



Campaña “Fast and Fair COVID-19” de CARE:
Impacto integral, de lo local a lo global.

Septiembre de 2023





Crédito de la foto: Achuoht Deng

Resumen ejecutivo

Impacto a nivel de sistemas de CARE: 21,2 millones de personas totalmente vacunadas contra COVID-19

En noviembre de 2020, CARE lanzó la campaña Fast and Fair (Rápida y justa) para impulsar la equidad y la eficiencia en el esfuerzo mundial de vacunación contra la COVID-19. Con las vacunas aprobadas cada vez más disponibles, CARE, con sus décadas de experiencia en el apoyo a los sistemas de salud en todo el mundo, reconoció que sería necesaria una reorientación concertada de los recursos y el esfuerzo para garantizar el acceso y la entrega final, especialmente en lugares afectados por la pobreza, la fragilidad y la violencia. Si las vacunas no llegaban a todos -incluidas las comunidades más marginadas del mundo- con rapidez y eficacia, nadie estaría a salvo.

Cuando las tasas de infección se dispararon en todo el mundo, CARE actuó con rapidez. Aprovechamos hábilmente nuestro alcance e influencia global para conseguir y mantener el apoyo a una financiación más amplia para la distribución de vacunas, al tiempo que trabajábamos codo con codo con los gobiernos nacionales y locales de 34 países para que las vacunas llegaran a los brazos de los más necesitados. Nuestra campaña "Fast and Fair" garantizó que no se olvidara a millones de personas vulnerables que viven en lugares donde los sistemas sanitarios se han visto gravemente afectados por la crisis. Nuestra labor de incidencia e influencia en la política estadounidense y global, junto con nuestro profundo compromiso con las comunidades y años de inversión en programación, impulsaron un cambio a nivel de sistemas que contribuyó a que **21,2 millones de personas recibieran el esquema completo de vacunación en 29 países**.¹ La campaña "Fast and Fair" lo consiguió a través de:

Nuestra labor de incidencia e influencia en la política estadounidense y global, junto con nuestro profundo compromiso con las comunidades y años de inversiones en programación, impulsaron un cambio a nivel de sistemas que contribuyó a que 21,2 millones de personas recibieran el esquema completo de vacunación en 29 países.

- **Incidencia:** CARE influyó en la política estadounidense y global para garantizar *disponibilidad y distribución equitativa de vacunas*. Nuestro trabajo ayudó a conseguir 19.000 millones de dólares de financiación global para COVID-19 por parte del gobierno estadounidense, incluido apoyo directo

¹ Medimos nuestro impacto en 29 de los 34 países en los que CARE contribuyó significativamente a que las personas se vacunarán completamente contra COVID-19.

para combatir la pandemia, así como asistencia humanitaria y al desarrollo para hacer frente a sus repercusiones secundarias. Conseguimos que el gobierno estadounidense, socios multilaterales (por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y el Banco Mundial) y donantes movilizaran donaciones de vacunas y una mayor financiación para el suministro y la distribución en contextos difíciles a través del mecanismo COVID-19 Vaccines Global Access (COVAX). Equipados con datos en tiempo real, lideramos el llamamiento para dar prioridad a las mujeres, las niñas, los/as trabajadores/as sanitarios/as y otros grupos de riesgo, incluidos los refugiados y los desplazados internos. *De forma importante, la incidencia de CARE sobre el coste real del suministro de vacunas dio lugar a la eliminación del límite del colchón humanitario COVAX.*

- **Facilitación:** Asistimos a los gobiernos (a nivel de distrito, estatal/provincial y nacional) de 34 países a priorizar los grupos de riesgo. Para ello, participamos activamente en los comités estratégicos nacionales y nos involucramos en la microplanificación, la cartografía, el seguimiento digital y la formación rápida a nivel distrital y provincial. CARE también ayudó a los gobiernos a *eliminar los cuellos de botella logísticos de "última milla" y a adoptar innovaciones y plataformas digitales.*
- **Protección:** Dado que la mayoría (70%) de *los trabajadores/as sanitarios de primera línea* son mujeres, equiparlas fue un componente importante para abordar la desigualdad de género en la respuesta a la COVID-19. CARE facilitó la vacunación de trabajadores/as sanitarios/as de primera línea clínicos y no clínicos, les proporcionó equipos de protección, garantizó que estuvieran a salvo del acoso y/o la violencia en el cumplimiento de su deber, y que estuvieran representadas en la toma de decisiones. CARE también ayudó a mantener los servicios de salud sexual y reproductiva, junto con otros servicios sanitarios locales críticos durante la crisis.
- **Movilización:** Involucramos a las comunidades y les proporcionamos información precisa para contrarrestar las percepciones erróneas y las noticias falsas, combatir el estigma, *reducir las dudas sobre las vacunas*, generar confianza y sentar las bases para el aumento a largo plazo de otros comportamientos de búsqueda de atención sanitaria, como los controles prenatales y otras vacunaciones recomendadas.

Este estudio es la primera evaluación exhaustiva que ha intentado cuantificar el número de vidas afectadas por el cambio positivo de los *sistemas de lo local a lo global*. Para determinar el impacto global de la campaña Fast and Fair, utilizamos estudios de casos de países, datos internos de programas y una evaluación externa. Todas estas fuentes confirmaron las contribuciones de CARE en materia de incidencia e influencia en el esfuerzo mundial de vacunación, lo que se tradujo en millones de vacunaciones en el último tramo.

Además de salvar vidas, nuestra presencia de lo local a lo global, la incidencia y los datos de la programación local influyeron en el discurso global sobre el verdadero coste de la distribución de vacunas, reforzaron los sistemas sanitarios locales y dieron lugar a que un gran número de trabajadores/as de primera línea fueran reconocidos/as, protegidos/as y remunerados/as. CARE contribuyó a que 21,2 millones de personas estuvieran totalmente vacunadas contra la COVID-19 gracias a nuestro enfoque de *cambio a nivel de sistemas*: trabajamos simultáneamente en varios niveles -como la entrega en el "último tramo", los sistemas sanitarios locales, la incidencia nacional y global- y con múltiples comunidades y gobiernos para combatir la pandemia. Aprendimos que centrarse a largo plazo en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la incidencia hasta la aplicación local es esencial para prepararse para futuras crisis sanitarias. Aunque la respuesta mundial a COVID-19 se consideró en última instancia injusta, nuestros resultados demuestran el claro éxito de CARE al llegar al "último tramo", especialmente en las zonas donde tenemos una programación a largo plazo, infraestructura, relaciones y confianza.

La campaña “Fast and Fair” contribuyó a que 21,2 millones de personas recibieran la vacunación completa en 29 países a través de:

Incidir: garantizar la financiación de la distribución de vacunas.

Facilitar: averiguar quién necesitaba la vacuna y dónde.

Proteger: garantizar que el personal sanitario de primera línea pueda realizar su trabajo con seguridad.

Movilizar: fomentar la demanda de vacunación y otros servicios sanitarios.

Informe

I. Impacto a nivel de sistemas locales a globales: Las contribuciones únicas de CARE a la vacunación COVID-19

Mientras que la disponibilidad de las vacunas COVID-19 aprobadas se generalizaba, las tasas de infección seguían aumentando y los países en desarrollo luchaban por obtener suficientes dosis para su población. A pesar de que el servicio de Acceso Mundial a las Vacunas COVID-19 (COVAX) ayudó al despliegue de las vacunas en el Sur Global, la logística para hacer llegar las vacunas a los brazos de la población más pobre y marginada supuso un gran obstáculo. En los contextos en los que trabaja CARE, los sistemas sanitarios carecían de recursos y estaban sobrecargados; faltaban infraestructuras esenciales como carreteras e instalaciones de cadena de frío; y pocos países tenían planes claros sobre la entrega en el último tramo, así como estrategias de compromiso social para animar a la gente a vacunarse.

El objetivo último de la campaña Fast and Fair era garantizar *el acceso y la distribución equitativas* de las vacunas COVID-19 apoyándose en la infraestructura local, la experiencia en programación y las redes de influencia de CARE. Lograr un acceso y una distribución equitativas de las vacunas en contextos frágiles y con escasez grave de recursos a menudo requería una **combinación** de *facilitar la vacunación* en el "último tramo", principalmente ayudando a los gobiernos y al sector privado a encontrar formas innovadoras de eliminar los obstáculos logísticos y estructurales; *proteger a los trabajadores/as sanitarios/as* de primera línea (en su mayoría mujeres); *movilizar* e implicar a las comunidades con información correcta para contrarrestar las ideas erróneas y reducir las dudas sobre las vacunas; y *abogar* por un acceso y una distribución equitativas de las vacunas en múltiples niveles. En los siguientes ejemplos de países, mostramos cómo CARE se comprometió a nivel local con estos cuatro pilares en varios contextos.

En **Guatemala**, CARE priorizó el apoyo a la programación “Fast and Fair” en municipios con grandes poblaciones rurales e indígenas. Estos grupos tenían una de las tasas de vacunación más bajas del país, principalmente debido a la desconfianza y a la falta de concienciación sobre el COVID-19. Para hacer frente a esta situación, CARE movilizó a su socio local, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), una red sin ánimo de lucro de 58 organizaciones comunitarias de salud. CARE y ASECSA se asociaron con líderes locales y personas influyentes para dirigir diálogos comunitarios; desarrollaron campañas de información específicas en lenguas indígenas; y formaron a comadronas y promotores de salud comunitarios en la administración de vacunas. Además, CARE lanzó una campaña de comunicación a escala nacional (que llegó a 750.000 personas); estableció alianzas y asociaciones con actores clave del ámbito nacional al local (entre ellos: la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, la Mesa Nacional por los Derechos de las Niñas y Adolescentes/Mesa Niña, el Movimiento Nacional de Matronas Nim Alaxik y Niñas no Esposas); contrató a un especialista en salud para poner en marcha una Estrategia Sanitaria Integrada; y reforzó las capacidades

del personal sanitario de la comunidad para la gestión de casos de COVID-19. Los frecuentes desastres naturales han afectado gravemente al sistema sanitario de Guatemala. Reconociendo que las comunidades sin la vacuna también carecían de acceso a servicios sanitarios esenciales, CARE combinó su respuesta a COVID-19 con información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

En **Honduras**, la desinformación y la logística supusieron grandes retos para llegar a las comunidades que viven en el interior montañoso del país. CARE trabajó con organizaciones asociadas, como la Red Regional de Mujeres del Sur (RRMSur), la Asociación de Desarrollo Pespirense (ADEPES) y Sur en Acción, para abordar directamente estas barreras mediante: la formación de más de 600 voluntarios/as y trabajadores/as sanitarios/as, en su mayoría mujeres; la protección de los trabajadores/as sanitarios/as de primera línea con kits de bioseguridad y equipos de protección, y la prestación de apoyo psicosocial; la realización de campañas de información y sensibilización multicanal/multinivel que incluían el diálogo comunitario y programas de radio y televisión; el apoyo a una base de datos de vacunación digital en las comunidades objetivo; y la incidencia y coordinación para garantizar que las necesidades de género se reflejaban en el plan nacional de vacunación. En consecuencia, se produjeron mejoras significativas en las comunidades, e incluso a escala nacional, y en algunas zonas se alcanzó el 100% de vacunación.

En **Zambia**, uno de los países más pobres del mundo, el elevado coste de la distribución de vacunas (CARE calcula que en Zambia la [distribución de vacunas cuesta al menos 17,18 dólares por persona totalmente vacunada](#), 7,2 veces más que la estimación mundial de 2,38 dólares por persona) era un obstáculo importante en el último tramo. CARE apoyó la programación de Fast and Fair en tres distritos (Mpika, Chinsali e Isoka) de la provincia de Muchinga: influyendo en los responsables políticos a nivel nacional, provincial y distrital; dando prioridad a importantes grupos de riesgo como los proveedores de atención sanitaria, los refugiados y otras poblaciones vulnerables; y esforzándose por combatir el estigma y generar confianza para reducir las dudas sobre la vacunación.

A nivel de distrito, CARE Zambia colaboró con sus socios para identificar las zonas con baja cobertura vacunal, cubrió los costes de transporte y apoyó el registro de datos. CARE también reunió a líderes locales y personas influyentes (como jefes de aldea y clérigos) para promover la vacunación. Con estos esfuerzos, la provincia de Muchinga se convirtió en la cuarta provincia del país en alcanzar el objetivo de cobertura de vacunación del 70% (con una cobertura del 89% en diciembre de 2022).

En un contexto de conflicto violento, inundaciones y pobreza extrema, CARE ayudó al gobierno de **Sudán del Sur** a conseguir financiación, formar a los trabajadores/as sanitarios/as y educar a las comunidades sobre la necesidad de la vacunación. Como participante activo en la planificación y dirección de la respuesta sanitaria nacional, CARE influyó en los planes COVID-19 del gobierno aportando información periódica y oportuna sobre las deficiencias operativas y los retos que obstaculizaban el suministro de vacunas. Por ejemplo, CARE observó que se vacunaba a más hombres que mujeres a pesar de que la mayoría de trabajadores/as sanitarios/as eran mujeres, y de que las mujeres presentaban tasas de infección más elevadas. Exploramos y documentamos los factores que impulsaban las brechas de género, compartimos estos conocimientos y abogamos por una mejor identificación y priorización de mujeres y niñas. No sólo pudimos influir en la respuesta nacional al COVID-19, sino que nuestros datos y conocimientos de Sudán del Sur se utilizaron para levantar alertas sobre la necesidad de la igualdad de género en la administración de vacunas y ayudaron a impulsar el apoyo global a trabajadores/as sanitarios/as de primera línea.²

Además de orientar la política nacional, CARE trabajó a nivel de base en los comités de respuesta estatales y de condado. CARE abogó por el uso de clínicas móviles y facilitó el transporte (en barco y otros medios) de vacunadores/as a zonas muy remotas de ocho condados. También colaboramos con líderes religiosos y comunitarios para disipar mitos y contrarrestar las dudas sobre la vacuna. Dado que la radio es la principal fuente de información en Sudán del Sur, CARE patrocinó varios programas de llamadas locales para que los oyentes pudieran consultar sus preocupaciones con expertos/as en salud.

² En abril de 2022, el jefe de programas de salud y nutrición de CARE Sudán del Sur, el Dr. Emmanuel Ojwang, fue invitado a intervenir ante el Consejo de Seguridad de la ONU para hablar de los retos que plantea la distribución equitativa de vacunas a nivel mundial y cómo podrían resolverse.

Cómo una nación de 10 años venció a los pronósticos para suministrar la vacuna COVID-19

En mayo de 2021, cuando COVAX donó 132.000 dosis de la vacuna COVID-19 a Sudán del Sur, hubo que devolver todos y cada uno de los viales. La nación de 10 años (en ese momento) carecía de la capacidad para llevar las vacunas desde la capital, Juba, a los brazos de las personas de todo el país que más las necesitaban.

Los doctores Emmanuel Ojwang y Kawa Tong de CARE Sudán del Sur solicitaron inversiones urgentes en el sistema sanitario del país. Con la financiación de la campaña Fast and Fair de CARE (entre otros donantes), Sudán del Sur aumentó la capacidad de su personal sanitario, cerró las brechas de su sistema de suministro de vacunas y mejoró la concienciación entre las comunidades destinatarias. Como resultado, todas las 60.000 vacunas que llegaron en el siguiente envío de COVAX en julio de ese año se administraron con éxito.

Dado que Sudán del Sur es un país de renta baja aún en sus inicios, en lugar de establecer un sistema temporal específico para las vacunaciones COVID-19, CARE trabajó para abordar las carencias de personal sanitario a largo plazo y desarrollar la capacidad de los trabajadores/as sanitarios/as para que también apoyaran otros servicios esenciales (como los servicios de salud sexual y reproductiva y la vacunación infantil). Los casi 200 empleados/as adicionales contratados por CARE han sido retenidos, y nuestro equipo en Sudán del Sur sigue documentando las mejores prácticas en la prestación de servicios de último tramo para permitir que el sistema satisfaga de forma sostenible las necesidades sanitarias futuras.

Adaptación de los programas de CARE a la pandemia



Crédito de la foto: Asafuzzaman Captain

País destacado: Cerrando la brecha en el último tramo - El caso de los trabajadores de las fábricas de Bangladesh

- CARE reorientó con éxito su plataforma HALOW+ (una extensión del proyecto Acceso a salud y oportunidades de vinculación para trabajadores/as) para responder a la COVID-19. La plataforma (una asociación entre CARE, GlaxoSmithKline y Marks and Spencer) es muy apreciada a nivel local por su apoyo a los trabajadores/as de fábricas de Bangladesh con bajos ingresos.
- Gracias a su impactante programación y a sus sólidas alianzas públicas y privadas, CARE obtuvo financiación de la oficina de asuntos exteriores, mancomunidad y desarrollo del Reino Unido para ayudar a los trabajadores/as de 41 fábricas de confección y a sus comunidades, llegando así a más de 1,2 millones de personas.

En los cinco años anteriores a la pandemia, los programas HALOW y HALOW+ de CARE Bangladesh ofrecieron programas que mejoraron la vida de más de 90.000 trabajadores de la confección y acumularon una valiosa experiencia para satisfacer las necesidades de una población que, de otro modo, estaría desatendida. El programa HALOW+ mejoró la protección social dentro de las fábricas; permitió el acceso a la telemedicina a pacientes de zonas muy remotas; y facilitó el suministro de productos de higiene menstrual, educación nutricional y exámenes oftalmológicos a bajo o ningún costo para los trabajadores/as de las fábricas.

Cuando la pandemia llegó a Bangladesh en marzo de 2020, estas actividades contribuyeron a una mejor preparación de la respuesta de emergencia. HALOW+ movilizó rápidamente a sus grupos de apoyo comunitario en Comités de Concienciación sobre el Coronavirus para difundir mensajes de prevención de la enfermedad y distribuir equipos de protección. Debido a su larga relación con CARE, la Oficina del Cirujano Civil del distrito pidió al personal de HALOW+ y a los Comités que coordinaran la logística de la respuesta de emergencia y la distribución de recursos. CARE Bangladesh también lideró una coalición de ONGs y agencias gubernamentales en la movilización de recursos de emergencia para la administración local de Gazipur, una importante ciudad industrial de Bangladesh.

País destacado: Mujeres miembros de grupos de ahorro convertidas en trabajadoras sanitarias de primera línea en Myanmar

- En Myanmar, durante un golpe militar, CARE dirigió su red de Asociaciones de Ahorro y Préstamo de Aldeas (VSLA) y su Iniciativa de Trabajadores/as Sanitarios de Primera Línea (en colaboración con GlaxoSmithKline) para liderar la respuesta al COVID-19 en el distrito de Lashio.
- Las mujeres de las VSLA utilizaron sus propios ahorros para convertirse en socorristas y comadronas, de modo que pudieran seguir accediendo a los servicios sanitarios durante los toques de queda y los encierros.

Tras el golpe de estado en Myanmar en febrero de 2021, los militares impusieron el estado de emergencia y tomaron medidas drásticas contra las ONG, restringiendo su financiación y limitándolas únicamente a actividades de emergencia. A pesar de estos retos, CARE Myanmar montó una respuesta COVID-19 en el distrito de Lashio que hizo hincapié en su relación única con la comunidad. Las VSLA -creadas por CARE como plataformas de ahorro- se convirtieron en importantes vehículos para los esfuerzos de prevención de COVID-19. Los miembros de las VSLA incluso reorientaron parte de sus fondos para formarse como vacunadores/as. Complementaron los esfuerzos de prevención del COVID-19 de los trabajadores/as sanitarios de la comunidad y del personal gubernamental, sirviendo como fuerza de trabajo adicional para los mensajes sanitarios, los primeros auxilios y el suministro de vacunas dentro de sus comunidades.

Para garantizar un acceso ininterrumpido a servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia, varios miembros de VSLA completaron una formación en obstetricia de la Iniciativa de Trabajadores/as Sanitarios de Primera Línea de CARE/GSK, de modo que pudieran prestar servicios esenciales de salud materno-infantil, incluidos la atención prenatal, el parto y la atención posnatal. Ayudaron a reducir la carga de los ya sobrecargados de centros de salud identificando y derivando sólo los embarazos de alto riesgo para su tratamiento.

Para facilitar la financiación sostenida y el apoyo a los servicios sanitarios a largo plazo, las comunidades del distrito de Lashio fueron más allá y crearon un fondo de Respuesta de Emergencia de la Aldea. Estos enfoques innovadores impulsados por la comunidad durante un golpe militar y una pandemia galopante sólo fueron posibles gracias a la presencia de confianza de CARE Myanmar, la formación e infraestructura existente de VSLA, y la flexibilidad y voluntad de GSK de reasignar la financiación del programa.



Al igual que en Guatemala, Honduras, Zambia, Sudán del Sur, Bangladesh y Myanmar, CARE proporcionó el mismo modelo de apoyo multifacético y multinivel en los demás países participantes en Fast and Fair. Trabajando desde los sistemas locales a los globales, incidimos, facilitamos, protegimos y nos movilizamos en nuestra búsqueda por garantizar un acceso y una entrega justos y rápidos en el último tramo. La forma en que pudimos lograrlo fue muy específica del contexto, práctica y, en última instancia, exitosa, gracias a la presencia y los socios de larga data de CARE sobre el terreno y en todo el mundo.



II. La influencia de CARE en EE.UU. y a nivel global: Perspectivas para futuros esfuerzos

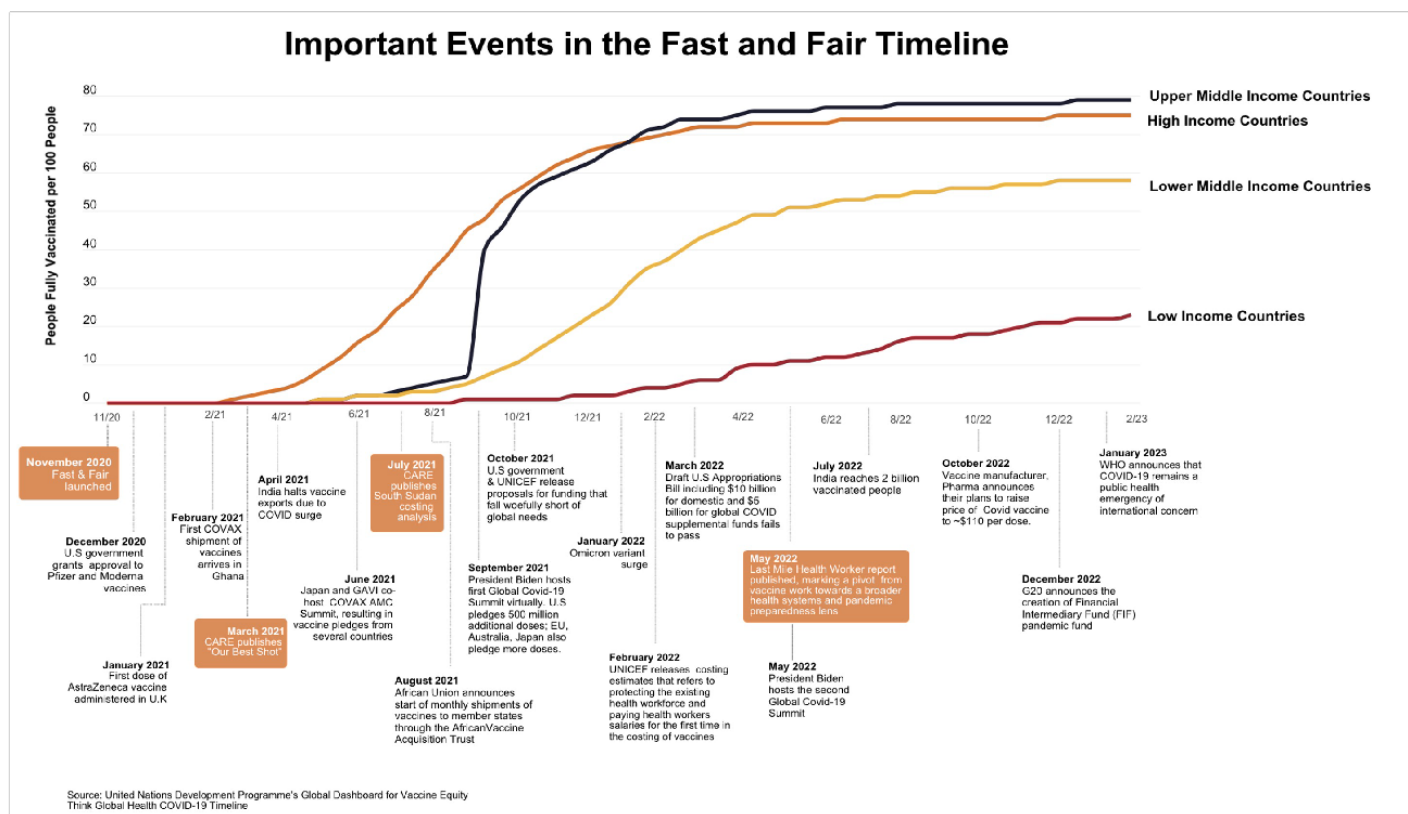
La incidencia y el liderazgo reflexivo de CARE tienen legitimidad porque están profundamente anclados en evidencias concretas de nuestra programación. Al aprovechar hábilmente la presencia local y global de CARE y los datos en tiempo real de nuestros programas sobre el terreno, la campaña Fast and Fair fue capaz de influir con éxito en las prácticas, los compromisos y las políticas de los garantes de derechos, como el gobierno de EE.UU., el Banco Mundial, COVAX y la comunidad de donantes. Con datos que incluían estudios de costes de Sudán del Sur, Nepal y Zambia, influimos en el debate mundial y consolidamos nuestra posición como "líderes en atraer la atención y los recursos" para la distribución de vacunas y el acceso a las mismas en el último tramo.³

Varias victorias fueron especialmente significativas para nuestra campaña "Fast and Fair":

1. 19.000 millones de dólares en financiación para la respuesta mundial al COVID-19 por parte del gobierno estadounidense como resultado de la presión conjunta de CARE y sus socios.

³ P. 13, [Luchando por los menos vacunados: Independent evaluation of systems-level outcomes of CARE's COVID-19 Fast Initiative and Campaign, Ignited Word, junio de 2023.](#)

- Desplazamiento de la conversación global hacia el coste real de la distribución de vacunas. Paralelamente, insistimos en la necesidad de proteger y remunerar a los trabajadores/as sanitarios/as de primera línea (el 70% de los cuales son mujeres).
- Levantamiento del tope de entrega de 3 dólares por dosis en el amortiguador humanitario COVAX debido al liderazgo de CARE sobre el coste real de la entrega de vacunas hasta el último tramo.
- Posicionamiento del género en el centro del debate global sobre la distribución y el acceso a las vacunas.



¿Cómo consiguió CARE estas importantes victorias?

1. Consiguiendo 19.000 millones de dólares de financiación de emergencia del Gobierno de EE.UU. para la respuesta al COVID-19

Entre marzo de 2020 y marzo de 2021, CARE trabajó estrechamente con los socios y aliados de la coalición, los defensores y líderes del Congreso de EE.UU. y con los miembros de la administración Biden para asegurar aproximadamente 19.000 millones de dólares en fondos de respuesta global a la COVID-19 por parte del gobierno de EE.UU., incluyendo el apoyo directo para combatir la pandemia, así como la ayuda humanitaria y al desarrollo para hacer frente a los impactos secundarios de la emergencia.

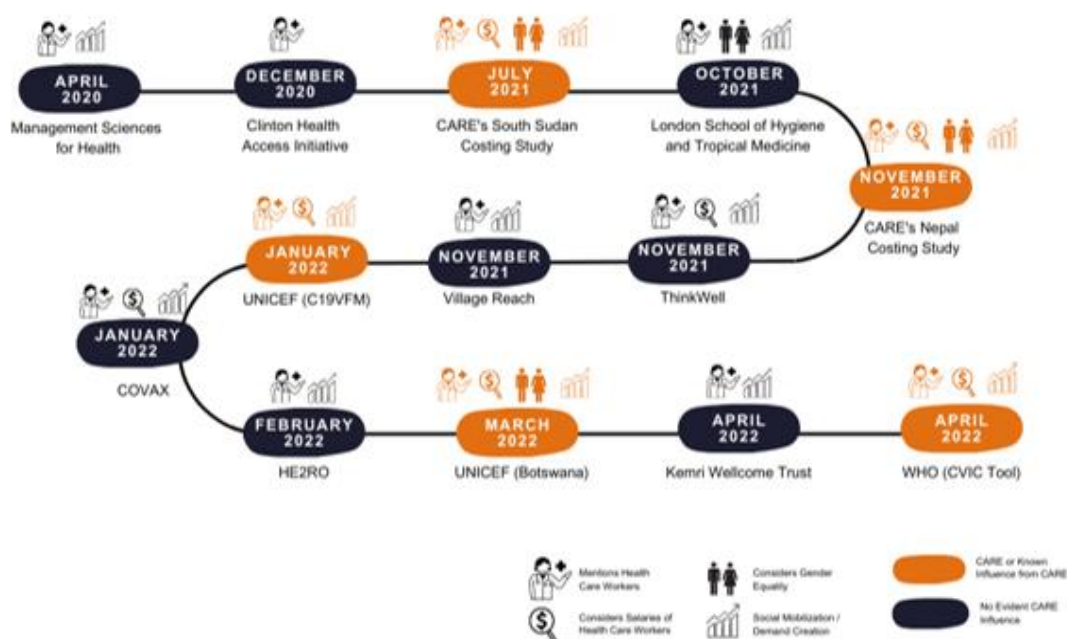
¿Por qué es importante? Esta financiación se *sumaba* a las inversiones actuales de Estados Unidos en ayuda exterior y representaba un aumento único de aproximadamente el 30% sobre el presupuesto habitual de ayuda exterior. El trabajo de CARE para poner de relieve las necesidades de las mujeres y las niñas en la pandemia se refleja más claramente en los últimos tramos de financiación de este proceso, cuando la administración Biden dejó claro que los esfuerzos para abordar la violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben formar parte de la respuesta global a la COVID-19 y solicitó fondos para ello.

2. Desplazando la conversación global hacia el verdadero coste de la entrega inclusiva de última milla.

A medida que las vacunas estuvieron disponibles, CARE comenzó a llamar la atención de las instituciones sanitarias multilaterales y globales sobre la necesidad de un cálculo más sólido de los costes de la vacunación, que incluyera la administración en entornos difíciles y los costes, a menudo no contabilizados, de contratación, formación y protección del personal sanitario de primera línea. Aprovechando los análisis de costes de los programas locales de CARE en varios países, la incidencia de Fast and Fair influyó en las metodologías de cálculo de costes de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial, así como en las posiciones de vacunación de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Junto con esta labor de concienciación, CARE presionó activamente al gobierno de EE.UU. para que asignara más recursos a la ayuda mundial contra el COVID-19, en concreto para apoyar el suministro de vacunas y a los trabajadores sanitarios de primera línea.⁴ Entre diciembre de 2021 y finales de marzo de 2022, CARE y cinco aliados cercanos lideraron una coalición ad hoc que abogó por la aprobación por parte del gobierno estadounidense de 17.000 millones de dólares en financiación suplementaria.

CARE Influences Others' Vaccine Costing Methodologies



¿Por qué es importante? Aunque la financiación suplementaria global de 17.000 millones de dólares no estuvo disponible, CARE y sus aliados lograron concienciar y conseguir el apoyo de los principales responsables políticos⁵ en el Congreso y en la administración presidencial sobre cuestiones prioritarias, en particular la necesidad de recursos adicionales para los trabajadores sanitarios de primera línea. USAID, la Casa Blanca y miembros clave del Congreso adoptaron medidas concretas para apoyar la financiación global de COVID-19, y hay pruebas que demuestran que la labor de incidencia de la coalición condujo a estos resultados. USAID solicitó 17.000 millones de dólares de financiación suplementaria para el alivio global del COVID-19 en su solicitud de presupuesto para el año fiscal 2022 e incluyó en su plan COVID-19 un apoyo explícito a los trabajadores sanitarios de primera línea en línea con las peticiones de la coalición. La Oficina de Gestión y Presupuesto de EE.UU. hizo una petición informal al Congreso para la financiación global de COVID-19 en el año fiscal 2022 y una petición presupuestaria formal en el año fiscal 2023. El propio Congreso incluyó 5.000 millones de dólares para el alivio global del COVID-19 en el proyecto de ley general del año fiscal 2022, y miembros clave del Congreso tomaron medidas para apoyar y defender esta financiación.

3. Influenciando la retirada del límite en el colchón humanitario COVAX

⁴ Por ejemplo, véase el [documento político](#) de CARE y [Booz Allen Hamilton](#); el [informe político "Our Best Shot"](#) y la necesidad de [inversiones mundiales adicionales](#) en el apoyo a la distribución necesario para las vacunas.

⁵ Para más detalles sobre los resultados y el trabajo de CARE en la [Campaña mundial suplementaria COVID-19](#), véase un [estudio de caso elaborado de forma independiente sobre la Campaña mundial suplementaria COVID-19 de CARE](#).

El colchón humanitario de COVAX⁶ -una red de seguridad diseñada para cerrar las brechas por las cuales los procesos nacionales de adquisición y distribución de la vacuna COVID-19 no podían llegar a las poblaciones vulnerables- limitó inicialmente la financiación de la entrega por dosis a 3 dólares. Los modelos de cálculo de costes globales de UNICEF para 2022 estimaban que vacunar completamente a una persona costaba entre 3,70 y 4,45 dólares. Sin embargo, CARE demostró claramente que el coste real de la distribución podía ser mucho mayor, dependiendo del país y del contexto. Utilizando datos y evidencia de su programación en Nepal, un país con un sistema sanitario relativamente sólido, CARE reveló que el [coste real de la administración de la vacuna COVID-19 hasta el último tramo era de 18,17 dólares](#), y que [en Sudán del Sur, el coste real de la administración ascendía a 22 dólares por persona vacunada](#). Como resultado de la incidencia de CARE, se eliminó el tope humanitario. Como se muestra mas abajo en una cita anónima de una parte interesada de alto nivel en una entrevista realizada por el evaluador externo, los estudios de costes de CARE influyeron directamente en la decisión de eliminar el límite del colchón humanitario de la ONU.

¿Por qué esto es importante? El colchón humanitario se estableció en 2021 para dar prioridad a la administración de vacunas y al acceso a las personas más vulnerables y en riesgo de ser desatendidas por los esfuerzos nacionales de vacunación, como los refugiados/as y los desplazados/as. El colchón humanitario tenía el potencial de ayudar a los 167 millones de las personas más vulnerables que necesitaban la vacuna COVID-19. Sin embargo, el resultado final fue decepcionante. A noviembre del 2022, sólo se habían distribuido 1,6 millones de dosis para los refugiados/as afganos/as en Irán y 840.000 dosis para los refugiados/as en Uganda.

Estableciendo nuevos estándares sobre el coste de distribución de las vacunas

"Realmente creo que el documento técnico [de CARE] sobre el coste de la distribución de vacunas fue realmente poderoso y nos permitió señalar repetidamente el coste adicional de las vacunas y eso influyó realmente en las decisiones de financiación del colchón humanitario [con el Consejo de Seguridad de la ONU] porque inicialmente estaban proporcionando, creo que eran como dos o tres dólares por dosis. Y nos las arreglamos para subirlo significativamente y conseguir que quitaran el tope".

4. Posicionando el género en el centro de los debates sobre la distribución y el acceso a las vacunas

En su discurso ante el Consejo de Seguridad de la ONU en abril de 2022, el Dr. Emmanuel Ojwang, Coordinador de Salud y Nutrición de CARE Sudán del Sur, presentó datos de la programación local de CARE que demostraban claramente las desigualdades relacionadas con el género en la distribución y el acceso a las vacunas. Antes de que el Dr. Ojwang presentara el análisis de CARE, el género había estado ausente en la conversación global sobre la equidad en las vacunas. Como resultado de su estrecha relación con CARE Sudán del Sur, el gobierno de Sudán del Sur copatrocinó una reunión informativa de las ONG sobre la equidad en las vacunas. Esto indicaba que Sudán del Sur quería que los mensajes de CARE sobre la equidad de género en el acceso a las vacunas y el coste real de la distribución de vacunas tuvieran un mayor alcance dentro de la comunidad internacional. En consecuencia, el análisis y los mensajes de CARE fueron transmitidos por otras ONG que asistieron a la sesión informativa.

¿Por qué esto es importante? El análisis de CARE muestra que, en tiempos de crisis, las mujeres y las niñas -especialmente las que trabajan en contextos de desarrollo o humanitarios- son las más afectadas. Ellas soportan la carga de los cuidados no remunerados y constituyen el 70% del personal sanitario mundial. No sólo están en la primera línea del riesgo de infección, sino que, incluso después de contener un brote, siguen sufriendo efectos a largo plazo en su educación, seguridad alimentaria y nutrición, salud, medios de

⁶<https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-covax-humanitarian-buffer-for-covid-19-vaccines-review-and-assessment-of-policy-implications/#:~:text=El%20Buffer%20fue%20diseñado%20para,que%20se%20enfrentaran%20emergencias%20humanitarias.>



subsistencia y protección.

Crédito de la foto: Olivier Girard

El impacto de la campaña "Fast and Fair" en la respuesta global de las vacunas

Los ejemplos anteriores ponen de relieve cómo CARE ejerció con éxito su influencia a escala local y global para garantizar un acceso y una entrega rápida y justa de las vacunas COVID-19. Las victorias conseguidas por CARE a nivel global - conseguir que el gobierno de EE.UU. asigne 19.000 millones de dólares en fondos de emergencia para la respuesta a la pandemia; redirigir la conversación global hacia el verdadero coste de la entrega en el último tramo; influir en la ONU para que elimine el tope de financiación de la ayuda humanitaria; y hacer hincapié en la importancia de la igualdad de género - fueron fundamentales para mejorar los resultados de la vacunación para algunas de las personas y comunidades más vulnerables del mundo. Estas victorias sólo fueron posibles gracias a la profunda programación local, los socios y la experiencia de CARE.

Sin embargo, incluso con estos importantes esfuerzos y logros, la respuesta global de la vacuna fue inadecuada. A pesar de que CARE había logrado influir en garantes de derechos (como el Gobierno de los Estados Unidos, el Banco Mundial, COVAX y la comunidad de donantes), estas victorias no alcanzaron su potencial por razones ajenas a CARE. La OMS, con el apoyo generalizado de la comunidad internacional, estableció el objetivo de una cobertura global de la vacuna COVID-19 del 70% para septiembre de 2022. Sin embargo, en marzo de 2023, tres años después de que la OMS hubiera declarado la pandemia de COVID-19, sólo siete de los 34 países de la campaña Fast and Fair habían alcanzado el 70% de vacunación completa. La evaluación externa de la influencia de CARE afirma que "...en febrero de 2023, menos de 25 de cada 100 personas habían sido completamente vacunadas en los países de renta baja, en comparación con cerca de 80 de cada 100 en los países de renta alta".⁷

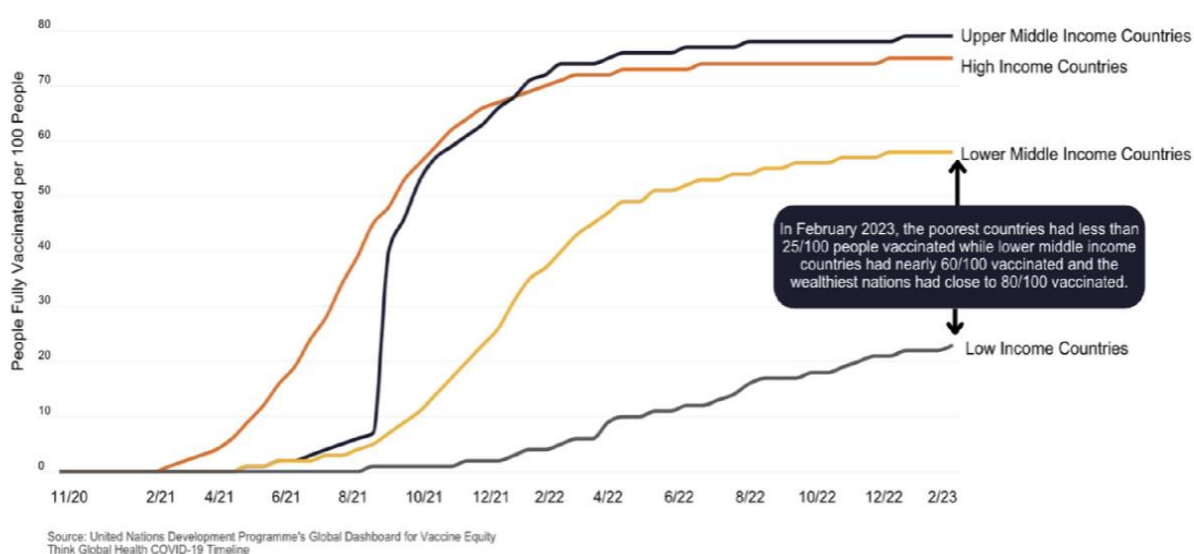
No obstante, la contribución global de CARE a la respuesta a la COVID-19 ayudó a 143 millones de personas en todo el mundo a través de la sensibilización, la distribución de mascarillas y el registro de vacunas, superando con creces el objetivo de la campaña "Fast and Fair" de 100 millones de personas. A través de esta

⁷ P.7: [Luchando por los menos vacunados: Independent evaluation of systems-level outcomes of CARE's COVID-19 Fast Initiative and Campaign, Ignited Word, junio de 2023.](#)

exhaustiva evaluación local a global, determinamos que CARE contribuyó a que **21,2 millones de personas estuvieran totalmente vacunadas**, que es el impacto final que esta campaña pretendía lograr. Esto se consiguió a pesar de un considerable déficit de financiación y en un contexto global más amplio que incluía escasez de vacunas, elevados costes de distribución, desinformación rampante y dudas generalizadas. Al inicio de la campaña, CARE se fijó un objetivo de recaudación de 100 millones de dólares para llegar a 100 millones de personas. La cantidad conseguida por CARE para las vacunaciones COVID-19 fue de 4,7 millones de dólares. La notable hazaña conseguida por CARE se debió en gran medida a nuestras sólidas relaciones e influencia tanto a nivel local como global.

Sin embargo, con una financiación adecuada y/o una planificación de escenarios, CARE habría estado mejor situada para extender su incidencia más allá de la aprobación inicial de las políticas, hasta su aplicación. Esto habría garantizado que el apoyo de CARE hubiera llegado a un mayor número de personas que más lo necesitaban. Por ejemplo, la financiación del gobierno estadounidense para la respuesta de emergencia global COVID-19 fue una victoria importante, pero fue necesaria una incidencia adicional a nivel local para garantizar que los fondos llegaran a las comunidades más necesitadas. El plan de ejecución de USAID para la respuesta la recuperación global frente a la COVID-19 hacía hincapié en la entrega, con un lenguaje sobre la desigualdad de género tomado directamente de los temas de debate preparados por CARE. Sin embargo, no pudimos rastrear cómo se tradujeron e implementaron los planes de implementación de USAID en los países y contextos en los que trabajamos. No encontramos pruebas sólidas de que las actividades y la financiación de COVID-19 de USAID fueran fundamentalmente más sensibles al género. **Una enseñanza clave de la campaña "Fast and Fair" es la importancia de la incidencia hasta la ejecución local y de una mejor planificación de escenarios en caso de que no se alcancen plenamente los objetivos de financiación.**

Low Income Countries Still Fall Furthest Behind in Vaccination Rates



Cambios significativos a nivel de sistemas que no son inmediatamente cuantificables.

Aparte de los impactos mencionados, la campaña "Fast and Fair" provocó una serie de cambios en el sistema cuyos efectos probablemente sólo se verán con claridad a largo plazo. Entre ellos figuran:

- Fortalecimiento de los sistemas sanitarios locales;
- Mantenimiento y protección de la salud sexual y reproductiva y de otros servicios sanitarios vitales durante la pandemia, lo que se traduce en mejores resultados sanitarios para las personas a largo plazo;
- Cambios en las normas sociales que propiciaron una mayor confianza y relaciones más profundas entre las comunidades y los proveedores de atención sanitaria;
- Mejora de la capacidad para una incidencia más sofisticada de CARE y sus socios a nivel local y nacional, aumentando el alcance de su impacto; y

- Una nueva narrativa global que reconociera las necesidades y contribuciones de los trabajadores/as sanitarios/as de primera línea y los retos y costes reales de llevar las vacunas del "asfalto al brazo(s)".

Aunque todavía no puede determinarse el valor preciso de estos cambios estructurales a largo plazo, entre sus implicaciones figuran:

- La importancia de aprovechar los datos de programación en tiempo real para fundamentar las peticiones de apoyo;
- Sistemas, estructuras y comunidades más fuertes y resistentes que puedan enfrentar mejor futuras crisis;
- Aumento del apoyo mundial a la inversión en personal sanitario de primera línea, la mayoría de los cuales son mujeres; y
- Establecimiento de nuevos estándares sobre el coste del suministro de vacunas.

¿Cómo hemos medido exhaustivamente nuestro impacto de lo local a lo global?

La medida definitiva del impacto cuantificable de la campaña "Fast and Fair" es el *número de personas totalmente vacunadas contra el COVID-19*. Como CARE y la Campaña "Fast and Fair" no vacunaron directamente a la gente, calculamos el impacto de la campaña siguiendo la teoría de la acción de CARE: CARE operó a diferentes niveles -de lo local a lo nacional y de lo nacional a lo global- para influir en los sistemas a través de la incidencia, la facilitación, la protección y la movilización para garantizar una vacunación rápida y justa en el último tramo. Por lo tanto, nuestra evaluación mide el impacto combinado de los esfuerzos de CARE en todos los niveles y se basa en la contribución sustancial de CARE, no en la atribución. Creemos que los sistemas están influenciados por múltiples actores y fuerzas. Aunque los sistemas de información internos de CARE estimaron que 143,1 millones de personas fueron vacunadas en zonas donde CARE había promovido el despliegue de la vacunación, queríamos cuantificar la contribución específica de CARE a través de la incidencia, facilitación, protección y movilización. No pretendemos afirmar que la influencia de CARE por sí sola haya llevado a que la gente se vacunara contra el COVID-19. Más bien, nuestro enfoque de medición del impacto pretende reflejar la compleja realidad de cómo el cambio de los sistemas se produce simultáneamente en múltiples niveles.

Evaluamos el impacto de CARE en el despliegue de la vacuna COVID-19 de tres maneras:

1. Evaluación cualitativa del trabajo de CARE en cada país de Fast and Fair para determinar si cumplía el umbral para contribuir significativamente a los objetivos de vacunación de COVID-19 (análisis interno utilizando los datos programáticos y de evaluación existentes; véase *el resumen completo del estudio de caso de cada país [aquí](#)*).
2. Evaluación independiente de la incidencia global y el liderazgo técnico de CARE (evaluación externa utilizando múltiples fuentes de datos, incluidas entrevistas de referencia con funcionarios de alto nivel implicados en la respuesta a COVID-19; véase *[Lucha por los menos vacunados](#)*).
3. Cálculo cuantitativo del número de personas totalmente vacunadas contra COVID-19 a 11 de marzo de 2023 en lugares donde CARE realizó un trabajo significativo (análisis interno utilizando datos secundarios de otras fuentes; la *hoja de cálculo está disponible previa solicitud*).

A continuación, explicamos con más detalle cada una de estas metodologías.

1. Evaluación cualitativa en cada país participante en Fast and Fair

Para determinar si CARE fue el principal contribuyente para que las personas recibieran el esquema completo de vacunación contra la COVID-19 en un país concreto, utilizamos una versión modificada de la herramienta

de CARE Advocacy and Influencing Impact Reporting (AIIR). CARE mide la incidencia y la influencia mediante la recopilación de información y evidencias sobre una victoria de incidencia e influencia. Determinamos la importancia de la victoria, el nivel de contribución de CARE, quienes se beneficiarios de ella y la evidencia que disponemos para respaldar nuestra afirmación de cambio o impacto. En el caso de la campaña Fast and Fair, evaluamos si, y en qué medida, CARE realizó contribuciones sustanciales en cada país participante. El análisis clave incluyó: el enfoque geográfico de los esfuerzos de CARE; el cambio significativo o la victoria que lograron CARE y los socios de CARE; la importancia contextual del cambio o la victoria; la contribución de CARE; y las fuentes de evidencia que respaldaron el trabajo de CARE en los cuatro pilares de Fast and Fair: incidencia, facilitación, protección y movilización.

De los 34 países en los que CARE aplicó el programa Fast and Fair, nuestro análisis reveló que cinco países (Colombia, Ghana, Jordania, Filipinas y Sierra Leona) no cumplían nuestro umbral de evidencia para afirmar su impacto. Por ejemplo, en Filipinas, las actividades de Fast and Fair incluyeron anuncios de radio que instaban a la gente a tomar la vacuna COVID-19. Aunque se trató de una importante actividad de incidencia y sensibilización respecto a la vacuna, CARE no tiene pruebas de que estos anuncios de radio llevaran directamente a la gente a vacunarse contra la COVID-19, por lo que no incluimos Filipinas en nuestros cálculos de impacto.

Además de determinar si existían pruebas a nivel nacional que permitieran afirmar la existencia de un impacto, también identificamos las zonas geográficas específicas de cada país en las que CARE participaba en programas relacionados con el COVID-19. Con la excepción de tres casos en los que CARE realizó un trabajo significativo a nivel nacional (Bangladesh, Ruanda y Sudán del Sur), CARE operó normalmente en un conjunto específico de provincias, municipios o distritos. Utilizamos esta información geográfica para estimar razonablemente el número de personas que estaban totalmente vacunadas en los lugares donde CARE tenía un compromiso profundo. (Véanse [los estudios de casos de países de Fast and Fair](#) para el análisis de la Herramienta AIIR modificada para los 34 países).

2. Evaluación independiente de la influencia de CARE en la vacunación frente al COVID-19

Para confirmar las contribuciones globales de la campaña Fast and Fair de CARE más allá de nuestro análisis interno, llevamos a cabo una evaluación exhaustiva independiente con Ignited Word, una agencia externa. Su metodología incluía:

- Repetición del análisis de [CARE's Our Best Shot](#).
- Comparación de métodos de cálculo de costes.
- Creación de la línea de tiempo.
- Búsqueda en Internet de la palabra clave "tarmac to arm(s)", utilizada por CARE y otras organizaciones para llamar la atención sobre los retos que plantea la distribución de la vacuna COVID-19 en el último tramo.
- Revisión bibliográfica y de documentos de referencia.
- Doce entrevistas con funcionarios de alto nivel implicados en la respuesta a COVID-19.
- Seguimiento y clasificación de resultados.

La evaluación externa constató que la incidencia y la influencia de CARE dieron forma a compromisos y contribuciones hacia el esfuerzo mundial de vacunación, incluyendo "un gran número de vacunaciones y más compensaciones a los trabajadores/as sanitarios/as de primera línea que de otro modo no se habrían producido".⁸ Aunque en última instancia CARE no pudo redirigir por sí sola el curso desigual e inequitativo de la respuesta mundial, la evaluación externa señala que conseguimos catalizar el apoyo material para la financiación del coste real de la distribución de vacunas e influir en las normas sobre las obligaciones de las naciones más ricas con las más pobres. El *informe completo de la evaluación externa está disponible en [CARE](#)*

⁸ P.3, [Luchando por los menos vacunados: Independent evaluation of systems-level outcomes of CARE's COVID-19 Fast Initiative and Campaign](#), Ignited Word, junio de 2023.

3. Cálculo cuantitativo del número de personas totalmente vacunadas

Una vez que las evaluaciones cualitativas por país, la evaluación independiente de la incidencia global y el liderazgo de pensamiento de CARE dieron una clara indicación de la contribución de CARE para conseguir la vacunación completa de las personas en el último tramo, procedimos a cuantificar el impacto de la campaña.

En los 29 países en los que existen pruebas de la contribución de CARE a la vacunación completa de las personas contra el COVID-19, proyectamos nuestro impacto utilizando la métrica de impacto: *número de personas que están completamente vacunadas contra el COVID-19*. Lo calculamos siguiendo los pasos y la fórmula siguientes:

- 1) Adquirimos datos secundarios sobre las vacunas enviadas por COVAX a un país receptor⁹ (a). Estimamos la tasa de desperdicio por país utilizando la Calculadora de Tasas de Desperdicio de Vacunas de la OMS¹⁰ (b). A continuación, calculamos el número de vacunas donadas por COVAX que se utilizaron restando el número estimado de vacunas que se desperdiciaron ($c = 1-b$).
- 2) Utilizamos el número de personas totalmente vacunadas (es decir, las que recibieron el protocolo inicial completo) y el número de personas parcialmente vacunadas para cada país a partir de [los datos COVID-19 de la OMS](#) y los utilizamos para estimar la proporción de personas totalmente vacunadas (d) frente al número de personas parcialmente vacunadas entre las que recibieron las vacunas donadas por COVAX.
- 3) A continuación, utilizamos estas variables para estimar cuántas personas estaban totalmente vacunadas (f) frente a quienes estaban sólo parcialmente vacunadas (e) a nivel de país.
- 4) A continuación, descontamos y limitamos la cifra final de impacto a un ámbito geográfico en el que los datos cualitativos sugerían una contribución significativa de CARE, utilizando el porcentaje calculado de la población de esa zona geográfica¹¹ (g), para llegar a la estimación final de la cifra de impacto por país ($f \times g$).

⁹ Utilizamos principalmente la base de datos subyacente del tablero de UNICEF: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard> y la cotejamos con los datos de <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/u-s-international-covid-19-vaccine-donations-tracker/#table01>.

¹⁰ La calculadora de la OMS de tasas de desperdicio de vacunas puede descargarse aquí: <https://www.who.int/publications/m/item/vaccine-wastage-rates-calculator>. Los parámetros que hemos utilizado pueden facilitarse previa solicitud.

¹¹ Los datos de población más recientes varían de un país a otro. Algunos proceden de los censos de 2010 y 2012, otros de 2015 y los más recientes son de 2018. Las proyecciones para estimar los datos de población local más recientes se calcularon utilizando: $(\text{Población total}) \times (1 + \text{tasa de crecimiento} [\%])^{\text{nb año}}$ (cuántos años han pasado desde el censo)

Por ejemplo: En **Benín**, donde CARE trabajó a múltiples niveles, pero más profundamente en la comuna de Abomey-Calavi/So-Ava, nuestros cálculos fueron los siguientes:

- Vacunas donadas por COVAX a Benín (a) = 2.082.390;
- Tasa de desperdicio de vacunas COVID-19 modelada en Benín (b) = 45% (o 0,45)
- Así pues, número estimado de vacunas COVAX utilizadas (c): $2.082.390 * (1-0,45) = 1.145.315$
- Entre los que recibieron la vacuna COVID-19, el 74% estaban totalmente vacunados (d); y el 26% sólo parcialmente vacunados (e);
- De modo que, de las 657.520 personas que se calcula que recibieron las 1.145.315 vacunas, estimamos que 487.795 están totalmente vacunadas o recibieron dos dosis (f), mientras que 169.725 personas sólo estaban parcialmente vacunadas.
- Por último, esto se traduce en *al menos 48.816 mujeres y hombres totalmente vacunados en la comuna de Abomey-Calavi/So-Ava, en Benín*, donde CARE y sus socios se comprometieron de forma más profunda y significativa frente a la grave presión a la que estaban sometidos los sistemas sanitarios gubernamentales. Para ello: a) capacitamos estratégicamente a los trabajadores sanitarios de primera línea con los conocimientos adecuados mediante un programa de formación integral; b) *movilizamos* una mayor concienciación pública mediante programas de radio, la participación de la comunidad y el diálogo; c) *protegimos* a los trabajadores sanitarios de primera línea proporcionándoles equipos de protección; y d) *facilitamos* la adquisición de equipos y recursos esenciales de los hospitales y centros de salud de la comuna de Abomey-Calavi/So-Ava.

Para Bangladesh, India, Ruanda y Sudán del Sur, determinamos las contribuciones de CARE a nivel nacional.

Cabe señalar que, en la medida de lo posible, los cálculos se basan en datos secundarios, y no en el modelo de cálculo utilizado anteriormente. Por ejemplo, en la India, donde disponemos de datos sobre el número de personas a las que el proyecto de CARE prestó apoyo y que fueron totalmente vacunadas, el equipo estimó de forma conservadora que CARE puede reclamar el impacto de sólo la mitad de todas las personas que fueron totalmente vacunadas en cada zona del proyecto, teniendo en cuenta que CARE no es el único actor en estas zonas. En el estado de Bihar, donde una de las intervenciones COVID-19 más sólidas de CARE se benefició de años de fortalecimiento de los sistemas sanitarios en colaboración con el gobierno estatal y múltiples socios (véanse las evaluaciones anteriores [aquí](#)), CARE estimó de forma conservadora que su contribución a la vacunación completa fue del 10% de las personas vacunadas. Esto se debe a que el refuerzo directo de la capacidad más reciente de CARE en Bihar supuso la formación de alrededor del 10% de las enfermeras del estado, y las enfermeras son las principales vacunadoras en la India. Dado que la población totalmente vacunada estimada en Bihar es de 53 millones, nuestra contribución al impacto se calcula en 5,3 millones en este estado.

En total, cuantificamos el impacto de la Campaña Rápida y Justa de 29 de los 34 países participantes en: **21.205.123 mujeres y hombres totalmente vacunados contra COVID-19**. (Los cálculos detallados de cada país están disponibles previa solicitud).

Conclusiones y recomendaciones

Al igual que la pandemia mundial que la originó, la campaña Fast and Fair de CARE fue la primera de este tipo. Conllevó una serie de consideraciones novedosas en materia de programación y financiación que presentan varias enseñanzas. Reflexionar sobre los éxitos y las deficiencias de la campaña es una oportunidad de inversión para aumentar potencialmente nuestro impacto a nivel de sistemas en el futuro: de decenas de millones a cientos de millones de personas en todo el mundo.

Lo que fue bien:

- *Aprovechar la infraestructura y las relaciones locales* para trabajar en tándem con nuestro programa de incidencia más amplio facilitó nuestra capacidad para poner en marcha respuestas localizadas de forma rápida y eficaz. Además, nuestra reputación en el ámbito del desarrollo nos permitió apoyarnos en una amplia gama de organizaciones del sector privado, organismos multilaterales y gobiernos nacionales.
- Las décadas de trabajo intersectorial de CARE nos permitieron reorientar fácilmente nuestra programación y ofrecer *una respuesta integrada*.
- *La confederación de CARE y la estructura de las oficinas nacionales de los socios miembros de CARE* permitieron a CARE USA institucionalizar prácticas para reducir en gran medida la carga de programación y medición de las oficinas nacionales.
- *La colaboración abierta* al interno de CARE USA entre los equipos de Salud, Equidad y Derechos (HER), Impacto, Aprendizaje, Conocimiento y Rendición de Cuentas (ILKA) e Incidencia fue crucial para la toma de decisiones basada en datos a través de análisis rápidos de género, análisis de costes y evidencias para los enfoques de programación.

Áreas de crecimiento:

- La influencia de lo local a lo global requiere *campañas y actividades de incidencia a todos los niveles y garantizar que las políticas resultantes se apliquen*. Para que nuestra influencia en los cambios políticos globales o estadounidenses se traduzca en un impacto, necesitamos estrategias de incidencia claras que guíen y apoyen la aplicación sobre el terreno. La influencia en la aplicación no siempre tiene que ser dirigida por CARE, sino que puede ser realizada por nuestros aliados y socios a nivel local.
- Hubo varios casos de increíble colaboración entre equipos y oficinas que condujeron a importantes victorias durante la campaña “Fast and Fair”. Sin embargo, debido a la naturaleza sin precedentes de la emergencia COVID-19, surgieron múltiples grupos en CARE que abordaban cuestiones similares (o las mismas) pero para públicos diferentes. Aunque puede ser útil contar con diferentes grupos para la coordinación, la evaluación o la programación, *una respuesta más racionalizada* habría sido probablemente más fructífera.
- *Priorización disciplinada*. La respuesta a la pandemia se sumó a las funciones ya existentes, lo que exigió al personal un esfuerzo adicional sin apoyo de refuerzo. La programación, especialmente en el momento álgido de la pandemia, se vio dificultada por la pérdida de varios miembros clave del personal (y de sus puestos) sin inversión adicional.
- *Previsión y planificación de contingencias*. Los esfuerzos de incidencia de CARE “Fast and Fair” pretendían ser una plataforma de lanzamiento para una mayor inversión en la vacunación COVID-19 de CARE y otras infraestructuras de prevención de enfermedades. Sin embargo, esto no se materializó cuando se agotaron los fondos internos para el aumento de la ayuda y no se aprobó el proyecto de ley suplementaria del gobierno estadounidense. La falta de un proceso integrado que permita la reorganización o reajuste interdepartamental de las prioridades cuando la financiación original ha finalizado o los objetivos programáticos deben cambiar, dificulta a los equipos nacionales la creación o el mantenimiento de nuevos programas, o la capitalización de otros logros alcanzados.

Cinco recomendaciones para futuras campañas:

1. Las campañas de CARE deben responder a circunstancias que cambian rápidamente. La planificación de escenarios, un planteamiento que tiene en cuenta múltiples acontecimientos futuros posibles, sería un enfoque mejor que la planificación tradicional, que trata de predecir el futuro más probable. Contar con una estrategia que prevea una amplia gama de posibles impactos y resultados nos permitiría ser más ágiles y reaccionar ante acontecimientos inesperados.
2. La mejora continua de los vínculos entre la programación sobre el terreno, las campañas locales de incidencia y nuestra influencia en Estados Unidos y en todo el mundo es fundamental para consolidar nuestra posición de liderazgo en este ámbito. Adaptar nuestras estructuras para que nuestros procesos internos (desde la comunicación hasta los equipos flexibles) sean lo más fluidos posible garantizaría que nuestros logros de incidencia política se lleven a la práctica.
3. Seguir desarrollando nuestra capacidad para formar equipos multidepartamentales ad hoc que elaboren estrategias conjuntas, fijen objetivos, ejecuten, cambien tácticas, racionalicen las respuestas y movilicen el apoyo y la capacidad de las oficinas en los países en caso de que se produzca una campaña o crisis similar.
4. Aprovechar las organizaciones homólogas y colaborar con ellas puede ser más eficaz que competir con ellas. Mediante la previsión y la gestión de las relaciones, CARE puede seguir anticipando cuándo aprovechar su experiencia, infraestructura y relaciones existentes para lograr avanzar una campaña con los colaboradores adecuados.
5. Asegurar acuerdos sobre las métricas de impacto y recursos, y sobre cómo se medirán, desde el principio de la campaña. Incluir "indicadores principales" e incorporar revisiones a mitad de la acción y/o puntos de reflexión frecuentes (utilizando los indicadores principales) en el ciclo del proyecto o campaña para que el equipo pueda determinar mejor cuándo puede ser necesario realizar ajustes o cambios.

Cita sugerida: [Brittany Dernberger](#) y [Florence Santos](#). (2023) Campaña Fast and Fair COVID-19 de CARE: Impacto Integral de lo Local a lo Global. ([Belen Ayala](#), Trans. y Ed.). Atlanta, GA: CARE USA. *Nota: los autores aparecen en orden alfabético y contribuyeron por igual a la elaboración de esta evaluación.*

Autores colaboradores: Paul Bagtas, Pari Chowdhary, Emily Janoch, Samuel Katembo y Allison Prather prestaron una importante ayuda en el análisis de datos, el desarrollo narrativo y la historia institucional.

Agradecimientos: Gracias a Ritu Sharma, Madhu Deshmukh, Joyce Sepenoo y David Leege por liderar este esfuerzo y movilizar recursos para que pudiéramos ejecutar esta evaluación. El equipo global del Sistema de Información de Proyectos y Programas y de Reporte de Impacto ([PIIRS](#)) de CARE International y CARE India dirigieron la medición del impacto de la campaña F&F de la India. Sharleen Nyakundi, Jongho Bae y Adam Lipus prestaron un apoyo fundamental a la investigación. Agradecemos al personal actual y anterior de CARE, a las organizaciones asociadas y a las partes interesadas que participaron como informantes clave en las evaluaciones externas, proporcionaron insumos técnicos y programáticos, y aportaron documentos y pruebas clave. Los hallazgos de los evaluadores externos Ignited Word y Lisa Hilt fueron importantes para dar forma a nuestras conclusiones generales. Zenab Bagha proporcionó un excelente apoyo editorial. Por último, agradecemos a nuestros colegas de los equipos de CARE USA Advocacy e Impact, Learning, Knowledge, and Accountability (ILKA) que actuaron como revisores y socios de pensamiento durante esta evaluación.