capacitación para apoyar la gestión de la pandemia de COVID-19⁴⁴. Por ejemplo, la Oficina Regional para Europa de la OMS ha desarrollado una herramienta de estudio para comprender los distintos comportamientos, que, desde marzo de 2020, se utiliza para recopilar regularmente datos conductuales en 25 Estados de la región y fuera de esta⁴⁵. La herramienta se adaptó a la región africana y se puso a prueba en Nigeria y Zambia, donde se pudieron identificar los principales obstáculos que debían superarse con intervenciones fundamentadas en comportamientos. En el Pacífico Occidental, también se utilizan datos sobre el comportamiento y la percepción para fundamentar las estrategias de comunicación

³⁷ Gavin Yamey y otros, “It is not too late to achieve global covid-19 vaccine equity”, *British Medical Journal*, núm. 376 (marzo de 2022).

³⁸ MedAct, Migrants Organise y New Economics Foundation, “Patients not passports: migrants’ access to healthcare during the coronavirus crisis” (Londres, 2020); y Ripoll y otros, “Vaccine equity in multicultural urban settings”, pág. 5.

³⁹ Luisa Enria y otros, “Power, fairness and trust: understanding and engaging with vaccine trial participants and communities in the setting up the EBOVAC-Salone vaccine trial in Sierra Leone”, *BMC Public Health*, vol. 16 (noviembre de 2016).

⁴⁰ A/75/982, párr. 123. Véase también Red de Innovación de las Naciones Unidas, *Behavioural Science Report* (2021).

⁴¹ Véase <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/onu-contra-desinformacion-covid-19-ataques-ciberneticos>.

⁴² Véase <https://www.undp.org/stories/using-behavioural-insights-respond-covid-19>.

⁴³ Véase la contribución de Save the Children.

⁴⁴ Véase <https://www.who.int/initiatives/behavioural-sciences/covid-sbi-data-collection>.

⁴⁵ Véase <https://www.who.int/europe/tools-and-toolkits/who-tool-for-behavioural-insights-on-covid-19>.

y la adopción de decisiones en relación con la respuesta a la COVID-19. El diseño conductual también se está integrando en las campañas sobre la COVID-19. La OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Federación Internacional de la Cruz Roja están revisando conjuntamente datos conductuales y sociales de fuentes disponibles al público, a fin de velar por que sus comunicaciones y enfoques operativos se ajusten a las percepciones, capacidades y necesidades de la población⁴⁶.

28. Otro aspecto que influye en el uso de las vacunas es la accesibilidad de los servicios, en particular por lo que respecta a la concertación de citas y a la accesibilidad de los centros de vacunación. Se señaló que las acciones que facilitaban la vacunación, como la simplificación del procedimiento para pedir cita, las recompensas para las personas que se vacunaban y la colaboración con comunicadores de confianza habían incrementado considerablemente el uso de las vacunas⁴⁷. También se indicó que la diversificación de las personas autorizadas a administrar vacunas había acelerado la vacunación; además de los médicos, otros profesionales de la salud, como el personal de enfermería, el personal de primeros auxilios, los estudiantes de último año de medicina y los farmacéuticos, podían administrar vacunas⁴⁸. En las contribuciones recibidas también se mencionaron las campañas de vacunación a gran escala que permitían elegir el tipo de vacuna a través de un sitio web especialmente dedicado a la inscripción y la concertación de citas. Estas campañas contribuyeron a acelerar en poco tiempo el proceso de vacunación para todos los sectores de la sociedad a los que iba dirigido⁴⁹. Otra de las medidas mencionadas para fomentar el uso de las vacunas consistía en ponerlas a disposición de toda la población gratuitamente⁵⁰.

29. Algunos países⁵¹ informaron de las medidas específicas que habían tomado para garantizar el acceso a las vacunas contra la COVID-19, entre ellas el establecimiento de equipos móviles para superar los obstáculos geográficos, por ejemplo, desplegando equipos especiales de vacunación por mar, y para garantizar un enfoque inclusivo en la distribución y la administración de las vacunas. También se establecieron centros de vacunación en lugares con gran afluencia, entre ellos plazas, centros comerciales, mercados y parques⁵².

30. Asimismo, se facilitaron ejemplos de ocasiones en que se habían redoblado esfuerzos en lugares donde no se habían cumplido los objetivos de vacunación o en que había sido necesario adoptar estrategias distintas por hallarse en un contexto especialmente vulnerable, por ejemplo debido a obstáculos logísticos, la alta ruralidad, conflictos sociales o la presencia de grupos étnicos⁵³. Entre las iniciativas implementadas figuran el despliegue de equipos médicos interdisciplinarios y la aplicación de un enfoque intercultural, por ejemplo en relación con las comunidades indígenas⁵⁴. Se señaló que se había conseguido obtener el consentimiento libre e informado de las comunidades indígenas gracias a campañas de sensibilización⁵⁵ que incluían visitas a las comunidades a fin de ofrecerles información clara y fiable sobre las COVID-19 y las vacunas. También se indicó que la vacunación de algunos pueblos indígenas había requerido coordinación y cooperación institucional⁵⁶.

31. La adopción de medidas específicas para aumentar la tasa de vacunación en grupos específicos, como los refugiados y los migrantes⁵⁷ y las mujeres, ha sido crucial para incrementar el uso de las vacunas contra la COVID-19 en muchos países. Los debates celebrados en grupos de discusión con mujeres en Sudán del Sur, por ejemplo, ayudaron a identificar los obstáculos a la vacunación y contribuyeron a tomar medidas con base empírica,

⁴⁶ Red de Innovación de las Naciones Unidas, *Behavioural Science Report*, pág. 57.

⁴⁷ Véanse, por ejemplo, las contribuciones de la Arabia Saudita, el Iraq y Polonia.

⁴⁸ Véase la contribución de Polonia.

⁴⁹ Véase la contribución de Bahrein.

⁵⁰ Véase la contribución de Mauricio.

⁵¹ Véanse, por ejemplo, las contribuciones de Azerbaiyán, Bahrein, el Ecuador y Mauricio.

⁵² Véase la contribución de Guatemala.

⁵³ Véase la contribución de Colombia.

⁵⁴ Véase la contribución del Ecuador.

⁵⁵ Véase la contribución del Iraq.

⁵⁶ Véase, por ejemplo, la contribución del Ecuador.

⁵⁷ Véase OMS, "Strengthening COVID-19 vaccine demand and uptake in refugees and migrants: an operational guide" (Ginebra, 2022).

con la colaboración de mujeres influyentes, lo que incrementó significativamente las tasas de vacunación⁵⁸.

5. El papel de los gobiernos locales

32. Si bien los Gobiernos nacionales desempeñan una función importante en la promoción y protección de los derechos humanos, las ciudades y los gobiernos locales y regionales están en primera línea por lo que respecta al logro de la plena efectividad de los derechos humanos de todas las personas. Los gobiernos locales pueden desempeñar un papel fundamental en las campañas de vacunación entre la población local y en el despliegue de la vacunación, entre otras cosas mejorando su accesibilidad y aceptación por la población. Conocen bien a los ciudadanos y tienen un acceso único a ellos, en particular a los menos visibles y los más marginados. El Secretario General, reconociendo la necesidad de intensificar la colaboración con las autoridades subnacionales, anunció la creación de un Grupo Consultivo sobre Gobiernos Locales y Regionales en su informe titulado “Nuestra Agenda Común” (párr. 119).

33. Algo que pueden llevar a cabo las autoridades nacionales y locales es el mapeo de las desigualdades y sus causas fundamentales, para poder hacerles frente al desarrollar y aplicar estrategias de vacunación, de modo que lleguen a las personas más marginadas. Para ello, sería necesario realizar una evaluación de las necesidades basada en los derechos humanos, incluidas las necesidades de las personas con discapacidad, en particular los niños y niñas con discapacidad, las mujeres y las niñas, las personas que requieren más apoyo y las personas mayores. Además, las autoridades locales tienen una función clave que desempeñar para garantizar el acceso ininterrumpido de todas las personas a los servicios sanitarios y sociales adecuados, en pie de igualdad y sin discriminación⁵⁹.

34. Entre los ejemplos de iniciativas de gobiernos locales para llevar a cabo la vacunación figuran el despliegue de equipos móviles para vacunar a los grupos marginados, la colaboración con solicitantes de asilo, el establecimiento de centros de vacunación reservados para mujeres, el aumento del índice de vacunación entre los hombres por medio de actividades deportivas, el establecimiento de clínicas periféricas para las personas sin hogar, la formación de defensores locales o “paladines comunitarios”, la selección estratégica del emplazamiento de los centros de vacunación, la puesta a disposición de transporte hacia los centros de vacunación y la colaboración con comunidades religiosas⁶⁰. Los gobiernos locales y los centros médicos establecieron centros de llamadas y servicios de información para ayudar a las personas que no habían podido inscribirse por sí mismas y facilitarles información sobre las citas y los centros de vacunación⁶¹.

6. Subsanación de la falta de datos

35. En el contexto de las vacunas, los datos tienen una función clave y es la de proporcionar los elementos de información necesarios para detectar lagunas concretas, mejorar la formulación de medidas específicas, vigilar su aplicación e informar sobre los progresos realizados.

36. Uno de los fallos de la cooperación internacional durante la pandemia fue la falta de datos oportunos, exactos y sistemáticos sobre las infecciones, las muertes, las variantes víricas, las respuestas de los sistemas de salud y las consecuencias indirectas para la salud. Por ejemplo, menos de la mitad de los países de todo el mundo comunicaron datos desglosados por sexo sobre los casos de COVID-19 y las muertes conexas. En consecuencia, no se ha podido medir con precisión el impacto de la COVID-19 en las mujeres, a pesar de que estudios preliminares indican que las mujeres se vieron afectadas de forma desproporcionada por la pandemia⁶². La pandemia también puso de manifiesto la falta de

⁵⁸ OMS y otros, *Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment: Removing Obstacles to Increase Coverage Levels and Protect Those at High Risk* (Grupo de los 20, Washington, D.C., 2022), pág. 26.

⁵⁹ Ripoll y otros, “Vaccine equity in multicultural urban settings”, págs. 16 a 20.

⁶⁰ Véase <https://www.local.gov.uk/our-support/coronavirus-council-information-and-support/covid-19-good-council-practice/covid-19-0>.

⁶¹ Véase la contribución de Serbia.

⁶² Véase <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2901651-2>.

datos sobre las personas de edad⁶³. Por lo general, estas aparecen representadas en las estadísticas como una sola cohorte de edad —más de 55, más de 60 o más de 65 años—, lo que dificulta la planificación de políticas y la formulación de respuestas específicas, incluso en situaciones, como las situaciones de emergencia, en las que es más probable que no se tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las personas de edad⁶⁴.

37. Llevar a cabo campañas de vacunación que puedan responder a la evolución de la situación epidemiológica requiere datos completos, en tiempo real, pormenorizados y precisos, que no estaban disponibles en muchos países. El desglose de datos es un elemento central de los enfoques de datos basados en derechos humanos, puesto que permite hacer una evaluación y comparación iniciales de ciertos grupos de edad respecto de otros grupos de población⁶⁵. Aunque para tomar medidas eficaces se necesitan datos relacionados con la salud desglosados y pormenorizados sobre la diversidad social, algunos países no desglosan los datos ni por origen étnico ni por otros aspectos sociales. Eso impide identificar las desigualdades en materia de salud y corregirlas; es necesario analizar los protocolos de desglose de datos existentes. Sin embargo, en la recopilación y comunicación de esos datos deben establecerse salvaguardias para evitar estigmatizar a ciertos segmentos de la población o adjudicarles el papel de chivo expiatorio⁶⁶.

38. La pandemia también ha mostrado la importancia de mejorar los sistemas de seguimiento de datos para los grupos más vulnerables, a fin de garantizar que los programas de vacunación contra la COVID-19 se adapten a la evolución de las necesidades y los conocimientos. De cara al futuro, es necesario establecer estándares y requisitos de presentación de información para la reunión de datos, a fin de mejorar el ecosistema de datos existente y como impulso importante para que las oficinas de estadística reúnan más datos y para que los datos sean más detallados en lo que respecta a las principales variables sociodemográficas⁶⁷. El nuevo Centro de Información de la OMS sobre Pandemias y Epidemias apoyará a los países y a los actores regionales y mundiales, ofreciéndoles un mayor acceso a los datos, mejores capacidades analíticas, y mejores herramientas y conocimientos para la adopción de decisiones⁶⁸.

7. Lucha contra la información errónea y la desinformación

39. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia del acceso a la información y a espacios de debate libres y dinámicos para responder eficazmente a la pandemia. También ha puesto de relieve las amenazas y las dificultades que plantean la información errónea y la desinformación en todo el mundo. La proliferación de información errónea y desinformación —denominada “infodemia” por la OMS⁶⁹— ha minado la respuesta mundial a la pandemia y ha contribuido a la reticencia a la vacunación⁷⁰. La cantidad de desinformación e información errónea sobre la COVID-19, entre otras cosas sobre la producción, los efectos y la distribución de las vacunas, no tiene precedentes⁷¹. Han surgido movimientos antivacunas que reciben el respaldo de segmentos de la población muy diversos, entre ellos grupos extremistas⁷².

⁶³ Naciones Unidas, “Informe de políticas: Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad” (2020).

⁶⁴ A/HRC/45/14, párr. 33.

⁶⁵ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Enfoque de datos basados en derechos humanos: que nadie se quede atrás en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (2018), pág. 7.

⁶⁶ Ripoll y otros, “Vaccine equity in multicultural urban settings”, pág. 10; y Sekalala y otros, “An intersectional human rights approach to prioritising access to COVID-19 vaccines”.

⁶⁷ A/HRC/45/14, párr. 81.

⁶⁸ Puede consultarse en <https://pandemichub.who.int/>.

⁶⁹ Véase <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

⁷⁰ Véase <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>.

⁷¹ A/77/287, párrs. 47 a 61; y A/HRC/51/13, párrs. 47, 60, 61 y 67 c).

⁷² Dirección Ejecutiva del Comité contra el Terrorismo, “Update on the impact of the COVID-19 pandemic on terrorism, counter-terrorism and countering violent extremism” (2021).

40. La información errónea, la desinformación y la politización de la información relativa a la salud obstaculizan el acceso a las vacunas y, por ende, el derecho a la salud⁷³. Cuando las personas carecen de acceso a información creíble, objetiva y con base empírica y no pueden participar en debates públicos y abiertos, su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su propia salud se ve limitada.

41. La confianza es un elemento clave para el éxito de la vacunación universal. Para conseguir esa confianza, es necesario suministrar información creíble, objetiva, oportuna y accesible, incluida información sobre los beneficios y los riesgos, y celebrar debates públicos basados en hechos y pruebas científicas. También resulta indispensable adoptar un enfoque basado en los derechos humanos que tenga en cuenta aspectos relativos a la inclusión social, el género y la interculturalidad, así como aspectos generacionales, intergeneracionales e interseccionales⁷⁴.

42. El UNICEF, por ejemplo, ha estado trabajando para frenar la difusión de información errónea relacionada con la COVID-19. En la India y en Indonesia, ha aplicado estrategias de “inoculación” (*pre-bunking*) —extraídas de las ciencias del comportamiento— para mitigar la difusión de información errónea en los canales digitales. Estas estrategias exponen a la población a las técnicas utilizadas por aquellos que difunden información engañosa, a fin de reducir la probabilidad de que se la crean. En Kirguistán, se están llevando a cabo dos estudios conductuales centrados en la COVID-19 que tratan de introducir “obstáculos cognitivos” con el fin de alentar a las personas a reflexionar sobre la exactitud de la información, lo cual reduciría las probabilidades de compartir información inexacta en los medios sociales⁷⁵.

43. Según la información recibida, las campañas a gran escala en los medios de comunicación, incluidos los medios sociales, la radio y la televisión en varios idiomas, han contribuido en gran medida a concienciar sobre la importancia de la vacunación para protegerse de las formas moderadas, graves y mortales de la COVID-19 y al éxito de los programas de vacunación⁷⁶.

B. Ampliación de la cobertura sanitaria universal

44. El acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos es un elemento central de la cobertura sanitaria universal, en particular en el contexto de las pandemias⁷⁷. La pandemia de COVID-19 puso de relieve que el respeto del derecho a la salud iba más allá de la adquisición de vacunas. Lo que se necesita son más inversiones realistas y viables para reforzar los sistemas de salud nacionales, así como una cobertura sanitaria universal más amplia y basada en las normas y principios de los derechos humanos. La preparación para las pandemias futuras requiere un sistema de salud mundial más coordinado, amplio y resiliente⁷⁸.

45. Se ha constatado que la respuesta a la COVID-19 fue más eficaz en aquellos países que disponían de infraestructuras de salud pública y sistemas de atención de la salud adecuados, suficientemente financiados y bien equipados en términos de herramientas, instalaciones y personal. Las carencias en materia de capacidad ralentizaron la preparación y la respuesta frente a la COVID-19, lo cual afectó desproporcionadamente a los países de renta baja y media⁷⁹.

⁷³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 44.

⁷⁴ Véase la contribución del Ecuador.

⁷⁵ Red de Innovación de las Naciones Unidas, *Behavioural Science Report*, pág. 34.

⁷⁶ Véase la contribución de Bahrein.

⁷⁷ E/2019/52, párr. 7.

⁷⁸ Stimson Center, *UN 2.0: Ten Innovations for Global Governance: 75 Years Beyond San Francisco* (Washington, D.C., 2020), pág. 53.

⁷⁹ Véase https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2021/october/20211021_dose-of-reality.

46. La existencia de desigualdades e inequidades cada vez mayores en el acceso a la atención y los servicios sanitarios en algunos de los países más ricos, en comparación con otros países con pocos recursos que han conseguido ampliar la cobertura, apunta claramente a que las políticas sobre la cobertura sanitaria son a menudo fruto de decisiones políticas que pueden atentar contra el derecho a la salud si no tienen en cuenta los recursos existentes o potencialmente disponibles para la salud⁸⁰.

47. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto incoherencias en cuanto a la aplicación de la cobertura sanitaria universal. La cobertura sanitaria universal —definida como aquella situación en la que todas las personas y comunidades reciben los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras— implica que debe destinarse el máximo de los recursos con los que se cuentan para cumplir las obligaciones básicas mínimas en lo referente al derecho a la salud, entre las que figuran el acceso a las vacunas y a medicamentos, bienes y servicios esenciales. Para sentar las bases del futuro, los Estados deben invertir más en las funciones básicas del sistema de salud, en particular los “bienes públicos para la salud” que son fundamentales para proteger y promover el derecho a la salud⁸¹. Un sistema de salud funcional requiere funciones básicas esenciales para proporcionar vacunas a escala: una fuerza laboral capacitada, remunerada y eficaz, una cadena de suministro sólida, capacidad para movilizar a las comunidades y colaborar con ellas y para responder a las dudas relativas a la vacunación por medio del diálogo, y una mezcla de suficientes centros de vacunación y de sistemas de datos y vigilancia⁸².

C. Refuerzo de la cooperación internacional y las alianzas innovadoras

48. La falta de cooperación internacional eficaz y de un enfoque multilateral y coordinado, así como las respuestas de algunos Gobiernos que eran incompatibles con sus obligaciones en materia de derechos humanos, en particular en lo referente a la aplicación no conforme con los derechos humanos del régimen de derechos de propiedad intelectual a la transferencia de tecnología, la financiación internacional, la distribución de vacunas y el apoyo a la producción de vacunas en países de renta baja y media, han llevado a un acceso a las vacunas poco equitativo.

49. La pandemia ha resaltado la necesidad de reforzar la cooperación internacional, de conformidad con las normas de derechos humanos aplicables, a fin de permitir que todas las personas compartan los beneficios del progreso científico y tecnológico, incluido el acceso a las vacunas como bien público global. La asistencia y la cooperación internacionales entre los países desarrollados y los países en desarrollo son cruciales para que todas las tecnologías sanitarias pertinentes, los datos de propiedad intelectual y los conocimientos especializados sobre las vacunas y los tratamientos en el contexto de la respuesta a una pandemia se consideren bienes públicos globales.

50. De conformidad con el derecho humano a la ciencia, los avances, la información y los conocimientos científicos deben compartirse y ser accesibles a todas las personas, sin discriminación⁸³. El artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no solo consagra el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, sino que afirma los beneficios que derivan de la cooperación científica internacional. En consecuencia, los Estados deberían dirigir sus propios recursos y coordinar las medidas de los demás para asegurarse de que se produzca el progreso científico y que sus aplicaciones y beneficios se distribuyan y estén disponibles, especialmente para los grupos

⁸⁰ E/2019/52, párr. 40.

⁸¹ Naciones Unidas, “Informe de políticas: La COVID-19 y la cobertura sanitaria universal” (2020), pág. 15.

⁸² OMS y otros, *Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment*, pág. 27.

⁸³ En el artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se hace referencia al derecho de toda persona a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten. Véase también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 25 (2020).

en situación de vulnerabilidad y marginación⁸⁴. Ha habido algunos ejemplos significativos de intercambio de conocimientos científicos en el contexto de la COVID-19, aunque la producción estuvo impulsada principalmente por los mercados a pesar de la cantidad considerable de fondos públicos invertidos. Las autoridades decisorias pocas veces consideraron sus obligaciones de proteger el derecho a la salud de la población en la misma medida que sus obligaciones de cooperación internacional.

51. Uno de los principales obstáculos al acceso universal a las vacunas contra la COVID-19 ha sido la asignación de las dosis, ya que los países en desarrollo fueron los últimos en recibirlas. Los procesos de concesión de licencias para ampliar la capacidad de producción fueron excesivamente complejos y restrictivos. Las vacunas contra la COVID-19 deben ser consideradas bienes públicos y deben estudiarse todas las opciones, entre ellas la transferencia voluntaria de licencias y tecnología, los consorcios de patentes y la flexibilidad en cuanto a los derechos de propiedad intelectual⁸⁵. Ahora que el suministro mundial es más que suficiente, la atención se ha centrado en la logística de las cadenas de suministro y los planes nacionales para la distribución de vacunas⁸⁶.

52. Un aspecto significativo de la respuesta a la COVID-19 ha sido la eficacia de las alianzas público-privadas para el desarrollo rápido de vacunas, que ilustra la importancia de la financiación gubernamental para los bienes públicos, como las vacunas y los medicamentos esenciales. Sin embargo, la propiedad intelectual con financiación pública terminó en manos no gubernamentales, lo que dio lugar a que se ejercieran derechos de monopolio y se fijaran precios para las dosis de vacunas muy por encima de los costes reales de fabricación. Se necesitan incentivos que desvinculen la investigación y desarrollo del precio del producto y alienten a las empresas a entrar en el Banco de Patentes de Medicamentos, que fomenta la concesión voluntaria de licencias no exclusivas⁸⁷.

53. La distribución equitativa y eficiente de la inversión en investigación y vacunas requiere una mayor supervisión pública, que incorpore una perspectiva de los derechos en los gastos de investigación, producción y distribución⁸⁸. No debe priorizarse la obligación fiduciaria para con los accionistas, como se hizo en el caso de la COVID-19, por encima del respeto de los derechos humanos. Se ha demostrado que considerar los derechos humanos como algo facultativo puede agravar las crisis. Respetar plenamente el derecho a la salud incluye abstenerse de invocar los derechos de propiedad intelectual de manera incompatible con el derecho de toda persona a acceder a una vacuna segura y eficaz contra la COVID-19⁸⁹. También significa que, a la hora de tomar decisiones sobre la fijación de precios y la distribución, se deben tener en cuenta los efectos adversos y discriminatorios que pueden tener esas decisiones en el acceso a las vacunas, en particular para las personas en situación de vulnerabilidad y marginación⁹⁰.

54. A pesar de las desigualdades en la distribución, el establecimiento de alianzas innovadoras ha contribuido de manera decisiva a facilitar el acceso a las vacunas contra la COVID-19. La OMS y otros muchos asociados⁹¹ han unido fuerzas con los Estados miembros, la sociedad civil, el sector privado, incluido el sector industrial, y otras partes interesadas para apoyar el desarrollo y la distribución equitativa de pruebas diagnósticas, tratamientos y vacunas⁹².

⁸⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 25 (2020), párr. 16.

⁸⁵ A/HRC/49/35, párrs. 4, 53 y 63.

⁸⁶ Véase la contribución de la OMS.

⁸⁷ A/HRC/20/26, párr. 74 l).

⁸⁸ OMS, *Global Vaccine Market Report 2022: A Shared Understanding for Equitable Access to Vaccines* (Ginebra, 2022).

⁸⁹ E/C.12/2021/1, párr. 6 y ss.

⁹⁰ Véase https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_AccessVaccines_Guidance.pdf.

⁹¹ La Fundación Bill y Melinda Gates, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias, la Alianza Gavi, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Unitaïd, la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores, el Wellcome Trust, el Grupo Banco Mundial y el UNICEF.

⁹² Véase la contribución de la OMS.

55. El Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 (ACT) se puso en marcha en abril de 2020 para acelerar el desarrollo de vacunas, medios de diagnóstico y tratamientos, así como el acceso equitativo a esas herramientas⁹³. A 10 de octubre de 2022, su pilar de las vacunas, el Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19, había enviado más de 1.770 millones de dosis a 87 países de ingresos bajos y medianos de todo el mundo. Se calcula que los envíos de COVAX representan el 82 % de las vacunas suministradas a países de ingresos bajos y la mayoría de las vacunas contra la COVID-19 administradas en entornos humanitarios. Esta colaboración ha sido la iniciativa de vacunación mundial más rápida, grande y compleja de la historia⁹⁴. Sin embargo, se vio obstaculizada por las prohibiciones de exportar, la prioridad de los acuerdos bilaterales entre fabricantes y países, las dificultades persistentes para aumentar la producción de vacunas y los retrasos en la presentación de solicitudes de aprobación reglamentaria⁹⁵.

56. Otra alianza que se estableció en 2021, cuando se flexibilizaron las restricciones de suministro a pesar de que no todos los países vacunaban al mismo ritmo, fue la Alianza para la Distribución de Vacunas contra la COVID-19. Esta iniciativa interinstitucional tiene por objeto acelerar la cobertura de inmunización en los países que enfrentan mayores dificultades para alcanzar sus metas de vacunación. El enfoque adoptado —“un equipo en el país, un plan, un presupuesto”— es fundamental para armonizar las acciones de los asociados bilaterales y multilaterales a fin de entregar las vacunas de forma rápida y equitativa. También se estableció el Centro de coordinación del Acelerador ACT para incrementar la distribución de las vacunas a los países y en los mismos países. En julio de 2022, la OMS actualizó su estrategia para lograr la vacunación mundial contra la COVID-19 en un mundo en evolución⁹⁶.

57. La pandemia puso de manifiesto la necesidad de analizar de forma crítica si el ecosistema sanitario mundial está preparado para hacer frente a las desigualdades estructurales y de reforzar la coordinación entre las institucionales sanitarias y financieras. Se han conseguido avances en la creación de la nueva herramienta financiera dirigida por el Grupo de los 20: el Fondo de Intermediación Financiera, un mecanismo multilateral que ofrece financiación para la preparación y la respuesta frente a las pandemias, a fin de corregir las deficiencias actuales, entre otras cosas mediante una cooperación duradera y más estrecha entre las personas responsables de las decisiones financieras y sanitarias. El nuevo fondo se puso en marcha oficialmente el 13 de noviembre de 2022 y se espera que aporte recursos adicionales y específicos a largo plazo, aliente a los países a incrementar su inversión en la preparación y respuesta frente a las pandemias y refuerce la coordinación entre los asociados⁹⁷.

58. Para desarrollar la resiliencia frente a futuras pandemias es necesario invertir más y de forma sostenida en los derechos humanos, en particular en relación con el acceso a la atención y el tratamiento médicos. El mundo está interconectado, pero los países todavía no consideran que invertir en bienes públicos globales sea parte de sus intereses compartidos o de sus obligaciones para con sus ciudadanos. Es necesario ser más conscientes de que la cooperación internacional es indispensable para el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales en relación con la equidad vacunal, a fin de defender el derecho a la salud y el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico.

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ Véase <https://www.who.int/es/news/item/20-05-2022-covax-calls-for-urgent-action-to-close-vaccine-equity-gap>.

⁹⁵ Véase <https://news.un.org/en/story/2021/09/1099422>. El 8 de diciembre de 2022, la Junta de la Alianza Gavi decidió, en principio, integrar las futuras vacunas contra la COVID-19 en su programa central (véase <https://reliefweb.int/report/world/gavi-board-decisions-outline-year-renewal-vaccine-alliance>).

⁹⁶ Véase la contribución de la OMS.

⁹⁷ Véase <https://www.who.int/news/item/09-09-2022-new-fund-for-pandemic-prevention--preparedness-and-response-formally-established>.

D. Refuerzo de los marcos jurídicos basados en los derechos humanos

59. Una de las lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 es que, a nivel mundial, se necesitan directrices, normas y marcos jurídicos reforzados, colaborativos y basados en los derechos humanos en relación con las pandemias⁹⁸. Algunas de las dificultades que obstaculizan el acceso universal a las vacunas contra la COVID-19 son consecuencia del incumplimiento por los países de renta alta de sus obligaciones en virtud del derecho internacional de los derechos humanos. Por ello, es fundamental reafirmar el carácter jurídico de las obligaciones en vez de hacer hincapié en el imperativo moral, estableciendo una diferencia con los enfoques basados en el bienestar⁹⁹, y reflejar adecuadamente esas obligaciones en las políticas conexas.

60. Al mismo tiempo, la pandemia también ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer marcos jurídicos más sólidos para la distribución de vacunas, a fin de reforzar la supervisión gubernamental de la investigación, producción y distribución de vacunas y de adaptar mejor los intereses nacionales a los objetivos mundiales de salud pública. También es necesario crear un contexto de propiedad intelectual más favorable y una transferencia de tecnología proactiva, así como crear capacidades técnicas y regulatorias a nivel local y mantenerlas¹⁰⁰. Interpretar el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio de acuerdo con las flexibilidades de las normativas comerciales para los casos de emergencia a fin de proteger la salud pública y, en particular, promover el acceso a los medicamentos para todos es una buena práctica que se debería adoptar especialmente, pero no únicamente, durante las pandemias y otras emergencias sanitarias¹⁰¹. En este contexto, los derechos humanos no deben ser una opción, sino una medida de seguridad útil.

61. El borrador del futuro instrumento internacional sobre la planificación de las pandemias y la preparación y respuesta a estas incluye principios como el respeto de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, la cobertura sanitaria universal, la equidad en la salud, el enfoque de “Una sola salud”, la transparencia, la rendición de cuentas, la igualdad de género, la no discriminación y el respeto de la diversidad y los derechos de las poblaciones vulnerables¹⁰². Cabe esperar que estos principios esenciales sigan sentando las bases del futuro instrumento internacional.

62. A este respecto, resulta fundamental garantizar la participación genuina, inclusiva y segura de todas las partes interesadas de todas las regiones, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, las comunidades y los agentes de salud comunitarios, en el proceso de elaboración del instrumento antes mencionado. Para mantener el compromiso con los derechos humanos es necesario que los actores no estatales que no mantienen una relación oficial con la OMS, incluida la sociedad civil, tengan oportunidades de hacer aportaciones durante el proceso de redacción. Los mecanismos, estructuras y procesos de participación deben reflejar la diversidad de la sociedad y garantizar la representación de todas las poblaciones y todos los grupos, en particular de aquellos que corren peligro de ser excluidos o marginados. El derecho a participar de forma sustantiva también debería integrarse en el futuro instrumento.

63. Todo futuro instrumento sobre la planificación de pandemias y la preparación y respuesta a estas debe disponer un enfoque mundial bien coordinado respecto de la producción y distribución de vacunas, medicamentos y tratamientos. Los Estados deben garantizar que esos productos estén disponibles y sean asequibles y accesibles para todos sin discriminación. La entrega y distribución de las vacunas debe hacerse siguiendo protocolos y procedimientos transparentes, inclusivos y respetuosos de los derechos humanos.

⁹⁸ Stimson Center, *UN 2.0: Ten Innovations for Global Governance*, pág. 53; y [A/75/982](#), párr. 99.

⁹⁹ Véase la contribución del Groningen Centre for Health Law.

¹⁰⁰ OMS, *Global Vaccine Market Report 2022*, pág. 6.

¹⁰¹ [A/HRC/49/35](#), párrs. 10, 17 y ss. y 63.

¹⁰² Véase <https://apps.who.int/gb/inb/s/index.html>.

III. Conclusiones y recomendaciones

64. El acceso universal y equitativo a las vacunas, los medicamentos y los tratamientos es un factor determinante del derecho a la salud y es esencial para invertir la tendencia de una pandemia. En las poblaciones con un alto índice de vacunación hay un menor riesgo de transmisión, de padecer enfermedades graves y de ser hospitalizado, así como de que surjan nuevas variantes. La equidad vacunal es un aspecto fundamental de la nivelación al alza y es crucial para una recuperación más equitativa tras la pandemia de COVID-19. Para poner fin a la pandemia, es fundamental mantener una respuesta mundial coordinada.

65. Las decisiones que se tomen en la actualidad en el contexto de la pandemia de COVID-19 tendrán repercusiones para las futuras pandemias. Las enseñanzas extraídas ponen de relieve que la comunidad internacional debe actuar de consuno y con un multilateralismo renovado para crear un entorno mundial propicio y libre de obstáculos estructurales, en el que se puedan proteger los derechos humanos en tiempos de crisis. Como se pidió en el informe del Secretario General titulado “Nuestra Agenda Común” y en su llamamiento a la acción en favor de los derechos humanos, la cooperación internacional debe ser inclusiva y estar interconectada y centrada en los derechos humanos.

66. Garantizar el acceso universal y equitativo a las vacunas requiere la participación continua y colaborativa de las entidades y los actores de los sectores público y privado en todos los niveles, desde el nivel comunitario hasta el internacional.

67. Sobre la base de la experiencia adquirida hasta la fecha en la pandemia de COVID-19, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos recomienda a los Estados y otros actores pertinentes que:

a) Refuercen la supervisión gubernamental de la investigación, producción y distribución de vacunas, a fin de traducir en hechos el llamamiento a considerar las vacunas contra la COVID-19 como un bien público global;

b) Armonicen mejor los intereses nacionales con los objetivos mundiales de salud pública, mediante marcos jurídicos reforzados basados en los derechos humanos para la distribución de las vacunas y un multilateralismo más interconectado, inclusivo y eficaz;

c) Apliquen estrategias de vacunación basadas en los derechos humanos, sostenibles, flexibles y adaptables, con objeto de proteger a las poblaciones a nivel nacional y mundial;

d) Redoblen esfuerzos para lograr una cobertura sanitaria universal, entre otras cosas reforzando las inversiones colectivas en los sistemas nacionales de salud;

e) Creen un clima de confianza para luchar contra la desinformación y la información errónea, suministrando información creíble, objetiva, oportuna y accesible sobre las vacunas contra la COVID-19, entre otras cosas sobre los beneficios y los riesgos de las distintas vacunas, y celebrando debates públicos fundamentados en hechos y datos científicos;

f) Mejoren la resiliencia nacional y regional, incrementando la capacidad de los países para investigar sobre las vacunas, desarrollarlas y producirlas, así como para distribuir todas las herramientas necesarias para el control de las pandemias;

g) Combatan la reticencia a la vacunación mediante intervenciones múltiples y con varios niveles, también en la esfera local, tomando en consideración el contexto en cuestión y utilizando datos sociales y conductuales, junto con datos biomédicos, para ofrecer una respuesta adaptada a las necesidades de la población;

h) Estimulen la demanda de vacunas mediante diversos enfoques adaptados a las circunstancias de cada país, a fin de facilitar el acceso a las vacunas, entre otras cosas mediante centros de vacunación masiva en zonas urbanas de gran densidad, recursos locales flexibles y consultorios móviles;

i) Subsanan la falta de datos mejorando la recopilación, el desglose y el seguimiento de los datos, a fin de garantizar que los planes de vacunación puedan adaptarse a los nuevos conocimientos y necesidades;

j) Fomenten la cooperación internacional y las alianzas innovadoras, en consonancia con las obligaciones de derechos humanos, así como la coherencia de las políticas, la coordinación y la adopción de enfoques integrados en todos los niveles, a fin de poder responder eficazmente a las futuras pandemias;

k) Se aseguren de que todas las partes interesadas pertinentes, entre ellas las empresas, asuman sus responsabilidades —compartidas pero diferenciadas— en materia de derechos humanos y se comprometan a innovar de forma responsable y a utilizar la tecnología de forma justa;

l) Garanticen la participación genuina y oficial de los actores pertinentes en la elaboración del futuro instrumento internacional sobre la planificación de las pandemias y la preparación y respuesta a estas, para que dicho instrumento tengan siempre en cuenta los derechos humanos y se base en ellos.
