

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE VACUNACIÓN COVID-19 EN SUDAMÉRICA: ¿UTILITARISMO O PRIORITARISMO?

ASSESSMENT OF COVID-19 VACCINATION PROGRAMS IN SOUTH AMERICA: UTILITARISM OR PRIORITARISM?

CARLOS AUGUSTO YABAR¹
(*INSTITUTO NACIONAL DE SALUD/Perú*)

RESUMEN

Los programas nacionales de vacunación contra SARS-CoV2 en Sudamérica jugaron un rol importante en la respuesta oportuna frente a la pandemia por COVID-19, sin embargo, ¿se aplicó un enfoque ético capaz de garantizar un mayor beneficio para población a través de la vacunación? Para responder a esta pregunta, mi objetivo fue analizar los programas nacionales de vacunación de Argentina, Brasil, Chile y Perú para identificar en qué medida se alinearon con los enfoques éticos utilitarista y prioritarista al momento de asignar la vacuna contra la COVID-19. Parto de la hipótesis de que todos los países seleccionados plantean políticas de vacunación con posibles enfoques éticos prioritaristas y/o utilitaristas, sin embargo, aquellos que se alinean con el prioritarismo logran adherirse mejor a los deberes morales de justicia social. Para demostrar mi hipótesis he integrado la información socio-económica, analizado las estrategias de cobertura de cada país e intentado encuadrarlas con los enfoques éticos propuestos, para finalmente plantear argumentos a favor y en contra de estos enfoques. Concluyo que, a diferencia del utilitarismo, la aplicación del prioritarismo a los esquemas de asignación de vacunas de los cuatro países analizados, permitió priorizar la vacuna en aquellos que están peor en términos de justicia social, y que, inequívocamente, incluye a los severamente enfermos.

Palabras-clave: COVID-19; Vacunas; Pobreza; Utilitarismo; Prioritarismo.

ABSTRACT

National vaccination programs against SARS-CoV2 in South America played an important role in the timely response to the COVID-19 pandemic, however, was an ethical approach capable of guaranteeing greater benefit to the population through vaccination being applied? To answer this question, my aim was to analyze the national vaccination programs of Argentina, Brazil, Chile, and Peru to identify the extent to which they aligned with the utilitarianism and prioritarianism oriented ethical approaches when assigning the vaccine against COVID-19. I start from the hypothesis that all the selected countries propose vaccination policies with possible prioritarian and/or utilitarian ethical approaches, however, those that align with prioritarianism manage to better adhere to the moral duties of social justice. To demonstrate my hypothesis, I have integrated the socio-economic information, analyzed the coverage strategies of each country and tried to frame them with the proposed ethical approaches, to finally present arguments for and against these

approaches. I conclude that, unlike utilitarianism, the application of prioritarianism to the vaccine allocation schemes of the four countries analyzed allowed prioritizing the vaccine in those who are worse off in terms of social justice, and that, unequivocally, includes the severely ill.

Keywords: COVID-19; Vaccines; Poverty; Utilitarianism; Prioritarianism.

Introducción

La vacuna contra el virus SARS-CoV2, responsable de la pandemia por COVID-19, ha permitido reducir de manera significativa la severidad y mortalidad, especialmente en poblaciones con condiciones de salud preexistentes (HAGHPANAH et al., 2021). Sin embargo, la vacunación como estrategia para el control de la pandemia puede involucrar diferentes problemas éticos debido a la complejidad de asegurar su distribución equitativa en circunstancias de escasez, especialmente en poblaciones humanas bajo diferentes capas de vulnerabilidad (LUNA, 2019).

Algunos países con capacidad tecnológica para desarrollar sus propias vacunas se acogieron al llamado “nacionalismo de vacuna”, priorizando sus propias necesidades domésticas por encima de las necesidades de otros países (LAGMAN, 2021). Frente a esto agencias internacionales como GAVI, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Coalición para la Promoción de Innovaciones en Pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI por sus siglas en inglés), aliados de la plataforma de Acceso Global a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX) definieron que cada país de mediano y bajos ingresos debía recibir una cobertura de vacunación proporcional a su población la cual iría incrementando de 3% hasta 20% (EXCLER et al., 2021). Para el caso de Latinoamérica, la presencia de múltiples factores comunes tales como la alta informalidad laboral, elevadas deudas con otros países y organismos internacionales y limitada capacidad de los sistemas de salud afectó seriamente a varios países, conduciéndolos a un resquebrajamiento general de sus economías (LÓPEZ-FELDMAN et al., 2020; BAUTISTA-MOLANO et al., 2020). En consecuencia, estos gobiernos debieron adoptar medidas de inmunización que les permitieran atender con prioridad a aquellas poblaciones con alto riesgo de muerte prematura y al mismo tiempo reactivar su desarrollo económico.

Considerando que la OMS publicó guías para establecer pautas éticas de priorización de la vacuna contra la COVID-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), muchos países en Sudamérica incorporaron dichas recomendaciones dentro de sus Planes de Vacunación Nacional. Sin embargo, los criterios para la implementación de dichas pautas no han sido

necesariamente uniformes entre todos los países, debido a sus diferencias territoriales, sociales, económicas y políticas, lo que derivó en la adopción de diferentes estrategias y enfoques éticos de asignación de vacunas que no han sido analizados hasta la fecha. De hecho, las diferentes estrategias fueron adoptadas bajo la consigna de mitigar el efecto devastador de la COVID-19 sobre la salud de las personas, aliviando la demanda de recursos para su atención clínica y permitiendo la reactivación de la economía nacional en general. En el presente estudio, se analizaron los planes de vacunación de cuatro países de la región: Argentina, Brasil, Chile y Perú; siguiendo los siguientes criterios:

Características demográficas: Porque la diferencia de tamaño poblacional entre los países seleccionados permite enriquecer el análisis de las estrategias planteadas para la distribución de la vacuna.

Características geográficas: Porque el problema de la accesibilidad y transporte de este recurso la comparte la mayoría de los países latinoamericanos y constituye un factor importante para lograr la distribución de la vacuna. En consecuencia, será de suma importancia analizar qué estrategias empleó cada país para lograr el acceso de la vacuna.

Características socioeconómicas: Los países seleccionados han pasado por diferentes experiencias económicas en los últimos 30 años logrando un desarrollo diferente en cada caso. Sin embargo, la pandemia, ha tenido un impacto económico mundial, por lo que es de esperar que en los países citados haya habido un efecto en el incremento de los índices de pobreza extrema.

Características éticas: Si bien los valores morales son universales y existen documentos internacionales que establecen las pautas para la aplicación de los principios éticos, es propicio analizar cómo cada contexto favoreció la adopción de criterios éticos para la distribución de la vacuna. El análisis y selección de los cuatro países estudiados permitirá identificar el impacto de razones contextuales en los planes adoptados por cada uno.

En general, el objetivo del presente estudio fue identificar qué enfoque ético es el más conveniente al momento de asignar la vacuna contra la COVID-19 en los programas nacionales de vacunación de Argentina, Brasil, Chile y Perú. Para ello, he planteado la siguiente hipótesis: *Argentina, Brasil, Chile y Perú proponen políticas de vacunación con enfoques éticos tanto prioritaristas como utilitaristas, sin embargo, aquellos que se alinean con el prioritarismo logran adherirse mejor a los deberes morales de la justicia social.*

Para defender esta hipótesis realizaré un análisis empírico de la situación económica de cada país y luego me centraré en describir los

grupos humanos priorizados para la vacunación de acuerdo con cada Plan Nacional de vacunación. Seguidamente, intentaré identificar si dichos planes se alinean con los enfoques éticos utilitaristas y prioritaristas, para finalmente argumentar por qué considero que el prioritarismo es el enfoque más adecuado en el contexto de la justicia social.

Impacto socio-económico de la pandemia COVID-19 en Latinoamérica

Durante el año 2021, la pandemia por COVID-19 en Latinoamérica generó un fuerte impacto socio-económico debido al elevado índice de mortalidad (12% a 36%) y a la disminución del crecimiento económico experimentados en la región, superando a Europa y EEUU (CIFUENTES-FAURA, 2021; BOLAÑO-ORTIZ ET AL., 2020). En 2020 la pandemia condujo al 32.8% de latinoamericanos a la pobreza y al 13.1% a la pobreza extrema (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2022). Dentro de los factores asociados se encuentran la baja disponibilidad de la atención sanitaria, el alto porcentaje de empleos vulnerables² y el índice de PBI per cápita, siendo este último el de mayor influencia sobre la tasa de mortalidad por COVID-19 en Latinoamérica.

Estos datos en su conjunto sugieren que la tasa de mortalidad debido a la pandemia es en realidad un reflejo del deterioro de la economía de los países. Esta situación revela que un alto número de personas se encuentran sufriendo desigualdad debido a la carencia de alimentos, discriminación social, falta de acceso a las vacunas contra SARS-CoV2 y recientemente a los impactos del cambio climático (INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES, 2022).

En Argentina, el índice de pobreza en 2019 fue de 18.7%, mientras que el de extrema pobreza fue de aproximadamente 9% (ACEVEDO et al., 2021). Sin embargo, cuando llegó la pandemia, el índice de pobreza alcanzó un porcentaje de 30.4% (equivalente a 11.6 millones de personas), mientras que el de pobreza extrema incrementó a 10.5% (cerca de 3 millones de personas) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. REPÚBLICA DE ARGENTINA, 2020).

En Brasil el problema de la seguridad alimentaria debido a la pandemia y a la grave crisis económica del país ha conducido al hambre a 19 millones de personas, casi el doble de personas que las que cayeron en la pobreza debido a la grave crisis experimentada en el año 2018 (LONDOÑO, 2021; MILHORANCE, 2021). En la actualidad, Brasil cuenta con un índice de pobreza de 12.8% y de pobreza extrema de 4.5% (9.4 millones de personas). En 2020 se estimó una caída del PBI de 5.3%, siendo uno de

los valores más bajos jamás registrados en dicho país (COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2020).

En Chile, el índice de pobreza también se vio afectado por la pandemia, aunque el impacto no fue tan alto en comparación con otros países de Sudamérica (NACIONES UNIDAS, 2020). En la actualidad, se estima que alrededor de 2.1 millones de personas (10.8%) viven en situación de pobreza en Chile, y más de 830 mil personas (4.3%) se encuentran en condición de extrema pobreza (MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA, 2020).

En Perú, hubo un incremento del índice de pobreza de 20% (2019) a 30% (2020), perjudicando a más de 9.6 millones de peruanos. Con ello, también se originó un incremento de la pobreza extrema de 2.9% (2019) a 5.1% (2021), lo cual equivale a 1.6 millones de personas afectadas (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, 2021).

En resumen, la pandemia COVID-19 en Latinoamérica ha generado un alto costo social, porque ha conducido a millones de personas a la pobreza extrema y concomitantemente a la muerte prematura. Por lo tanto, cabe preguntarse si los países seleccionados establecieron estrategias en sus planes de vacunación con el fin de priorizar a ciertos grupos humanos que les permita reactivar su producción económica y con ello detener el incremento de los índices de pobreza extrema (enfoque utilitarista) o bien priorizar directamente a aquellas poblaciones viviendo en pobreza extrema por hallarse en la peor posición (enfoque prioritarista).

Análisis de las estrategias de vacunación de acuerdo con el tratamiento de grupos humanos de mayor vulnerabilidad

Si bien la pandemia por COVID-19 afectó considerablemente a todos los países del mundo, cada país no estaba en la misma situación de desarrollo socio-económico al momento de responder y recuperarse. En esta segunda parte muestro cómo Argentina, Chile, Brasil y Perú adoptaron diferentes estrategias de vacunación ajustadas al contexto. En el caso de Argentina, el plan se enfocó en la distribución de la vacuna rusa Sputnik para la cobertura de 60 millones de ciudadanos, iniciando la campaña el 29 de diciembre de 2020 (HARRISON, HORWIT, ZISSI, 2022).

Argentina siguió un enfoque de priorización y escalonamiento adoptando un marco bioético de "igualdad y dignidad de derechos, equidad, beneficio social y reciprocidad" (MINISTERIO DE SALUD ARGENTINA, 2020). Bajo este contexto, la política de priorización estaría destinada a atender a aquellas poblaciones propensas a desarrollar enfermedad grave o presentar complicaciones por COVID-19 y en aquellas con la probabilidad

de una mayor exposición al virus. En ese sentido, el Plan Argentino de Vacunación contra la COVID-19 clasifica a la población objetivo tomando en consideración dos aspectos: riesgo y vulnerabilidad.

Considerando el riesgo y la función estratégica, la vacunación ha priorizado al personal de salud, de seguridad y personal de servicios penitenciarios; personal docente y no docente de centros educativos inicial, primaria y secundaria; y otras poblaciones estratégicas definidas por las jurisdicciones y la disponibilidad de dosis (autoridades y funcionarios públicos).

Considerando el riesgo de enfermedad grave se incluyeron adultos de 70 años y más; personas mayores residentes en hogares de larga estancia; adultos de 60 a 69 años y adultos de 18 a 59 años de grupos en riesgo.

Finalmente, tomando en cuenta la vulnerabilidad, se incluyeron los barrios populares, personas en situación de calle/Pueblos originarios/Personas privadas de libertad, migrantes, docentes universitarios y otros no especificados.

Estas consideraciones estaban supeditadas a nueva evidencia científica, a la disponibilidad de la vacuna y a la situación epidemiológica. En tal sentido, las actividades de vacunación se iniciaron en los conglomerados urbanos, donde se han registrado las mayores tasas de infección.

Datos recientes de la página web de Our World in Data revelan que, hasta el 17 de enero de 2022, Argentina ha logrado completar el protocolo de vacunación inicial de 76% de la población (MATHIEU et al., 2023).

El Plan de vacunación de Brasil siguió cuatro fases, de las cuales, la primera inició el 3 de diciembre del 2020, con el fin de cubrir al 24% de la población hasta junio de 2021 con la vacuna de Pfizer-BioNTech (MINISTERIO DA SAUDE BRASIL, 2021).

Según el Plan de vacunación brasileño, se requeriría vacunar al 80% de la población para reducir considerablemente la incidencia de la COVID-19, sin embargo, por ser la vacuna un insumo escaso, el gobierno brasileño decidió iniciar sus acciones de inmunización en 29 diferentes grupos prioritarios con los objetivos de reducir la morbi-mortalidad, proteger la fuerza de trabajo para asegurar el funcionamiento de los servicios de salud y demás servicios esenciales. Es importante destacar que, dentro de estos grupos prioritarios, además de las personas adultas mayores, personas con co-morbilidades, personal de salud y de las fuerzas del orden, se han incluido los pueblos indígenas y comunidades tradicionales de la Amazonía y trabajadores de transporte aéreo, terrestre y fluvial. El cronograma de vacunación se extendió hasta julio de 2021 para culminar la inmunización de esta población, para luego continuar con la población general de 18 a 59

años. Hasta el 17 de enero de 2022 Brasil había logrado la vacunación con dos dosis del 81% de la población total (MATHIEU et al., 2023).

En Chile, la campaña de vacunación empezó el 24 de diciembre de 2020, el objetivo plan nacional era vacunar a 15 de los 18 millones de ciudadanos. Esta primera fase de vacunación se realizó con la vacuna Pfizer-BioNTech (OLIVARES, VERGARA, RODRÍGUEZ, 2022).

La estrategia de vacunación de Chile se plasmó en el documento técnico "Lineamiento Técnico Operativos Vacunación contra SARS-CoV2" el cual sigue las pautas de la OMS para reducir la morbilidad y mortalidad estableciendo una estrategia de vacunación gradual por grupos objetivo, definidos según priorización (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2020).

De acuerdo con el orden de prioridad se consideró en primer lugar a la "Población crítica", compuesta por personas con riesgo aumentado de infección por SARS-CoV-2, y/o que desarrollen funciones consideradas críticas para la mantención de los servicios sanitarios y actividades esenciales para el país. En este grupo se consideraron: personal de salud, estudiantes en práctica clínica, servicio nacional de menores, establecimientos de larga estadía para adultos mayores, residencias sanitarias, personal con funciones esenciales de atención directa a la ciudadanía, personal de farmacias, personal de laboratorios, personal de fuerza de orden y seguridad y personal que desarrolla funciones críticas del estado.

En el siguiente orden de prioridad se consideró a la "Población sana", que comprende a población entre 18 y 59 años. El gobierno chileno consideró que vacunarlos permitiría indirectamente proteger a las personas más vulnerables, por edad o condición de salud.

Finalmente, se consideró la "población de riesgo", que corresponde a personas con un riesgo aumentado de tener morbilidad grave, secuelas o muerte debido a la infección por coronavirus, ya sea por edad o condiciones subyacentes.

Para lograr estos objetivos, el gobierno chileno planteó un enfoque de "abajo hacia arriba", o estrategia ascendente, el cual inicia en el establecimiento de salud para luego integrarse a la comuna (municipio o extensión territorial que comprende zonas rurales, urbanas y mixtas) bajo la supervisión y apoyo del nivel regional y nacional. La meta del gobierno chileno fue alcanzar una cobertura de vacunación del 80% durante el año 2021, siguiendo una secuencia estructurada que inicia desde la captación, vacunación, monitoreo, supervisión y evaluación. La vacunación en Chile se inició atendiendo a la población crítica y la población de riesgo. La información actual sobre el porcentaje de chilenos que cuentan con las tres

dosis de vacuna hasta el 17 de enero de 2023, muestra un porcentaje de 92.3% de la población (MATHIEU et al., 2023).

La campaña de vacunación en Perú empezó el 09 de febrero de 2021 con la vacuna china Sinopharm, priorizando en una primera fase al personal de salud, fuerzas armadas y policiales, estudiantes de la salud y miembros de mesas electorales, mientras que en una segunda fase se consideraron a personas con co-morbilidad, mayores de 60 años, personas privadas de la libertad, y comunidades nativas e indígenas. Finalmente, la tercera fase incluyó personas entre 18 y 59 años (MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ, 2020).

Sin embargo, este plan sufrió modificaciones debido al incremento exponencial de la pandemia, lo que motivó al gobierno a realizar una modificación del Plan Nacional (MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ, 2021). De acuerdo con ello, la distribución de la vacuna se basó en consideraciones éticas referidas a las necesidades de la población a vacunar: vulnerabilidad, accesibilidad geográfica y cadena de frío disponible. Asimismo, este plan incluyó una nueva dimensión denominada "Fases de Vacunación" que introdujo la vacunación simultánea de los adultos mayores con los trabajadores de salud, fuerzas armadas y policiales. Del mismo modo se planteó una estrategia territorial de vacunación, especificándose los puntos de vacunación ubicados de manera estratégica en relación a las viviendas de los residentes con el fin de alcanzar eficazmente a la población adulta mayor.

Considerando las recomendaciones adicionales del Equipo Consultivo de Alto Nivel y dentro del contexto de la estrategia territorial, la vacunación prosiguió con la siguiente secuencia: Por grupo de edad decreciente, co-morbilidad, territorialidad (áreas de difícil acceso y con mayor densidad poblacional), comunidades indígenas de sierra y selva (en paralelo con adultos mayores) y poblaciones fronterizas. Adicionalmente, el gobierno peruano incluyó dentro de su plan de vacunación a los residentes extranjeros sin importar la nacionalidad y el estatus migratorio (VENINFORMADO, 2020). Hasta el 19 de enero de 2022, el Perú logró alcanzar una cobertura de vacunación completa de 84% (MATHIEUS et al., 2023).

Análisis ético de los planes de vacunación

Breve marco teórico sobre las teorías morales del prioritarismo y utilitarismo

He realizado un análisis empírico sobre la situación socio-económica de los cuatro países seleccionados cada país y las diferentes estrategias de vacunación empleadas de acuerdo con cada contexto en particular. Ahora intentaré identificar cuál es el enfoque ético que cada país adoptó para determinar el orden de asignación de las vacunas y los beneficios que se obtuvieron a través de su implementación. Para ello, he considerado como teorías éticas de referencia principales el utilitarismo y el prioritarismo, identificando el impacto de las razones contextuales en los planes adoptados por cada uno.

La principal razón por la que he considerado al utilitarismo y prioritarismo como referencia en este estudio es porque son extensivamente tomadas en cuenta hoy en día para analizar dilemas éticos en torno a decisiones de asignación de recursos en salud pública (YUK-CHIU YIP, 2021; LEE, KIM, DO, 2021; SAVULESCU, PERSSON, WILKINSON, 2020).

Respecto al utilitarismo (MILL, 1861), se trata de una de las teorías morales más importantes del pensamiento filosófico, cuya caracterización frecuentemente resulta de la combinación de cuatro rasgos constitutivos: consecuencialismo (que determina lo moralmente correcto), bienestarismo (que conecta el bienestar con lo bueno), hedonismo (determina el bienestar por las buenas experiencias) y aditismo (donde la determinación se establece por la adición). Sin embargo, el utilitarismo, también tiene variantes que constituyen formas alternativas representadas por los utilitaristas universales (buscan el bienestar de todas las personas afectadas por la acción), egoístas (se restringen al bienestar del propio agente), maximizadores (la acción correcta es aquella cuyo estado de bienestar es máximo), satisfaccionistas (consideran si el estado de bienestar es el suficiente); y considerando además las formas directas de utilitarismo (cuando la acción correcta está dada por el beneficio que reporta cada acción que otorga) e indirectas (cuando la acción correcta se determina por el beneficio que reporta una práctica o institución con independencia de los beneficio producidos en cada caso)(Revisado por STAFFORINI, 2018). Asimismo, KYMLICKA (1990) señala que el utilitarismo tradicionalmente establece que el acto o política moralmente correcta es aquella capaz de otorgar la mayor felicidad para el mayor número de personas de una sociedad determinada. Si bien el término "felicidad" se interpreta frecuentemente desde un punto de vista hedonista, no todos los defensores del utilitarismo suscriben este enfoque. De hecho, de acuerdo con KYMLICKA (1990) podemos identificar cuatro versiones de utilitarismo:

a) Hedonismo del bienestar, donde el fin primordial del hombre es la experiencia que produzca el mayor bienestar o placer.

b) Utilidad no hedonista de estados mentales, por el cual se requiere tener un abanico de estados mentales que garanticen una experiencia satisfactoria o valiosa, pero no necesariamente placentera.

c) Satisfacción de preferencias, define la utilidad como la acción que nos otorgará la potestad de satisfacer nuestras preferencias brindando como consecuencia de ello el bienestar.

d) Preferencias informadas, se centra en identificar al principal bien del hombre, el cual se produce cuando se satisfacen sus preferencias racionales.

Hoy en día, el utilitarismo aplicado en la bioética moderna enfatiza la esencia técnica-instrumental como razón para lograr un fin, tomando en consideración que el medio empleado sea el adecuado para maximizar la utilidad. Esto significa que la acción que se realiza para alcanzar un objetivo no es ni buena ni mala, sino correcta cuando a través de ella se logra maximizar la utilidad (ZURRIARÁIN, 2008). Considerando esto último, la pobreza absoluta, denominada así por el célebre utilitarista Peter Singer, no debería pasar inadvertida para quienes tienen la posibilidad de tomar acciones de ayuda, siempre y cuando estas acciones no signifiquen un sacrificio de importancia moral comparable (SINGER, 1995, p.285). En el campo de la atención clínica y de la salud pública un decisor político utilitarista, emplearía estrategias de vacunación que no necesariamente priorizarían a las poblaciones en pobreza extrema, debido a sus características de "sobrevivir en circunstancias de miseria y degradación (...) cuya esperanza de vida es tres veces más baja" (SINGER, 1995, p.272). Sobre este aspecto, la OMS, en su "Guía para el manejo ético de brotes de enfermedades infecciosas", considera que toda acción que se realiza es correcta en la medida en que promueva el bienestar de los individuos o las comunidades, y que el esfuerzo por maximizar la utilidad requiere realizar un balance entre los beneficios obtenidos frente al riesgo de daño, bajo la luz de las evidencias científicas o experiencias similares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Es por ello, que la OMS considera importante emplear un enfoque utilitarista para dar mayor importancia a aquellas personas que son esenciales en la atención de un brote epidémico, en lugar de aquellas que, por sus características sociales, no guardan relación con estos servicios críticos.³

El segundo enfoque ético es conocido como prioritarismo, y de acuerdo con PARFIT (2001) se enfoca en determinar que el mejor arreglo distributivo es el que se ocupa de mejorar la situación de quienes están peor en términos absolutos. Esto significa que es moralmente requerido beneficiar primero a quien está peor por su misma condición de desventaja, y no por los beneficios marginales que se obtendrían por mejorar su

posición. Bajo esa premisa, la asignación de bienes o recursos a los que están en peor situación tiene prioridad moral, no debido a que están peor en comparación con otros, sino simplemente debido a su nivel absoluto de escasez o privación. Asimismo, transferir recursos a personas que están en peor situación significa que, los beneficios obtenidos, no sólo serán simplemente mayores en sí mismos debido al efecto de la utilidad marginal decreciente, sino que también serán más importantes por su alto valor moral (NIELSEN, 2022). Por tanto, priorizar a los que están en peor situación genera una utilidad que tiene una importancia moral marginal. En el ámbito de la salud pública el prioritarismo justifica y requiere la asignación de recursos de manera prioritaria a quienes están peor. En el contexto de la pandemia COVID-19, un recurso, cuyo patrón de asignación se encuentra en debate son las vacunas. En ese sentido, el prioritarismo ha sido considerado como un marco moral aceptable para la distribución de las vacunas a nivel global (EMANUEL et al., 2020). El prioritarismo informa alguno de los criterios de asignación de vacunas en los planes de vacunación de los países sudamericanos seleccionados. Estos criterios conviven o compiten con criterios utilitaristas que se dirigen a reducir los males y riesgos asociados con la pandemia, o a maximizar los beneficios de la vacunación. Además de poner en discusión si el prioritarismo es el mejor enfoque para el diseño de los planes nacionales de vacunación, resta determinar quiénes son las personas o grupos que deben ser priorizados y por qué. Para la OMS, deberían asignarse recursos a aquellos que están peor, entre los que destacan principalmente “pobres, enfermos y vulnerables”.

En síntesis, el utilitarismo y el prioritarismo aplicados al ámbito de la asignación de vacunas pueden ofrecer respuestas diferentes en dos planos. Pueden diferir primero en el plano de las razones, es decir del tipo de justificación que puede ofrecerse a favor de un esquema de asignación sobre otro. El utilitarismo puede justificar la priorización de población en pobreza extrema en función de la utilidad marginal obtenida al mejorar la posición de quien se encuentra en esa situación. Por su parte, el prioritarismo ofrece otro tipo de justificación, destacando la importancia moral de asignar prioridad a quien se encuentra en la peor situación de desventaja y no por la utilidad que reporta mejorar su posición. Considerando los fundamentos teóricos de estos dos enfoques éticos, procederé a realizar el análisis ético de las estrategias de vacunación de los países sudamericanos seleccionados como muestra con el fin de determinar si se aproximan a los presupuestos de alguna o ambas corrientes filosóficas, para luego, plantear los argumentos por los cuales considero que es mejor,

en términos de justicia social, adoptar el enfoque prioritarista al momento de proceder con la asignación de vacunas contra la COVID-19 .

Identificando el enfoque utilitarista en los Planes Nacionales de Vacunación

Tal como se abordó en los párrafos anteriores, Argentina, Chile, Brasil y Perú siguieron políticas de asignación de la vacuna contra la COVID-19 a poblaciones altamente expuestas o posicionadas en la primera línea de defensa frente a la pandemia, tales como trabajadores de la salud, fuerzas armadas y policiales, consideradas personas altamente expuestas o población objetivo. Esta política estuvo alienada con criterios de vulnerabilidad epidemiológica, concepto analizado por expertos y autoridades sanitarias de España (MINISTERIO DE SANIDAD DE ESPAÑA, 2020), y que se vincula con las desigualdades sociales en salud frente a la COVID-19 provocando el incremento del riesgo epidemiológico debido a múltiples factores tales como: i) Mayor exposición a la infección, ii) retraso en el diagnóstico, iii) retraso en la identificación de contactos, iv) mayor dificultad para observar las medidas de aislamiento o cuarentena.

Asimismo, este grupo se encuentra en un primer nivel de vulnerabilidad según FEITO (2007), porque es afectado en gran medida por su alto riesgo de enfermedad o muerte. Como prueba de ello se ha demostrado que la prevalencia por COVID-19 es mayor en el personal de salud que en la comunidad (NGUYEN et al. 2020). Sin embargo, el riesgo de morir es equivalente al de la población general, tal como se evidenció a través de un estudio en el Perú donde a los 100 días de la pandemia el porcentaje de muerte de los profesionales de la salud fue similar a la de la población general (3.4% vs 3.2%) (GALÁN-RODAS, TARAZONA-FERNÁNDEZ, PALACIOS-CELI, 2020). Sin embargo, a diferencia de la población general, la población altamente expuesta tiene mayor oportunidad de acceder a capacitación sobre el uso correcto de los equipos de protección personal (EPP), lo cual ayuda a minimizar los contagios y riesgo de muerte de manera efectiva (LIU et al., 2020). En consecuencia, la acción de priorizar la protección de este grupo altamente expuesto no es en gran medida por su situación de vulnerabilidad, sino principalmente por su valor instrumental, lo cual significa que desempeña un rol importante porque presentan capacidades especiales y competencias para salvar a otras vidas humanas. En consecuencia, atender primero a los profesionales de la salud como población altamente expuesta maximizará los beneficios para la comunidad que los requieran a mediano y largo plazo. De aquí es importante resaltar que tanto el utilitarismo como el prioritarismo consideran dar prioridad a los profesionales de la salud como población

altamente expuesta por razones instrumentales, pero mientras que para el utilitarismo el objetivo es maximizar el bienestar general, para el prioritarismo es mejorar la posición de quienes están peor garantizando la adecuada atención médica. De otro lado, cabe resaltar que las estrategias de asignación de las vacunas contra la COVID-19 en Argentina, Brasil, Chile y Perú coinciden en priorizar a personas de avanzada edad. El Plan de Vacunación chileno incluyó a poblaciones de edad avanzada a la que denominó "población crítica", aunque sólo consideró a aquellas poblaciones alojadas en los establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Para el caso de Argentina, se priorizó la población del adulto mayor por el riesgo de desarrollar enfermedad grave, y en el caso de Brasil para reducir la morbi-mortalidad. En el Perú, la población adulto mayor fue vacunada en paralelo con los profesionales de la salud, fuerzas armadas y policiales, estrategia que sugiere que para los decisores políticos de este país ambas poblaciones tuvieron el mismo grado de prioridad.

Es importante señalar que la vacuna contra la COVID-19 fue asignada con prioridad a la población adulta mayor debido a que está asociada con altos índices de mortalidad (GALLO et al., 2021). Adicionalmente, diversos organismos internacionales y gobiernos consideraron la priorización de la vacunación de los adultos mayores con el fin de maximizar la salvaguarda del mayor número de vidas posibles, principalmente cuando existen factores o determinantes sociales en esta población que incrementan su vulnerabilidad frente a la enfermedad, tales como soledad, aislamiento, ansiedad, hospitalizaciones frecuentes, co-morbilidades y exposición al alcohol y tabaco (MONAHAN et al., 2019). Sin embargo, la prioridad para el cuidado de la salud se ordena bajo los criterios de eficiencia y equidad (RECKERS-DROOG, EXEL, BROUWER, 2019), siendo la eficiencia la que permite maximizar la salud a partir de los recursos disponibles, mientras que la equidad brinda acceso y tratamiento a todos por igual (OYUELA, 2010). Estos dos criterios se desploman sustancialmente cuando un hospital público asume los gastos de hospitalización de un paciente con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que, por un tiempo de 31 días, asciende a un monto de alrededor de US/.12,947.03 (RAMIREZ, 2020). Adicionalmente a ello, se conoce que el consumo de recursos médicos en términos de cantidad de visitas, hospitalizaciones y medicamentos para pacientes mayores de 65 años se incrementa sustancialmente de 3 a 4 veces en comparación con la población general (CUTLER, MEARA, 1998). En consecuencia, esta información empírica sugiere que la asignación de la vacunación en esta población podría ser más bien orientada bajo un enfoque utilitarista para evitar una mayor demanda de recursos hospitalarios y evitar el colapso del sistema sanitario, promoviendo mayor equidad para el

acceso y atención de personas con mayor esperanza de vida. Adicionalmente, al minimizar la concurrencia de adultos mayores en UCI se evitaría caer en dilemas éticos y morales sobre a quién priorizar, cuando se tiene en juego la vida de pacientes más jóvenes, y que al final, se les otorgaría inevitablemente mayor atención con el fin de maximizar el beneficio (EMANUEL et al., 2020).

Con relación a las personas que presentan condiciones de salud pre-existentes y que se infectan con SARS-CoV2, estas presentan un grado mayor de riesgo de morir que la población general (GASMI et al., 2021), por lo que resulta legítimo considerar su priorización en el programa de vacunación. En ese sentido, los cuatro países analizados consideraron en sus planes de vacunación la atención prioritaria de esta población en particular. En la aplicación del enfoque utilitarista se ha considerado que el uso de recursos para la atención de la población con co-morbilidad y COVID-19 sería muy elevado, y se ha propuesto que en su lugar se adopten medidas de prevención como, por ejemplo, el confinamiento, lo cual ha sido calificado como discriminatorio (SAVULESCU, PERSSON, WILKINSON, 2020). No obstante, un utilitarista acordaría con emplear el confinamiento por ser una medida no sólo necesaria sino también efectiva al reducir la vulnerabilidad de estas poblaciones. Asimismo, el uso de recursos para la atención misma de enfermedades no transmisibles o crónicas puede ser devastador para quien lo padece como para el país que lo asume (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2022), incluso mayor en comparación a las enfermedades infecciosas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2017). Es por esa razón que la estrategia de los decisores políticos de los países analizados fue finalmente acogerse a un enfoque utilitarista el cual se reduce a considerar la exposición de la población con co-morbilidad y el impacto económico que ello significa.

El enfoque prioritarista en los Planes Nacionales de Vacunación

Para el caso de Argentina, su plan de vacunación incluyó población en pobreza y extrema pobreza, la cual fue referida con el término "Personas que viven en barrios populares" y "Personas en situación de calle" dentro del grupo objetivo de "otras poblaciones". Sin embargo, la puesta en marcha de este aspecto dentro de su plan de vacunación presentó dificultades, debido a que el sistema de registro de vacunación contempló la inscripción electrónica en el Portal Digital del Ministerio de Salud, lo cual no es posible en todas las Villas-Miseria o barrios pobres (PEREIRA, 2021) donde existe carencia de internet y en el peor de los casos de alumbrado

eléctrico. Para ello, el gobierno argentino realizó esfuerzos con el fin de garantizar la vacunación a domicilio y al mismo tiempo ayudar a aclarar dudas sobre información engañosa relacionada con la vacuna. Si bien este tipo de acciones puede resultar en un fuerte requerimiento financiero, el hecho de atender las necesidades de estas poblaciones con menores recursos tiene mayor valor moral que el gasto monetario realizado. Sin embargo, ¿de qué manera dar prioridad a los habitantes de barrios marginales compensaría el gasto monetario? ¿Bajo qué criterio se logra concluir que una medida tomada por el Ministerio de Salud de un gobierno justifica el gasto monetario? Frente a ello, es importante señalar que la medicina, y sin importar posturas políticas, siempre buscará priorizar la justicia social, sin la cual se estaría incurriendo en desigualdad (LISHTERMAN, 2003)

Es importante indicar que el plan argentino consideró dentro de su programa de vacunación la inclusión de población residente extranjera, sin importar su estado migratorio. Este aspecto se encuentra en línea con la mayoría de los principios de vacunación recomendados por la OMS tales como el bienestar humano (grupos de riesgo y altamente expuestos), respeto por igual (considera criterios de priorización) y equidad nacional (incluye población en pobreza extrema, alejada o de difícil acceso y población migrante extranjera) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). En consecuencia, esta visión no sólo involucra a aquellas poblaciones humanas con alto riesgo de infectarse o de morir, sino que también cubre a aquellos que se encuentran en una situación de desventaja mayor, a saber, pobres extremos locales y extranjeros.

En Brasil, el plan de vacunación dio prioridad a aquellos pueblos menos favorecidos debido sus características socio-económicas y territoriales, entre los cuales se destacan pueblos viviendo en tierras indígenas y comunidades tradicionales, donde se han identificado porcentajes elevados de pobreza y desnutrición, así como otros factores adversos asociados con riesgos ocupacionales y violencia social (BORGES, SILVA, KOIFMAN, 2020). La pandemia en estos pueblos originarios generó resultados devastadores, principalmente porque la incidencia y la mortalidad superó al de la población general. La letalidad en los pueblos indígenas fue de 2.4 % a 3.0 % en comparación a 1.5% a 2.6% en la población general brasileña. No obstante, las campañas brasileñas de vacunación contra la COVID-19 destinadas a estos pueblos indígenas no han resultado fructíferas debido a que muchas comunidades fueron excluidas del programa al no haber sido incorporadas en el sistema de salud unificado del país (DOS SANTOS COSTA, AHMAD, ESSAR, 2021), lo que generó que sólo la mitad fueran vacunados y que el resto de las dosis fueran

destinadas a población adulto mayor (BENITES, GISLOTI, DE OLIVEIRA ROQUE, 2021).

De manera similar, el Perú adoptó la estrategia territorial dentro de su plan de vacunación, referida a la accesibilidad geográfica. Este criterio de priorización es un punto importante para considerar, principalmente, porque involucra a muchos asentamientos humanos localizados en las faldas de los cerros de la costa y comunidades alejadas de la montaña y de la selva peruana. La situación de esta población se caracteriza por encontrarse privados de los servicios básicos sanitarios, y precisamente, una gran proporción se encuentra en situación de pobreza extrema (9.9% en la sierra, 6% en la selva y 2.3% en la costa) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, 2021). Para lograr este propósito, el plan de vacunación peruano contempló el aseguramiento de la mantención de la cadena de frío con el fin de que las vacunas lleguen en óptimas condiciones a su último destino. Esta acción incluye atender aquellas zonas que, además de estar alejadas, carecen de servicios básicos y viven en situación de pobreza y pobreza extrema. De manera similar al caso de Brasil, este tipo de implementación demanda una alta inversión presupuestal, lo que podría poner en riesgo su sustentabilidad. Sin embargo, a principios de 2021 este país ya tenía aseguradas más de 1000 refrigeradoras solares capaces de asegurar la cadena de frío sin importar los cambios de clima experimentados en sus diferentes regiones (DIARIO OFICIAL EL PERUANO, 2021). De manera similar a Argentina, Perú también incluyó a los residentes extranjeros dentro de su plan de vacunación, los cuales vienen siendo acogidos por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (VENINFORMADO, 2020).

En el caso de Chile, no se logró identificar alguna política gubernamental dentro de su Plan de vacunación destinado a abastecer de manera prioritaria a poblaciones que se encuentran en pobreza extrema (poblaciones con la mayor desventaja socio-económica). Más aún, el gobierno chileno aprobó una disposición complementaria a la Resolución Exenta N° 1138 publicada el 10 de febrero de 2021 por el Ministerio de Salud en el cual se establece que la "Campaña de vacunación 2021" afecta solo a los ciudadanos con nacionalidad chilena, permanencia definitiva, visa de residente, visa de estudiante o visa sujeta a contrato, o quienes cuenten con una solicitud de visa temporal, o definitiva ingresada a trámite, dejando sin efecto a aquellos que están con visa de turista (o de forma transitoria) (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2020). Asimismo, Chile dispuso que aquellos residentes en el extranjero que llegan al país y que deseen tener el pase de movilidad indefinida, deberán realizar la validación de su vacunación, la cual debe corresponder a vacunas aprobadas por el Instituto

de Salud Pública de Chile (ISP), la OMS, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), de lo contrario deberán permanecer en cuarentena (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2021). A pesar de tratarse de una estrategia efectiva para contener la transmisión del SARS-CoV2, el proceso de validación en la práctica ha generado dificultades debido a que el trámite generó retrasos de hasta 20 días (HOSTELTUR, 2021). Además, estas restricciones han colocado en una situación de mayor desventaja a aquellas poblaciones de bajos ingresos económicos debido a que requieren acceso a electricidad e internet para inscribirse para la vacunación. En una misma situación y probablemente peor se encontraría la población migrante extranjera, quienes no sólo verían vulneradas sus libertades sociales, sino también su esperanza de vida.

En resumen, sólo tres de los cuatro países focalizaron su atención y desplegaron esfuerzos para priorizar a los que están peor dentro de sus respectivas poblaciones de interés. La suma de esfuerzos para la atención de personas con pluralidad de desventajas como es el caso de las poblaciones en extrema pobreza de zonas urbanas o marginales de pueblos originarios y mestizos se alinean con el marco ético prioritarista.

Analizando la eficacia o valor moral de los enfoques éticos planteados en el contexto de la asignación de la vacunación contra la COVID-19

Tomando en consideración la información empírica sobre la situación socio-económica de Argentina, Brasil, Chile y Perú, las estrategias de vacunación adoptadas por estos países y los fundamentos teóricos de los enfoques éticos del utilitarismo y prioritarismo, considero importante plantear la siguiente pregunta: ¿Cuál fue el enfoque ético más adecuado para la asignación de la vacuna contra la COVID-19 en los países analizados?

Al respecto debo mencionar que, tanto el utilitarismo como el prioritarismo aplicados al ámbito de la asignación de vacunas, pueden ofrecer respuestas diferentes en dos planos. Pueden diferir primero en el plano de las razones, es decir del tipo de justificación que puede ofrecerse a favor de un esquema de asignación sobre otro. El utilitarismo por su parte puede justificar la priorización de una determinada población con características de alta vulnerabilidad en función de la utilidad marginal obtenida al generar bienestar de quien se encuentra en esa situación. En términos de salud global, para el utilitarismo las acciones racionales y correctas son aquellas que producen los mayores beneficios.

Por su parte, el prioritarismo ofrece otro tipo de argumento. Le asigna prioridad a quien se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad, pero no por la utilidad que reporta, sino por el hecho de que se encuentra en una peor posición.

Aunque las razones que justifican los esquemas de asignación tienen relevancia moral y política, es en el plano socio-económico donde emergen las diferencias más relevantes. Así, ambos enfoques favorecen diferentes cursos de acción o esquemas distributivos en casos relevantes.

Para comprender mejor este planteamiento conviene referir a un caso en que ambos enfoques privilegian diferentes cursos de acción o diferentes estrategias de asignación de vacunas. Considere el caso de la campaña de vacunación en una localidad de la Amazonía peruana, donde una comunidad que vive en extrema pobreza se encuentra localizada en un área de escasa accesibilidad, mientras que otra se ubica más cerca de la ciudad y presentan condiciones de vida económica y social más favorables. Para llegar a vacunar contra la COVID-19 a la comunidad más alejada se requerirá primero realizar un viaje en helicóptero seguido de otro en lancha, de modo que el costo de vacunar a la primera comunidad se elevaría significativamente ¿A quién se debería priorizar? Al considerar dos comunidades diferentes, una viviendo en extrema pobreza y alejada, con otra que tiene mayores ingresos económicos y que, dada su cercanía, demandaría menor presupuesto en la logística de vacunación, un utilitarista tomaría su decisión considerando: el número de personas a vacunar, de las cuales se valorizará la mayor probabilidad de sobrevivencia de los vacunados, el menor uso de recursos durante la campaña de vacunación, la elección de aquella población que demuestre una mayor esperanza de vida luego de la vacunación (cantidad y calidad de vida), aquella comunidad donde se verían los mejores resultados de la vacunación en función de los beneficios sociales de sus miembros (reactivación económica, inmunidad de rebaño, etc). Frente a todo ello, un utilitarista priorizaría a la segunda comunidad selvática cercana a la ciudad y con mayores ingresos, porque cumpliría con los requisitos contemplados por encima de la comunidad viviendo en extrema pobreza.

El enfoque prioritarista decidiría en función de cuán peor se encuentra la comunidad como consecuencia directa de no vacunarse y por su situación intrínseca de vulnerabilidad y desventaja, la cual está relacionada también con los efectos sociales, como la privación del trabajo precario que normalmente realizan, menores oportunidades de sobrevivencia, mayor exposición de los contactos frente al COVID-19 y a otras enfermedades, y, por ende, mayor riesgo de muerte. Asimismo, se valoraría la severidad del daño, es decir se priorizaría a la comunidad que sufriría mayor perjuicio de

daño a la salud sin importar el gasto que ello represente en cuanto a recursos para movilizarse y acceder a ellos. Por lo tanto, un prioritarista beneficiaría a la comunidad en extrema pobreza y más alejada que, en esta circunstancia, es la que se encuentra en la peor situación de desventaja posible.

Extrapolando estas reflexiones sobre los planes de vacunación anteriormente comentados, es posible identificar que aquellas estrategias gubernamentales que centraron sus esfuerzos en poblaciones socioeconómicamente menos favorecidas como el caso de las comunidades viviendo en pobreza extrema, se adecuaron al enfoque prioritarista, mientras que aquellas que se enfocaron en maximizar el bienestar directa o indirectamente de la población, a través del aseguramiento de la salud de los profesionales de la salud, salvaguardando la vida de personas con comorbilidades y baja expectativa de vida como los adultos mayores de 65 años, se alinearon indefectiblemente con el utilitarismo. Este último enfoque, en estos tiempos en que la OMS dio por finalizada la emergencia generada por el COVID-19, brindó importantes resultados: Redujo el número de muertes, minimizó el colapso sanitario y permitió que se reactivara la economía de los países. Sin embargo, el hecho de que el enfoque utilitarista haya tenido efectos de bienestar en la sociedad sin haber advertido la existencia de aquellos pueblos viviendo en extrema pobreza, exponiéndolos a una mayor vulnerabilidad frente al COVID-19, requiere indudablemente de especial atención, principalmente en términos de justicia social. Según NIELSEN (2022), la justicia social establece el deber moral de proteger a quienes estén en una situación de desventaja social. Esto se refiere principalmente a aquellas personas racionales y pensantes que viven en extrema pobreza que se encuentran sumidas en una situación de injusticia absoluta y de desventaja arbitraria (en la peor situación) desde el punto de vista social. En ese sentido, el enfoque prioritarista trata de responder cuán desbalanceadas son los impactos de la pandemia COVID-19, al identificar la dependencia que existe entre la deficiencia de la salud más vulnerabilidad y los determinantes sociales de la salud, los cuales en su conjunto resultan factores desequilibrantes en la disminución de la expectativa de vida de las poblaciones afectadas. En tal sentido, el prioritarismo tiene como principal compromiso proteger al que está peor y, en el contexto de la pandemia por COVID-19, ofrecer argumentos a ser considerados para la toma de decisiones en la asignación de la vacuna más sensible a las necesidades asociadas a las posiciones de las personas que a los beneficios de mejorar sus posiciones. Más aún, el enfoque utilitarista considera que defender valores centrales como la justicia es más importante que la diferencia neta en los resultados de salud esperados (SAVULESCU,

PERSSON, WILKINSON, 2020). Por lo tanto, en términos de justicia social y valor moral, considero que los mejores resultados durante el proceso de asignación de la vacuna contra la COVID-19 pudieron ser obtenidos aplicando el enfoque prioritarista.

Conclusiones

El enfoque prioritarista presta mayor atención a aquellas poblaciones que se encuentran en la peor situación tales como la población que vive en extrema pobreza. En consecuencia, su atención o priorización obedece a un deber moral marginal que va más allá del costo que implica su vacunación y los beneficios asociados. En tanto que el utilitarismo, siguiendo los principios de eficiencia y equidad se inclina por las poblaciones que fueron vacunadas en las primeras fases de los planes nacionales de vacunación: Profesionales de la salud, la población adulta mayor de 65 y personas con co-morbilidad, en razón de términos de valor instrumental debido a que su atención por COVID-19 demandaría mayores gastos de hospitalización y menor contribución económica a la sociedad.

Concluyo, además, que el enfoque prioritarista muestra una mayor sensibilidad frente al origen estructural e histórico de la pobreza extrema, la cual se aliena perfectamente con la realidad de los países analizados en el presente trabajo. Adicionalmente a esto, el prioritarismo brinda la oportunidad de hacer visible la pobreza extrema frente a la sociedad a través del despliegue de sus particularidades, lo cual promueve la sensibilización de los decisores políticos para su inclusión en los programas de vacunación contra la COVID-19, logrando con ello la oportunidad de reconocer su poder de resiliencia y minimizando las consecuencias de la injusticia social.

Una limitación de este estudio es la falta de abordaje de otros enfoques éticos posiblemente identificables en los planes de vacunación. Sin embargo, esta limitación también abre la posibilidad de plantear futuras líneas de investigación dirigidas a considerar otros enfoques éticos que ayuden a mejorar las estrategias de vacunación no sólo contra COVID-19 sino también contra otras enfermedades. Una segunda limitación es la falta de un análisis de impacto de las estrategias adoptadas por cada país sobre la cobertura final de la vacunación y en los índices de mortalidad. Este tipo de análisis requiere un mayor manejo de base de datos que escapan de los objetivos de este estudio, pero que, sin embargo, permitirían determinar un análisis de costo-efectividad del enfoque ético lo cual tendría una singular relevancia en las políticas públicas de los países.

Por último, es importante señalar que el análisis y aplicación de los diferentes enfoques ético-morales dentro de los sistemas de salud gubernamentales podrían estar mejor encaminados bajo la orientación y asesoramiento de los filósofos expertos en el área de la salud, quienes en equipo con otros profesionales de las áreas médicas, sociales y económicas ayudarían a contribuir significativamente en la toma de decisiones sobre asuntos que atañen directamente la salud de los seres humanos.

Notas

¹ Carlos Augusto Yabar es Biólogo Molecular y Doctor en Ciencias Biológicas, profesor de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres y Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud del Perú. Tiene un diplomado en Bioética y es egresado de la Maestría en Bioética por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) en Argentina. Su trabajo se centra en el análisis del enfoque ético de la priorización y la pobreza extrema en América Latina. La investigación que se informa en esta publicación fue financiada por el Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud con el número de concesión R25TW001605.

² Se define como trabajo vulnerable al tipo de trabajo que es mayormente inseguro y vulnerable a las fluctuaciones en los ciclos económicos como trabajador por cuenta propia sin empleados y como trabajador familiar no remunerado. Referido por IGI GLOBAL. Publisher in Timely Knowledge. Disponible en <https://www.igi-global.com/dictionary/youth-employment/59268>. Acceso en: 26 oct. 2022.

³ La OMS en la Guía para el Manejo de los Aspectos Éticos en Brotes de Enfermedades Infecciosas (WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks. WHO. Geneva, 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, acceso en: 20 ene. 2023; menciona: "The principle of utility states that actions are right insofar as they promote the well-being of individuals or communities. Efforts to maximize utility require consideration of proportionality (balancing the potential benefits of an activity against any risks of harm) and efficiency (achieving the greatest benefits at the lowest possible cost)".

Referencias bibliográficas

ACEVEDO, Ivonne et al. Implicaciones sociales del Covid-19: Estimaciones y alternativas para América Latina y El Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Oct 2021. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/implicaciones-sociales-del-covid-19->

estimaciones-y-alternativas-para-america-latina-y-el-caribe. Acceso en: 22 set 2022.

BAUTISTA-MOLANO, Wilson; FERREYRA GARROT, Leandro; TORO, Carlos; PANLAR Joven. Exploring the Impact of COVID-19 in Latin America. *Journal of clinical rheumatology*. v.26, n.6, p.218-219. 2020

BENITES, Eliel; GISLOTI, Laura Jane; DE OLIVEIRA ROQUE, Fabio. Brazil: Boost COVID-19 vaccine uptake in Indigenous people. *Nature*, v.591, n.7850, p.369. 2021.

BOLAÑO-ORTIZ, Tomas R et al. Spread of SARS-CoV-2 through Latin America and the Caribbean region: A look from its economic conditions, climate and air pollution indicators. *Environmental research*. v.191:109938. 2020.

BORGES, Maria Fernanda de Sousa, Oliveira; SILVA, Ilce Ferreira da., KOIFMAN, Rosalina. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, v.25, n.6, p.2237-2246. 2020.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Economic Impact of NCDs. USA. 17 Dec 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ncd/economic-impact.html>. Acceso en: 14 jun. 2022.

CIFUENTES-FAURA, Javier. COVID-19 Mortality Rate and Its Incidence in Latin America: Dependence on Demographic and Economic Variables. *International journal of environmental research and public health*. v.18, n.13, p.6900. 2021

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2020. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46501/9/BP2020_Brasil_es.pdf. Acceso en: 23 dic 2021

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Panorama Social de América Latina y el Caribe - La transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible, 2022. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48518/1/S2200947_es.pdf. Acceso en: 06 jun. 2023

CUTLER David, MEARA Ellen. The medical costs of the young and the old: a forty year perspective. National Bureau of Economic Research 1997; Working paper N° 6114. Disponible en: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w6114/w6114.pdf. Acceso en: 30 may. 2023

DIARIO OFICIAL EL PERUANO. Perú está preparado para la cadena de frío que requieren las vacunas. Diario Oficial El Peruano. Ene, 2021. Disponible en: <https://www.elperuano.pe/noticia/113063-peru-esta-preparado-para-la-cadena-de-frio-que-requieren-las-vacunas>. Acceso en: 22 en. 2023

DOS SANTOS COSTA, Ana Carla., AHMAD, Shoaib., ESSAR, Mohammad Yasir. Vaccination: Brazil fails Indigenous people again with two-tier scheme. *Nature*, v.593, n.7860, p.510. 2021.

EMANUEL Ezekiel et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *The New England journal of medicine*. v382, n21, p.2049-2055. 2020

EXCLER, Jean-Louis; PRIVOR-DUMM, Lois; KIM Jerome, H. Supply and delivery of vaccines for global health. *Current opinion in immunology*. v.71. p.13-20. 2021.

FEITO Lydia. Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. v. 30, Supl. 3. p. 7-22. 2007

GALÁN-RODAS, Edén; TARAZONA-FERNÁNDEZ, Augusto; PALACIOS-CELI, Miguel. Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Médica Peruana*. v.37, n.2, p.119-121. 2020

GALLO, Marin et al. Predictors of COVID-19 severity: A literature review. *Reviews in medical virology*, v.3, n.1, p.1-10. 2021

GASMI, Amin et al. Interrelations between COVID-19 and other disorders. *Clinical immunology (Orlando, Fla.)*, v.224, p.108651. 2021.

HAGHPANAH, Fardad et al. E. Analysis of the potential impact of durability, timing, and transmission blocking of COVID-19 vaccine on morbidity and mortality. *EClinicalMedicine*, v.35, n.100863. 2021.

HARRISON, Chase; HORWITZ, Luisa; ZISSIS, Carin. Cronología: Rastreando el camino hacia la vacunación en América Latina. *Americas Society Council of the Americas*. 25 jul. 2022. Disponible en: <https://www.as-coa.org/articles/cronologia-rastreando-el-camino-hacia-la-vacunacion-en-america-latina>. Acceso en: 22 dic. 2022.

HOSTELTUR. Demora de 30 días en homologación de vacunas frena los viajes a Chile. Hosteltur. 5 nov. 2021. Disponible en: https://www.hosteltur.com/lat/147789_demora-de-30-dias-en-homologacion-de-vacunas-frena-los-viajes-a-chile.html. Acceso en: 15 dic. 2021.

IGI GLOBAL. Publisher in Timely Knowledge. Disponible en <https://www.igi-global.com/dictionary/youth-employment/59268>. Acceso en: 22 ene. 2023

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Evolución de la pobreza monetaria 2009 - 2020. Lima, may. 2021. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2020/Pobreza2020.pdf. Acceso en: 14 set 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. REPÚBLICA DE ARGENTINA. Condiciones de vida. Buenos Aires. set. 2020. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_200703093514.pdf. Acceso en: 22 de noviembre de 2022.

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES. Americas: Five million more people in extreme poverty and highly exposed to disasters after two years of COVID-19 pandemic. Panamá 11 mar. 2022. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/panama/americas-five-million-more-people-extreme-poverty-and-highly-exposed-disasters-after>. Acceso en 25 abr. 2022

KYMLICKA W. Capítulo 2. El Utilitarismo. En: *Filosofía Política Contemporánea*. Una introducción. Editorial Ariel. Barcelona. 1990. p. 333

LAGMAN James Darwin. Vaccine nationalism: a predicament in ending the COVID-19 pandemic. *Journal of public health (Oxford, England)*. v.43.n.2. p.e375–e376. 2021

LEE, Ji-Su; KIM, Soyun; DO, Young Kyung. Public Preferences for Allocation Principles for Scarce Medical Resources in the COVID-19 Pandemic in Korea: Comparisons With Ethicists' Recommendations. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*. v.54, n.5, p.360–369, 2021.

LICHTERMAN Boleslav. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. *BMJ : British Medical Journal*, v.327, n.7425, p.1232. 2003

LIU, Min et al. Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study. *BMJ (Clinical research ed)*. v.369:m2195. 2020

LONDOÑO Ernesto, MILHORANCE Flávia. Brasil, devastado por la covid, enfrenta una epidemia de hambre. *The New York Times*. Rio de Janeiro 9 ago 2021. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2021/04/23/espanol/covid-brasil-hambre.html?action=click&module=RelatedLinks&pgtype=Article>. Acceso en 27 oct 2022.

LÓPEZ-FELDMAN Alejandro et al. Environmental Impacts and Policy Responses to Covid-19: A View from Latin America. *Environmental & resource economics (Dordr)*. v.13, p.1-6. 2020

LUNA Florencia. Identifying and evaluating layers of vulnerability - a way forward. *Developing World Bioethics*.v.19n.2. p.86-95. 2019

MATHIEU, Edouard et al. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. *Our World in Data*, 2023. Disponible en: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL. Acceso en: 19 de enero de 2023

MILL, John Stuart, *Utilitarianism* [1861], en John M. Robson (ed.), *The collected works of John Stuart Mill*, Toronto: University of Toronto Press, 1963-1991, vol. 10, pp. 203-259. Disponible en: <https://oll.libertyfund.org/title/robson-collected-works-of-john-stuart-mill-in-33-vols>. Acceso en 08 de mayo 2023

MINISTERIO DA SAUDE BRASIL Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19. 2ª edição. Brasil, set. 2022. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contra-a-covid-19-pno-2a-edicao-com-isbn>. Acceso en: 17 ene. 2023.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA. Informe Desarrollo Social 2020. Disponible en: http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2020.pdf. Acceso en: 22 set de 2022.

MINISTERIO DE SALUD ARGENTINA. Plan estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina. Argentina 23 dic 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-estrategico-para>

la-vacunacion-contra-la-covid-19-en-argentina. Acceso en: 30 de noviembre de 2022.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. "Lineamientos Técnicos Operativos Vacunación contra SARS-CoV2 2021" Chile, 24 dic 2020. Disponible en: <https://oiss.org/se-aprueba-lineamientos-tecnico-operativos-vacunacion-sars-cov-2/>. Acceso en 29 de noviembre de 2022.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Complementa Resolución Exenta N° 1138 de 2020, del Ministerio de Salud que aprueba Lineamientos Técnico Operativos Vacunación SARS-CoV-2. Ministerio de Salud de Chile. 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES.-EXENTA-N-136_.pdf. Acceso en: 14 dic. 2021.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Validación de información de vacunas recibidas en el extranjero. Ministerio de Salud de Chile. 28 jul. 2021. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/2021.07.28_VALIDACION-DE-INFORMACION-DE-VACUNAS-RECIBIDAS-EN-EL-EXTRANJERO.pdf. Acceso en: 15 dic. 2022

MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ. Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Resolución Ministerial 848-2020/MINSA. Plataforma digital única del Estado Peruano. 20 oct. 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1293043-848-2020-minsa>. Acceso en: 24 nov. 2021.

MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ. Plan Nacional Actualizado de vacunación contra la COVID-19. Plataforma digital única del Estado Peruano. 15 abr. 2021. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1838025-488-2021-minsa>. Acceso en: 24 nov. 2022.

MINISTERIO DE SANIDAD DE ESPAÑA. Impacto de las desigualdades sociales en la vulnerabilidad epidemiológica por COVID-19. Gobierno de España, 29 oct. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf. Acceso en 3 dic. 2021.

MONAHAN, C et al. COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society. *The American psychologist*, v.75, n.7, p.887–896. 2020.

NACIONES UNIDAS. Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. Jul 2020. Disponible en: https://peru.un.org/sites/default/files/2020-07/SG%20Policy%20brief%20COVID%20LAC%20%28Spanish%29_10%20July_0.pdf. Acceso en 27 oct 2022

NGUYEN Long. H et al. Coronavirus Pandemic Epidemiology Consortium. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet. Public health.* v5, n9, p.e475–e483. 2020.

NIELSEN Lasse. Pandemic prioritarianism. *Journal of medical ethics.* v.48, n.4, p.236–239. 2022.

OLIVARES, María Fernanda; VERGARA, Natalia; RODRÍGUEZ, Paula. Evaluación de la efectividad de la vacuna contra la COVID-19 en Chile. Chile. 05 ago. 2022. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Evaluacion_efectividad_vacunacion_COVID_Chile_2021_SE28_2022.pdf. Acceso en: 19 ene. 2023

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington D.C. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1>. Acceso en 30 de diciembre de 2022

OYUELA, Martha Edith. La importancia de la reconciliación entre Eficiencia y Equidad, para los sistemas de salud, desde una perspectiva ética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, v.10, n.2, p.100-107. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022010000200009&lng=en&tlng=es. Acceso en: 30 may, 2023,

PARFIT, Derek. Equality or Priority? En: *Bioethics*. Oxford, Oxford University Press, 2001. p.347–386.

PEREIRA, Aitor. Los retos de vacunar en los barrios más pobres de Argentina. SWI. Suiza, 22 jun. 2021. Disponible en: https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-argentina--cr%C3%B3nica-_los-retos-de-vacunar-en-los-barrios-m%C3%A1s-pobres-de-argentina/46725796. Acceso en: 22 ene. 2023

RAMÍREZ Z. ¿Qué tan costoso es tratarse contra el coronavirus en Perú?. *Gestion*. Lima, 2020. Disponible en: <https://gestion.pe/tu-dinero/finanzas->

personales/que-tan-costoso-es-tratarse-contra-el-coronavirus-en-peru-noticia/. Acceso en: 07 dic 2021.

RECKERS-DROOG, Vivian; EXEL, Job van; BROUWER, Werner. Equity Weights for Priority Setting in Healthcare: Severity, Age, or Both?. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. v.22, n.12, p.1441–1449. 2019.

SAVULESCU, Julian; PERSSON, Ingmar; WILKINSON, Dominic. (2020). Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*. v.34, n.6, p.620–632, 2020.

SINGER, Peter. Ricos y pobres. En: *Ética Práctica*. Cambridge, University Press, 1995. p.271-307

STAFFORINI, Pablo. El utilitarismo. Clase 2. Bloque I. Especialización en Bioética: Fundamentos teóricos de la Bioética , FLACSO Argentina, 2018. Disponible en flacso.org.ar/flacso-virtual. Acceso en 01 dic. 2022.

VENINFORMADO. Plan de vacunación COVID-19. Veninformado. 2020. Disponible en: <https://www.veninformado.pe/vivir-en-peru/salud/vacunacion-covid/>. Acceso en: 29 nov. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks. WHO. Geneva, 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 20 ene. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination. WHO. 14 set. 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>. Acceso en: 15 dic. 2022

YUK-CHIU YIP J. Healthcare resource allocation in the COVID-19 pandemic: Ethical considerations from the perspective of distributive justice within public health. *Public health in practice (Oxford, England)*, v.2, 100111, 2021.

ZURRIARÁIN, Roberto Germán. El utilitarismo ético en la investigación biomédica con embriones humanos. *Persona y Bioética*. v.12, n.1, p.16-28. 2008.

Received/Recebido: 07/12/2022
Approved/Aprovado: 10/06/2023