



Omikron – brak globalnej solidarności w pandemii

Jędrzej Czerep

Bezpośrednio po ogłoszeniu przez WHO wystąpienia nowego wariantu koronawirusa (26 listopada), określonego jako „niepokojący” i nazwanego omikron, ponad 50 państw zablokowało podróże do i z RPA oraz sąsiednich państw. WHO, państwa afrykańskie oraz sekretarz generalny ONZ oskarżyły kraje bogatej Północy o wybiórcze stosowanie nieadekwatnych, krzywdzących środków. By zakończyć pandemię, niezbędne będzie ograniczenie narastającego w 2021 r. rozdzwieku między państwami Północy i Południa w kwestii solidarnego podejścia do walki z SARS-CoV-2.

Początek czwartej fali w Afryce. Od połowy listopada br., kiedy pandemia w Afryce zdawała się wygasać, liczba zakażeń w najbardziej dotkniętym nią państwie kontynentu, Republice Południowej Afryki, znowu zaczęła rosnąć. W ciągu miesiąca liczba zachorowań z poziomu 400 dziennie sięgnęła ponad 20 tys., a obłożenie łóżek szpitalnych zwiększyło się dziesięciokrotnie. Czwarta fala pandemii w Afryce rozpoczęła się z powodu nowego szczepu wirusa – omikronu, który szybko stał się dominujący w południowych państwach kontynentu. Pierwsze badania wskazywały na jego wyższą zaraźliwość, m.in. trzykrotnie częściej miało dochodzić do reinfekcji u osób, które przeszły COVID-19 wcześniej. Notowano jednak mniej przypadków ciężkiego przebiegu choroby i zgonów w proporcji do zachorowań. Pojawiły się jednak obawy o odporność nowego wariantu na stosowane aktualnie szczepionki, zwłaszcza w państwach, w których już przyjęła je większość mieszkańców.

Nowy wariant wirusa SARS-CoV-2 został zidentyfikowany równoległe przez wiodące laboratoria w Botswanie, RPA i Hongkongu w drugiej połowie listopada br. Był pod względem genetycznym znacząco różny od wcześniej obserwowanych szczepów. Dlatego afrykańscy naukowcy w trakcie prac na bieżąco informowali światową społeczność naukową o szczegółach uzyskiwanych sekwencji genetycznych. Używali w tym celu systemu GISAID, z którego w trakcie pandemii korzystają laboratoria genetyczne. Zgłoszenie do WHO nowego wariantu z RPA nastąpiło już 24 listopada, na bardzo wczesnym etapie badań. Miało to

w intencji odkrywców pomóc w szybkim wypracowaniu wspólnej, globalnej reakcji.

Stygmatyzacja Afryki po odkryciu omikronu? Bezpośrednio po identyfikacji nowego wariantu koronawirusa najważniejsze państwa na świecie – z perspektywy afrykańskiej należące głównie do tzw. bogatej Północy – wprowadziły blokady połączeń z destynacjami uznanymi za narażające na kontakt z omikronem. Oprócz RPA i Botswany były to najczęściej Lesotho, Eswatini, Zambia, Zimbabwe, Namibia, Malawi i Angola. Polityka ta była niespójna – podobne restrykcje nie objęły np. Holandii, w której nowy wariant został wykryty w próbkach pobranych wcześniej niż te z RPA, ani tych państw europejskich, gdzie obserwowano pojawienie się ognisk zapowiadających szybkie rozprzestrzenienie się wirusa (Norwegia czy Wielka Brytania). Przykładem wzmacniającym poczucie stygmatyzacji na kontynencie było np. dopisanie 6 grudnia do brytyjskiej „czerwonej listy” Nigerii, notującej mniej przypadków niż szereg państw europejskich. Ostatecznie 14 grudnia lista ta została zniesiona.

Wstrzymanie połączeń z częścią Afryki spowodowało m.in. trudności w dostępie afrykańskich laboratoriów do odczynników, co utrudniło dalsze badania pojawiających się tam przypadków. Blokada zwiększyła też gospodarczą presję na państwa najsilniej dotknięte społeczno-ekonomicznymi skutkami wcześniejszych lockdownów, niedysponujące rezerwami łagodzącymi ich skutki np. dla przedsiębiorców. W tym kontekście dyrektor generalny WHO Tedros Adhanom Gebreyesus krytykował selektywne podejście świata zachodniego, które przywódcy RPA, Nigerii i sekretarz

BIULETYN PISM

generalny ONZ António Guterres nazywali „podróżnym apartheidem”. Określenie to wzbudziło kontrowersje, gdyż przypisywało państwom tzw. bogatej Północy intencje naganne moralnie. Odzwierciedlało jednak logikę odgradzania się. Wpływ na przyjęcie takiego rozwiązania miała z pewnością obawa przed niskim poziomem szczepień w większości państw Afryki, który sprzyja pojawianiu się nowych mutacji wirusa.

Trudności ze szczepieniami. W momencie pojawienia się omikronu w pełni zaszczepionych było ok. 24% mieszkańców RPA, przy średniej 7% dla całego kontynentu (w wielu państwach odsetek ten oscyluje wokół 1%). Przez cały 2021 r. w Afryce dostęp do szczepień był najmniejszy. Wynikało to przede wszystkim z rezygnacji najważniejszych państw i instytucji międzynarodowych ze stosowania zasady globalnej, równomiernej dystrybucji środków ochronnych, którą deklarowały na początku pandemii, na rzecz tzw. szczepionkowego nacjonalizmu. Określa się tak gromadzenie przez państwa jak największych (często ponad własne potrzeby) zapasów, nawet kosztem zobowiązań międzynarodowych. Podejście takie utrudniło realizację założeń [programu COVAX](#), na którym początkowo niemal całkowicie polegały państwa Unii Afrykańskiej (UA), niemające własnych zdolności produkowania szczepionek. COVAX początkowo zakładał zaszczepienie 20% spośród 1,3 mld ludności Afryki do końca 2021 r. Był to niewystarczająco ambitny cel w skali globalnych potrzeb, jednak i jego realizacja okazała się niemożliwa w momencie, gdy dostawy wstrzymał największy dostawca szczepionek dla programu – Serum Institute of India. Wpływ na opóźnienia miało też notowane wiosną br. globalne załamanie zaufania do produktu firmy AstraZeneca, początkowo dominującego w ramach COVAX-u. Po pojawieniu się wariantu delta RPA zrezygnowała z przyjęcia tych szczepionek, które w powszechnym odczuciu – jak się później okazało, mylnym – nie dawały wystarczającej ochrony. Wobec kryzysu inicjatywy COVAX, mniej więcej od połowy br., wiodącą rolę w zapewnianiu dostępności szczepień dla państw kontynentu zaczął odgrywać Afrykański Trust na rzecz Pozyskiwania Szczepionek (AVAT), podległa UA agencja współpracująca m.in. z UNICEF, stawiająca za cel dostarczenie preparatów dla 60% populacji kontynentu do końca 2022 r. Szczepionki miały być pozyskiwane komercyjnie lub w ramach programów pomocowych od wszystkich dostępnych dostawców. Ostatecznie dopiero na przełomie listopada i grudnia br. dało się odczuć wyraźne zwiększenie liczby napływających do Afryki dawek – do połowy grudnia było ich łącznie ok. 430 mln.

Trudności z pozyskaniem szczepionek przeciw COVID-19 stanowiły [impuls do zwiększenia zdolności produkcyjnych](#)

środków ochronnych na kontynencie. Przed obecną pandemią w Afryce wytwarzanych było 0,1% szczepionek niezbędnych do zwalczania chorób zakaźnych. Obecnie na kontynencie funkcjonuje już kilka zakładów napełniających fiołki preparatem przeciw COVID-19 wytwarzanym przez zewnętrznych producentów, głównie chiński Sinopharm. Faktycznie samodzielna produkcja szczepionek ma ruszyć w przyszłym roku w Senegalu.

WHO, wspierając rozbudowę bazy produkcyjnej na kontynencie, lobbuje na rzecz rozluźnienia praw własności intelektualnej największych producentów. Podobny krok pozwolił w latach 90. XX w. dokonać przełomu w walce z HIV/AIDS, zwłaszcza w Afryce. Aby osiągnąć podobny rezultat, WHO zleciła w październiku firmie Afrigen Biologics & Vaccines, start-upowi z RPA, skopiowanie szczepionki mRNA Moderny. Pozwoliłoby to produkować na potrzeby państw rozwijających się identyczny preparat bez czekania na efekty prowadzonych w ramach WTO negocjacji w sprawie zawieszenia patentów. O ile wcześniej UE była przeciwna upowszechnianiu patentów, pojawienie się omikronu wpłynęło na rewizję tego podejścia. Obecnie UE skłania się do zastosowania wyjątku dla producentów szczepionek przeciw COVID-19.

Wnioski. Ograniczenie reakcji świata zachodniego na zidentyfikowanie wariantu omikron do blokady połączeń z państwami afrykańskimi było symptomem kryzysu globalnej solidarności w podejściu do pandemii. Utwierdziło to państwa afrykańskie, i szerzej – globalnego Południa, w przekonaniu, że bogatsza część świata nie jest zainteresowana podjęciem wspólnego wysiłku w walce z pandemią. Może to wpłynąć np. na usztywnienie stanowisk państw UA przed [oczekiwanym na wiosnę 2022 r. szczytem z UE](#), m.in. w sprawach handlowych. Może też skutkować sytuacją, w której autorzy odkryć kolejnych mutacji wirusa nie będą skłonni równie szybko i transparentnie – jak miało to miejsce w listopadzie br. – dzielić się wiedzą, obawiając się restrykcji grożących im państwom.

Wystąpienie wariantu omikron unaocznia, że bez zaszczepienia całego globu nie powstrzyma się pandemii. Potwierdza ograniczenia „szczepionkowego nacjonalizmu” i naświetla potrzebę usprawnienia globalnych mechanizmów antypandemicznych. W pierwszym rzędzie może przyczynić się do rozluźnienia praw własności intelektualnej. UE powinna w tej kwestii zająć przychylnie stanowisko, a także poprzeć prace nad [traktatem antypandemicznym](#). Wobec wzrostu znaczenia chińskiej i [amerykańskiej dyplomacji szczepionkowej](#) w Afryce, powinna także wesprzeć plany UA osiągnięcia zdolności produkcji 60% potrzebnych szczepionek w najbliższych latach.