

[TRADUCCIÓN]

**SOBRE LA ÉTICA DEL NACIONALISMO DE LAS VACUNAS:
EL CASO DEL MARCO DE PRIORIDAD JUSTA PARA LOS
RESIDENTES**

ON THE ETHICS OF VACCINE NATIONALISM: THE CASE FOR
THE FAIR PRIORITY FOR RESIDENTS FRAMEWORK¹

EZEKIEL J. EMANUEL²

(University of Pennsylvania, Estados Unidos)

ALLEN BUCHANAN³

(University of Arizona, Estados Unidos)

SHUK YING CHAN⁴

(University of Oxford, Reino Unido)

CÉCILE FABRE⁵

(University of Oxford, Reino Unido)

DANIEL HALLIDAY⁶

(University of Melbourne, Australia)

R. J. LELAND⁷

(University of Manitoba, Canadá)

FLORENCIA LUNA⁸

(FLACSO-CONICET, Argentina)

MATTHEW S. MCCOY⁹

(University of Pennsylvania, Estados Unidos)

OLE F. NORHEIM¹⁰

(University of Bergen, Noruega)

G. OWEN SCHAEFER¹¹

(National University of Singapur, Singapur)

KOK-CHOR TAN¹²

(University of Pennsylvania, Estados Unidos)

CHRISTOPHER HEATH WELLMAN¹³
(Washington University in St. Louis, Estados Unidos)

Traducción: Romina Rekers
(Universidad de Graz, Austria)

RESUMEN

Es probable que las vacunas contra COVID-19 sean escasas en los próximos años. Muchos países, desde la India hasta el Reino Unido, han adoptado el nacionalismo de las vacunas. ¿Cuáles son los límites éticos de este nacionalismo de vacunas? Ni el nacionalismo extremo ni el cosmopolitismo extremo son éticamente justificables. En cambio, proponemos el marco de prioridad justa para quienes residen en un país (PJR, por sus siglas en español), en el que los gobiernos pueden retener las dosis de la vacuna COVID-19 para quienes residen en el país solo en la medida en que sean necesarias para mantener un nivel de mortalidad que no sea de crisis mientras están implementando intervenciones razonables de salud pública. En la práctica, un nivel de mortalidad sin crisis es el experimentado durante una mala temporada de gripe, el cual la sociedad considera un riesgo de fondo aceptable. Los gobiernos toman medidas para limitar la mortalidad por influenza, pero no existe una emergencia que incluya confinamientos severos. Este "estándar de riesgo de gripe" es una heurística no arbitraria y generalmente aceptada. La mortalidad por encima del estándar de riesgo de gripe justifica mayores intervenciones gubernamentales, incluida la retención de vacunas para quienes residen en un país por sobre la necesidad global. El nivel preciso de vacunación necesario para cumplir con el estándar de riesgo de influenza dependerá de factores empíricos relacionados con la pandemia. Esto vincula los principios éticos a los datos científicos que surgen de la emergencia. Por lo tanto, el marco PJR reconoce que los gobiernos deben priorizar la adquisición de vacunas para su país cuando sea necesario para reducir la mortalidad a niveles similares a los de la gripe sin crisis. Pero después de eso, un gobierno está obligado a hacer su parte para compartir vacunas para reducir los riesgos de mortalidad de las personas en otros países. Consideramos y rechazamos las objeciones al marco PJR basadas en que un país (1) haya desarrollado una vacuna, (2) haya aumentado los impuestos para pagar la investigación y compra de vacunas, (3) quiera eliminar las cargas económicas y sociales, y (4) sea ineficaz para combatir el COVID-19 a través de intervenciones de salud pública.

Palabras clave: Prioridad equitativa; COVID-19; Vacunas; Nacionalismo; Cosmopolitismo; Mortalidad.

Es probable que el suministro mundial de vacunas COVID-19 aprobadas siga siendo escaso en los próximos años. Los gobiernos están bajo presión política para asegurar dosis suficientes para su uso doméstico. Los países han adoptado muchos abordajes para disipar el temor de quedarse "al final de la cola". Alrededor de 190 países, incluidos unos sesenta y cuatro países de altos ingresos, se han unido a la alianza internacional COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access), patrocinada por

la Organización Mundial de la Salud (OMS), Global Alliance for Vaccines and Immunization (Gavi), y The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), que compra y distribuye vacunas contra COVID-19 y otras intervenciones a países de todo el mundo. Muchos gobiernos han firmado acuerdos bilaterales con empresas farmacéuticas que garantizan a sus países una porción del suministro posterior a la aprobación. Y muchos países han cubierto sus demandas uniéndose a COVAX y firmando acuerdos bilaterales.

El número de dosis aseguradas por acuerdos bilaterales en algunos casos excede sustancialmente el tamaño de la población de los países en cuestión. Por ejemplo, en un intento por gestionar el riesgo, Canadá ha firmado acuerdos con varias empresas para opciones de compra de vacunas que suman más de diez veces su población. Los acuerdos bilaterales han permitido a algunos países de ingresos altos obtener opciones de compra en caso de que algunas vacunas no tengan éxito y asegurar la prioridad para recibir vacunas antes de tener que decidir cuándo renunciar a dosis adicionales que podrían volverse superfluas. La consecuencia potencial más grave de tal comportamiento es que muchos países de bajos y medianos ingresos tendrán muy pocas vacunas durante meses, sino años, hasta que la producción mundial de vacunas haya superado el problema de la escasez. La eficacia de la vacuna parece disminuir durante los meses posteriores a la recepción de la dosis, lo que ha llevado a muchos países de altos ingresos a proporcionar una tercera inyección a la población general. Esto amenaza con exacerbar aún más la escasez de vacunas. Otra consecuencia es el aumento de fricciones, resentimientos e incluso antagonismos entre países o, en algunos casos, alianzas multinacionales, cuando las empresas farmacéuticas no pueden satisfacer las expectativas de varias partes a la vez. Un ejemplo temprano ocurrió cuando la compañía farmacéutica con sede en el Reino Unido, AstraZeneca, no pudo cumplir con su contrato con la UE y, en cambio, le dio prioridad al Reino Unido. La UE amenazó con detener las exportaciones de vacunas a Irlanda del Norte, que continúa operando como parte del mercado único europeo. En última instancia, la UE retiró su amenaza. Sin embargo, esto ha profundizado las tensiones entre el Reino Unido y la UE. De manera similar, durante períodos de tiempo, tanto la India como los Estados Unidos han restringido la exportación de las vacunas COVID-19 que producen.

Los gobiernos justifican la búsqueda de acuerdos bilaterales alegando que están asegurando dosis suficientes para vacunar a cada uno de sus residentes elegibles para proteger la salud de su población. Otros gobiernos afirman que tienen derecho a su parte al principio de la producción porque han financiado el desarrollo de la vacuna COVID-19. Estas vacunas son un

recurso escaso que salva vidas. Cuando los gobiernos adquieren grandes suministros de dosis para la vacunación doméstica, este comportamiento plantea serias cuestiones morales. En una situación de escasez y acceso desigual a las vacunas contra el COVID-19, ¿cuántas dosis tienen moralmente permitido adquirir los países para vacunar a sus propios residentes?

Este problema difiere del problema de determinar una distribución internacional equitativa de vacunas, que podría ser implementada por COVAX u otros mecanismos multilaterales. En otra parte, hemos defendido un modelo de distribución internacional justa de la vacuna. Aquí, nos enfocamos específicamente en las obligaciones de los gobiernos nacionales. La pregunta en este artículo es hasta qué punto los gobiernos nacionales pueden priorizar permisiblemente la vacunación doméstica, a la luz de sus responsabilidades para con sus propios ciudadanos, incluso cuando hacerlo se desvía del criterio de distribución internacional equitativa. Y, ¿cuándo los gobiernos ricos están éticamente obligados a aportar dosis a otros países?

Cosmopolitismo versus nacionalismo

Las opiniones sobre el significado ético de las fronteras se ubican en un espectro. Por un lado, el cosmopolitismo radical sostiene que las personas en todas partes cuentan por igual en todos los contextos morales. Las fronteras nacionales son artefactos históricos arbitrarios sin un significado moral inherente. El lugar donde nace una persona está totalmente fuera de su control y no debería afectar el acceso a las intervenciones que salvan vidas, como una vacuna eficaz contra COVID-19. La igualdad fundamental de todos los seres humanos justifica una distribución globalmente equitativa de vacunas, y los gobiernos no pueden favorecer a sus propios ciudadanos si al hacerlo se desvían de esta distribución globalmente equitativa.

En el otro extremo, el nacionalismo radical se basa en la idea de que la función legitimadora de un gobierno es proteger y promover el bienestar de sus propios residentes. Los nacionalistas radicales sostienen que, como resultado, a los gobiernos se les permite, incluso se les exige, priorizar estrictamente los intereses de su propio pueblo. Por lo tanto, cada vez que hacen acuerdos con empresas farmacéuticas para reservar un suministro de una vacuna para uso doméstico, incluso cuando ese suministro podría haber salvado un gran número de vidas en otros países, los gobiernos actúan de manera ética. Este punto de vista puede garantizar que una vez que un país logre su objetivo interno, como lograr la inmunidad de rebaño o vacunar a toda su población, debe compartir sus vacunas a nivel mundial.

Pero no está bajo ninguna obligación ética de compartir antes de que se logre ese objetivo.

En sus formas radicales, ni el nacionalismo de las vacunas ni el cosmopolitismo de las vacunas son éticamente plausibles. El nacionalismo radical descuida las reivindicaciones morales básicas de los seres humanos más allá de las fronteras de un país. Obligar o simplemente permitir que los países ricos logren un retorno completo a la normalidad antes de distribuir vacunas a países que aún enfrentan decenas de miles de muertes viola el respeto igualitario por las personas. Por ejemplo, a mediados de julio de 2021, Perú, un país de 32,5 millones de habitantes, tenía 2,1 millones de casos confirmados de COVID-19 y casi doscientas mil muertes (tanto los casos como las muertes están probablemente infra contabilizados debido a la limitación de los testeos). El nacionalismo radical sostiene que el gobierno del Reino Unido tiene moralmente permitido, de hecho está obligado, a privilegiar el regreso a la normalidad total dentro del Reino Unido antes de distribuir dosis a Perú. Sin embargo, es un error ignorar el sufrimiento de los demás cuando está en nuestro poder ayudar con poco o ningún sacrificio o carga. El nacionalismo radical descuida de manera inverosímil las responsabilidades que tienen los gobiernos de ayudar a las personas en el extranjero cuando hacerlo requiere un costo comparativamente modesto para sus propios residentes.

El cosmopolitismo radical, por su parte, pasa por alto las obligaciones especiales de un gobierno para con sus propios residentes. Las pretensiones de legitimidad de los gobiernos nacionales dependen, en parte, de la protección de los intereses fundamentales de sus residentes, incluido su interés por la salud. Además, en el orden internacional contemporáneo, el cosmopolitismo radical es irrealmente utópico. No hay voluntad política para respaldar, financiar y acatar una plataforma global única que podría distribuir vacunas estrictamente de acuerdo con la necesidad médica, o algún otro criterio, sin tener en cuenta las fronteras nacionales. La evidencia para esta afirmación se puede ver en la alianza internacional existente para la compra y distribución de vacunas, COVAX, que ha sido subfinanciada durante largos períodos, mientras que los acuerdos bilaterales continúan proliferando.

Pero hay espacio entre las dos posiciones extremas para formas más modestas de nacionalismo y cosmopolitismo, y es en este espacio donde tiene lugar el debate más auténtico sobre estos temas. Un compromiso entre el nacionalismo extremo de las vacunas y el cosmopolitismo extremo de las vacunas podría permitir a los países priorizar la vacunación de algunos de sus residentes, pero luego exigirles que donen las dosis restantes a COVAX. Esto aún deja abierta la cuestión de dónde establecer

el umbral más allá del cual las dosis de vacunas deben enviarse al exterior. Según un punto de vista posible y ahora obsoleto, deberíamos permitir que los países alcancen la inmunidad de rebaño antes de imponerles la obligación de distribuir vacunas a otros países. Al comienzo de la implementación de la vacuna, muchos países de altos ingresos señalaron que compartirían el suministro de vacunas con los países de bajos ingresos una vez que alcanzaran los objetivos de vacunación nacionales. Existe alguna evidencia de simpatía con esta posición en la población general de los países de ingresos altos. Dada la prevalencia de variantes nuevas y cada vez más transmisibles del virus, las perspectivas para lograr la inmunidad colectiva ahora parecen requerir vacunar a alrededor del 90 por ciento de la población, lo que hace que ese objetivo sea poco realista en la mayoría de las jurisdicciones. Esto parece socavar la posibilidad de una posición intermedia y motivar un cambio hacia el nacionalismo radical: los países deberían tener permitido vacunar a toda su población, permitiendo así la reapertura total de la vida económica y social antes de tener que distribuir dosis en el extranjero. No estamos de acuerdo. Proponemos una posición alternativa intermedia, éticamente justificable y práctica, que no se ve socavada por el hecho de que la inmunidad colectiva ya no es un objetivo político viable: el marco de la prioridad justa para los residentes (PJR).

Marco de la Prioridad Justa para los Residentes

PJR es un marco novedoso que define los límites morales respecto de la cantidad de vacunas que los gobiernos pueden retener para sus residentes. Impone un estándar para compartir dosis de vacunas que es más exigente que permitir una reapertura completa de la vida social y económica. También proporciona un estándar concreto y procesable para que los gobiernos actúen y para que los individuos lo utilicen al evaluar la conducta moral de esos gobiernos.

No somos los primeros en sugerir una posición intermedia entre el nacionalismo y el cosmopolitismo, pero las propuestas anteriores no han traducido esas consideraciones conceptuales en un marco operativo. Por ejemplo, Ferguson y Caplan, al defender un papel limitado de la prioridad nacional, se niegan explícitamente a ofrecer una solución a los conflictos entre los deberes nacionales e internacionales. De manera similar, Lie y Miller proponen que COVAX, al exigir que los países donen dosis de vacunas a una reserva global, pueden balancear adecuadamente las tareas contrapuestas entre vacunar a los residentes de un país y salvar las vidas de los ciudadanos alrededor del mundo. Pero esto oscurece hasta qué punto

la donación a una reserva mundial de vacunas socava la capacidad de los países para priorizar algunos suministros nacionales. Jecker, Wightman y Diekema elaboran un esquema de asignación global idealizado a la luz de las limitaciones del nacionalismo. Pero no especifican directamente cuánto se permite éticamente que los países individuales se desvíen de tal esquema a favor de sus propios residentes. La propuesta de PJR proporciona un estándar concreto y operativo para que los gobiernos lo adopten en base a datos empíricos y para que los individuos lo utilicen en la evaluación de la conducta moral de los gobiernos en la asignación de vacunas.

El marco PJR propone que se permita a los gobiernos retener las dosis de la vacuna COVID-19 para sus residentes, pero solo en la medida en que sean necesarias para mantener un nivel de mortalidad que no sea de crisis, mientras continúan manteniendo restricciones de salud pública razonables destinadas a reducir la infección. Un nivel de mortalidad que no es de crisis es el que se obtiene durante amenazas conocidas para la salud pública, que normalmente no se consideran suficientes para justificar la declaración de una emergencia de salud pública. Incluye muertes tanto directas como indirectas por COVID-19, como el exceso de muertes como resultado del acceso reducido a la atención médica. Una forma práctica de traducir este estándar es aquel que constituye el nivel de mortalidad que se experimenta durante un año de influenza peor que el promedio, pero no terrible. Si bien los gobiernos toman medidas para limitar la mortalidad por influenza a través de campañas de vacunación y otras medidas de salud pública, no existe una emergencia que requiera acciones tales como la vacunación obligatoria, la restricción de la actividad económica, el cierre de escuelas, el uso obligatorio de máscaras faciales, la limitación de viajes, el cierre de fronteras y similares. A esto lo llamamos el "estándar de riesgo de gripe". PJR permite a los gobiernos tomar medidas para volver a una tasa de mortalidad anterior a la pandemia que la sociedad normalmente considera un riesgo de fondo aceptable: la carga de mortalidad presente durante una temporada de gripe severa.

La influenza es una comparación adecuada porque, al igual que el COVID-19, es un virus respiratorio por lo que la población afectada tiende a ser pacientes de mayor edad y con comorbilidades. En los Estados Unidos, 2017-2018 hubo una temporada de gripe particularmente dura con unas sesenta mil muertes en total, o 165 muertes por día, una tasa de mortalidad de 0,2 personas por cada mil, lo que constituye el 2 % de todas las muertes ese año. Esta tasa de mortalidad puede verse como una especie de riesgo normal o de base. Como se señaló, en tales condiciones, los gobiernos toman medidas para limitar las infecciones y las muertes, pero no toman medidas extraordinarias para limitar la interacción social, los viajes y la

transmisión ni para exigir la vacunación para que suficientes residentes estén inmunizados para lograr la inmunidad de rebaño.

El punto de esta comparación no es sugerir que las medidas existentes para combatir las duras temporadas de influenza sean necesariamente adecuadas. De hecho, quizás los países deberían hacer más para prevenir la transmisión y la mortalidad de la influenza. Más bien, es que el estándar de riesgo de influenza proporciona una heurística no arbitraria y generalmente aceptada para comprender la magnitud comparativa de las amenazas a la salud pública. El exceso de mortalidad por encima de este rango normal representa un grado de daño que justifica mayores intervenciones en las actividades sociales, económicas y educativas de lo que normalmente sería aceptable, como las enumeradas anteriormente; y una importante inversión financiera en tratamientos, diagnósticos, vacunas y otras medidas de salud pública. Así como un grado sustancialmente mayor de daño justifica la desviación de las estrategias rutinarias de salud pública, ese mismo grado de daño también justifica privilegiar a los propios ciudadanos por encima de la necesidad global. Sin embargo, cuando el exceso de mortalidad de un país se ajusta al estándar de riesgo de gripe mientras que el de otros países lo supera, las obligaciones nacionales no tienen el peso suficiente para justificar la negativa a compartir vacunas para el extranjero y salvar vidas.

El marco PJR asume la implementación de medidas de salud pública razonables, como el uso de máscaras en público o la instalación de sistemas de filtración de aire HEPA en edificios públicos, escuelas y residencias para ancianos. No ofrecemos un estándar integral para evaluar qué medidas de salud pública son razonables aquí. Pero medidas como estas son efectivas para limitar los daños impuestos por la pandemia y son asequibles de implementar (al menos para los países ricos que tienen la mayor parte de las dosis de vacunas). Tampoco imponen costos o restricciones significativos a las actividades sociales, económicas y educativas de las personas. Cuando las intervenciones de salud pública son efectivas, asequibles e imponen costos bajos a las personas, generalmente serán instancias paradigmáticas de restricciones razonables de salud pública. En algunos casos, las restricciones no son razonables. Cuando las autoridades nacionales, regionales y locales no se coordinan entre sí, es probable que las restricciones sean ineficaces y, por lo tanto, poco razonables. En cualquier caso, estas medidas, como el cierre de instituciones educativas, no son necesarias en muchos países altamente vacunados que tienen niveles de vacunación considerablemente por debajo de la inmunidad de rebaño e incluso por debajo del 50 por ciento de la población. Además, es probable que las controvertidas medidas de salud pública, como el cierre de

fronteras, se vuelvan mucho menos necesarias una vez que una población suficiente esté vacunada para reducir la mortalidad a nivel similar al de la gripe. Una vez que ese sea el caso, las discusiones sobre lo que cuenta como una medida de salud pública razonable para hacer frente al COVID podrían retomar debates similares y familiares sobre cómo hacer frente a la gripe.

El marco PJR puede parecer demasiado enfocado en la mortalidad con exclusión de los daños graves pero no fatales que resultan de la pandemia, como los efectos no fatales de la infección o la pérdida de oportunidades sociales, económicas y educativas debido a restricciones de salud pública. Pero la atención especial del marco a la mortalidad es justificable. Esto se debe en parte a la singular gravedad de la muerte. A diferencia de la mayoría de los otros daños, la muerte es irreversible y no permite la compensación de las víctimas. También existen razones prácticas para un estándar centrado en la mortalidad. Si bien la medición de la mortalidad no está exenta de dificultades y complicaciones, la mortalidad es significativamente más fácil de evaluar que otros daños, especialmente cuando tales evaluaciones son necesarias en medio de una crisis.

Sin embargo, a pesar de su enfoque especial en la mortalidad, el marco PJR no ignora otros daños resultantes de la pandemia. Reducir el exceso de mortalidad directa e indirecta al nivel permitido por el estándar de riesgo de gripe tendría otros dos efectos importantes sobre los daños no mortales. Primero, permitiría que los sistemas de salud de los países funcionen a niveles casi normales. Esto no solo reduciría los niveles de mortalidad indirecta bajo la pandemia, sino que también permitiría a quienes residen en esos países disfrutar de los beneficios del acceso a la atención médica ordinaria. En segundo lugar, reducir el exceso de mortalidad al estándar de riesgo de gripe permitiría una reanudación segura de la actividad social y económica casi normal, como la educación primaria y secundaria, las compras minoristas, los viajes, las cenas en restaurantes cerrados y similares. De hecho, los países que han reducido con éxito los casos y la mortalidad de COVID-19 han podido reanudar actividades sociales y económicas casi normales sin dejar de exigir restricciones de salud pública razonables.

Sin embargo, el uso del del estándar de riesgo de gripe para definir los niveles de mortalidad que no son de crisis en función del marco PJR también puede parecer erróneo. ¿Por qué poner tanto peso en los estándares pasados de los países para determinar lo que cuenta como un nivel de mortalidad sin crisis? Basarse en los propios estándares de cada país permite que el marco PJR evite controversias sobre cómo se deben definir precisamente los niveles de mortalidad de emergencia. En particular,

dificulta que los países con acceso a las vacunas se opongan alegando que han sido tratados injustamente. También es importante prácticamente. Existe la necesidad de un principio que pueda implementarse éticamente. Tal principio debe cumplir al menos tres criterios para ser orientador de la acción y, por lo tanto, eficaz. El principio debe ser: (1) comprensible para las personas promedio, (2) justificable para aquellas mismas personas que se espera que lo respeten, y (3) procesable en el contexto de una pandemia con datos limitados e imperfectos. El estándar de riesgo de gripe satisface estos tres criterios. Por el contrario, estándares más complejos y mal definidos amenazan con comprometerlos. Por ejemplo, considere una visión alternativa en la que la tasa de mortalidad aceptable sea cualquier tasa que se obtendría si los gobiernos cumplieran plenamente con sus obligaciones de salud pública durante cada temporada de gripe, en circunstancias en las que los gobiernos no se vieran obstaculizados por una falta injusta de recursos. Entonces, determinar la tasa de mortalidad aceptable requeriría primero ponerse de acuerdo sobre al menos tres preguntas moralmente controvertidas y epistémicamente exigentes: (1) ¿Qué medidas de salud pública normalmente los gobiernos están moralmente obligados a tomar? (2) Contrafácticamente, ¿cuántas muertes por gripe podrían haberse mitigado si se hubieran tomado las medidas de salud pública moralmente obligatorias? (3) ¿En qué medida las muertes por gripe son atribuibles a una falta injusta de recursos? En el contexto de una pandemia, es muy poco práctico confiar en cálculos tan complejos porque las decisiones deben tomarse rápidamente y, a menudo, sin información completa, y con toda probabilidad el debate obstaculizará lo que es éticamente necesario: que los países ricos limiten su nacionalismo de vacunas y envíen dosis al exterior.

De manera relacionada, el estándar de riesgo de gripe puede parecer inapropiado cuando se aplica a países con una tasa más alta de morbilidad por influenza, especialmente países más pobres con escasos recursos de salud. En el caso de los países más pobres, la falta de recursos e infraestructura, más que los juicios sobre lo que es aceptable, a menudo explicará los niveles de mortalidad relacionada con la gripe. Esto hace que el estándar de riesgo de influenza sea menos plausible como una forma de definir los niveles de mortalidad que no son de emergencia para estos países. Si estos países estuvieran comprando grandes cantidades de vacunas para el consumo interno, entonces necesitaríamos una forma diferente de operacionalizar el nivel de mortalidad sin crisis al que se hace referencia en el PJR. Pero el tipo de nacionalismo de vacunas que limita el marco PJR lo practican principalmente los países de ingresos más altos que pueden permitirse comprar vacunas en cantidades relativamente grandes.

Por lo tanto, usar el estándar de riesgo de gripe para definir los límites de parcialidad en este caso es apropiado y refleja los valores de estos países. En general, el marco PJR se basa en la idea de que los gobiernos nacionales tienen el deber especial de reducir la mortalidad relacionada con COVID-19 a los niveles de mortalidad anteriores a la crisis o similares a los de la influenza. Más allá de ese punto, su deber de ayudar a las personas en otros países amenazados por el COVID-19 supera cualquier deber que tengan de reducir aún más la mortalidad en su país por otras causas.

El Marco de la Prioridad Justa para Residentes y los Límites de la Prioridad Nacional

¿Es ético el marco PJR? El marco está destinado a proporcionar una guía práctica que cumpla con principios éticos ampliamente aceptados. Se basa en dos ideas clave: la idea de que los gobiernos nacionales tienen un interés especial en controlar el exceso de mortalidad dentro de sus propias poblaciones y la idea de que quienes no residen en el país y cuyas vidas están amenazadas tienen fuertes reclamos contra los gobiernos extranjeros por la parte que les corresponde de las vacunas que salvan vidas. Estas ideas tienen atractivo para una amplia gama de puntos de vista que existen entre el nacionalismo extremo y el cosmopolitismo extremo.

Priorizar la reducción de la mortalidad doméstica puede reflejar una preocupación especial por quienes residen allí, que puede surgir de la cooperación social recíproca en la vida política o económica; la sujeción común a la coerción impuesta por el estado; o su participación en un conjunto de valores, cultura y referencias históricas comunes que hacen que la preocupación especial por sus intereses sea moralmente apropiada. En resumen, muchos puntos de vista diferentes que autorizan la parcialidad nacional pueden acomodar la preocupación especial por quienes residen en un país exhibida por el marco PJR.

Quizás de manera menos obvia, el PJR también es compatible con el rechazo de cualquier relación moralmente distinta entre compatriotas. En el mundo en que vivimos, uno sin un gobierno global o instituciones administrativas globales, los intereses fundamentales de las personas están mejor protegidos por los gobiernos nacionales que funcionen bien y que tengan responsabilidades especiales sobre las vidas de las personas que ocupan el territorio que administran. Este hecho permite que las personas que encuentran atractivo el cosmopolitismo porque son escépticos de las relaciones moralmente distintas entre compatriotas, no obstante, aprueben los permisos a los países para priorizar el alivio de la mortalidad interna como un medio para satisfacer las obligaciones morales generales.

Si bien el marco PJR otorga permiso a un gobierno para adquirir vacunas para su país, prohíbe a los gobiernos priorizar a quienes residen en el país a menos que sea necesario para reducir la mortalidad a niveles similares a los de la gripe sin crisis. Esto es cierto incluso cuando podrían disfrutar de considerables beneficios sociales y económicos debido a la relajación de las medidas de salud pública gracias a tasas de vacunación más altas. Independientemente de lo que pensemos sobre el significado moral de la cooperación social o los lazos de una cultura compartida, es difícil ver cómo el interés compartido de una comunidad por volver a la vida sin restricciones de salud pública razonables puede anular los intereses de supervivencia de quienes no residen en el país. Una vez que se alcanzan las tasas de mortalidad normales con medidas razonables de salud pública, el estándar de riesgo de gripe, la importancia moral de salvar la vida de quienes no residen en el país es mucho mayor que los intereses menos fundamentales de quienes residen en el país. En estas condiciones, la prioridad nacional y el nacionalismo de las vacunas ya no pueden justificarse. Esta es la razón por la cual el marco PJR limita los permisos de los gobiernos a la reducción de la mortalidad.

La vacunación puede ser el dispositivo más conveniente y eficaz para reducir la propagación de COVID-19, pero no es la única manera de reducir la mortalidad durante la pandemia. Los países que pueden reducir la mortalidad por otros medios razonables no necesitan tantas dosis de vacunas como otros para que el exceso de mortalidad se ajuste al estándar de riesgo de gripe. A medida que los medicamentos terapéuticos mejoren y estén fácilmente disponibles en algunos países, y los trabajadores de la salud adquieran experiencia en el tratamiento de pacientes con COVID-19, la tasa de mortalidad puede disminuir. Si es necesario colocar menos pacientes con COVID en cuidados intensivos, las unidades de cuidados intensivos se pueden usar para pacientes que de otro modo podrían morir de otra enfermedad, como enfermedad cardíaca, sepsis o accidente cerebrovascular. Algunos países han hecho un buen trabajo al contener y, en algunos casos, eliminar la transmisión de COVID-19 dentro de su comunidad con medidas razonables. Los países en esta categoría pueden dar prioridad a la vacunación de sus residentes solo si esas medidas ya no logran reducir el exceso de mortalidad, como estamos viendo en algunos países como Vietnam.

Es natural preguntar sobre el nivel de vacunación que, en un país determinado, cumpliría con el estándar de riesgo de gripe del marco PJR. Esa es una pregunta empírica que depende de muchas variables, incluida la eficacia de las vacunas utilizadas, el número de dosis administradas a las personas, las tasas de vacunación en diferentes grupos de edad de la

población, la transmisibilidad y la tasa de letalidad de las variantes en circulación, la interacción con poblaciones de otros países y otros factores. Se podría objetar que la oposición del marco PJR al nacionalismo de las vacunas es demasiado revisionista. Después de todo, muchas personas creen que los gobiernos tienen el derecho, e incluso la obligación, de ser parciales con sus propios miembros. Este argumento está empíricamente fuera de lugar y malinterpreta el alcance del marco PJR. Además, nuestra crítica se dirige al caso especial de parcialidad con respecto a la distribución de vacunas en una emergencia mundial. PJR permite cierta parcialidad. El análisis implica que la parcialidad nacional justificable tiene que ser consistente con los requisitos de la justicia global de fondo. Pero este requisito general está abierto a interpretación y, como se dijo, no tiene por qué restringir excesivamente la parcialidad nacional. Si debería o no, es un asunto que pasamos por alto aquí.

Objeciones al Modelo de la Prioridad Justa para Residentes

PJR es controvertido, especialmente en un clima político donde las formas extremas de nacionalismo de vacunas parecen ser ampliamente respaldadas y adoptadas por gobiernos de países independientemente de sus ingresos, desde la India hasta el Reino Unido. Consideramos cuatro objeciones.

Nacionalismo de vacunas e investigación y desarrollo de vacunas

Los países de ingresos altos, como Estados Unidos, Alemania y el Reino Unido, y algunos países de ingresos medios, como la India, Brasil y Sudáfrica, podrían argumentar que se les debería permitir vacunar a toda su población. Podrían argumentar que durante muchos años y décadas, financiaron gran parte de la ciencia básica y la investigación sobre el ARNm y los vectores virales que fueron fundamentales para desarrollar vacunas efectivas tan rápidamente, desarrollaron las redes de investigación clínica utilizadas para probar la efectividad de las vacunas y/ o crearon una amplia capacidad de fabricación para la producción masiva de vacunas contra el COVID-19. Sin años de inversión, podrían argumentar que no habría una vacuna eficaz capaz de producirse en grandes cantidades y que ese desarrollo habría llevado muchos años más. Por lo tanto, estos países podrían argumentar que sería injusto pedirles que incurran en los costos de las restricciones de salud pública para salvar a personas lejanas.

Sin embargo, estos países ya obtienen los beneficios apropiados de sus inversiones en investigación. Además de recibir los beneficios

económicos que obtendrán sus farmacéuticas, están a la cabeza de la cola para recibir su parte de vacunas antes de distribuirla a otros países. Además, el marco PJR permite que a los países que han experimentado niveles excesivos de mortalidad, como los Estados Unidos y el Reino Unido, se les dé prioridad en términos de tiempo: pueden ir a la cabeza de la fila y ser los primeros en obtener su parte permitida de vacunas. Sin embargo, una vez que han vacunado a suficientes residentes para reducir la mortalidad a niveles similares a los de la gripe sin crisis, tienen la obligación de compartir las dosis excedentes. Dado que el tiempo es fundamental para manejar la crisis, se les podría dar cierta prioridad sin dejar de tener restricciones sobre cuántos residentes pueden vacunar éticamente antes de que se les exija compartir las dosis de vacuna.

Además, la investigación y el desarrollo en medicina son mucho más colaborativos de lo que supone este punto de vista. Desde el comienzo de esta pandemia, por ejemplo, los científicos de países ricos y en desarrollo han compartido datos cruciales, como secuencias y muestras del genoma viral, especialmente de variantes que evolucionan rápidamente, resultados de pruebas con animales y otros hallazgos relevantes. Gran parte de la mano de obra calificada que los centros académicos y las empresas farmacéuticas emplean en I+D proviene de muchos países. Los materiales utilizados en el desarrollo de vacunas también se obtienen a nivel mundial. Chile, por ejemplo, proporciona el compuesto del árbol quillay que se utiliza en múltiples vacunas candidatas contra el COVID-19. Además, la prueba de la eficacia de las vacunas, especialmente en variantes emergentes, se realiza en muchos países del mundo. En general, la producción de vacunas es paralela a muchos otros productos tecnológicamente avanzados en el sentido de que ningún país puede desarrollar, evaluar clínicamente y fabricar efectivamente una vacuna por sí solo.

Sin embargo, algunos países han hecho mucho más que otros para contribuir al desarrollo, prueba y fabricación de una vacuna. Aun así, esto no es base para dar una prioridad excesiva a sus residentes solo porque estos países son desproporcionadamente capaces de apoyar la investigación de vacunas debido a su riqueza. La riqueza no debe determinar si un país tiene acceso a recursos que salvan vidas. Después de todo, no es ético asignar hígados escasos para trasplante en función de la capacidad del paciente para pagar o donar a programas de investigación de enfermedades hepáticas. De hecho, muchas personas creen que la capacidad de pago no debe determinar el acceso a ningún tipo de atención médica vital. La reciente indignación pública en torno a la prioridad de la vacunación contra el COVID-19 otorgada a los donantes de hospitales da fe

del punto de vista básico de que la riqueza no debe estar vinculada a la recepción de recursos que salvan vidas.

Nacionalismo de vacuna e Impuestos

El gobierno de un país de altos ingresos puede acumular un suministro efectivo de la vacuna COVID-19 porque quienes residen allí y otras personas que trabajan dentro de sus fronteras han pagado los impuestos. Además, es posible que los gobiernos hayan recortado otros servicios importantes para reasignar recursos financieros a la compra de vacunas. Alguien podría objetar que al dar prioridad a sus contribuyentes para la vacunación, un gobierno no está ejerciendo parcialidad sino simplemente brindando un servicio que los residentes han pagado tanto a través de impuestos como incurriendo en los costos de oportunidad de las compras de vacunas. Después de todo, en otros casos, quienes contribuyen a un país pueden esperar que su gobierno utilice el dinero de los impuestos para asegurar el mejor suministro posible de recursos, como alimentos, en lugar de enviarlos al extranjero. ¿Por qué no pueden esperar lo mismo para el suministro de vacunas COVID-19 cuando se han recaudado los dólares de los impuestos? Sin embargo, apelar a que un país ha aumentado los impuestos para comprar un gran suministro de vacunas no es más ético que argumentar que un país merece más vacunas porque es rico. Para reiterar, la riqueza no justifica la posesión exclusiva de un recurso médico que salva vidas para personas o países. A nivel nacional, la capacidad de recaudar impuestos depende en gran medida de la riqueza de un país, la naturaleza de su economía y si posee instituciones que puedan monitorear las transacciones de manera que faciliten la tributación de los ingresos y el consumo. El hecho de que los países más pobres no hayan reservado ingresos fiscales para acuerdos con empresas farmacéuticas probablemente sea un reflejo de que tal riqueza no está disponible, en lugar de reflejar diferencias en las prioridades de gasto. La pobreza no implica que un país no deba tener la vacuna COVID-19.

El nacionalismo de vacunas y la reducción de las cargas sociales y económicas

Los países que han suprimido el virus y minimizado las muertes a través de severas restricciones y bloqueos, como Australia y Corea del Sur, podrían objetar que la aplicación del marco PJR para la asignación de vacunas ignora su sacrificio. Han soportado privaciones sociales y económicas sustanciales para reducir las muertes directa e indirectamente

relacionadas con COVID-19. El estándar de riesgo de gripe no tiene en cuenta esas privaciones. No es ético ignorar los costos reales en los que han incurrido estos países para reducir la pandemia y centrarse únicamente en la mortalidad relacionada con COVID-19.

En respuesta, el marco PJR no dice que los países que han estado sujetos a severas restricciones deben continuar incurriendo en enormes costos sociales y de otro tipo. El marco solo requiere que todos los países impongan medidas razonables de salud pública. Permite a los países que actualmente mantienen severas restricciones vacunar a suficientes personas para recurrir a medidas razonables de salud pública sin incurrir en niveles excesivos de mortalidad. Las medidas razonables no incluyen bloqueos sostenidos, limitar casi todos los viajes internacionales y cerrar escuelas con consecuencias adversas para quienes trabajan en empleos de bajos ingresos y para el nivel educativo de los estudiantes. Como se argumentó, las medidas razonables de salud pública incluyen aquellas como usar máscaras en espacios públicos, mantener la distancia social e instalar sistemas adecuados de ventilación y filtración de aire. Si se pueden mantener los niveles de mortalidad similares a los de la gripe con estas medidas, es inverosímil argumentar que estas medidas son tan onerosas como para eximirnos de nuestra obligación de salvar vidas en otros países mediante el envío de dosis de vacunas.

Además, la experiencia de muchos países ahora sugiere un estrecho vínculo entre los casos de COVID-19, la mortalidad y la actividad económica. Una vez que los casos de COVID-19 y la mortalidad estén bien controlados, las actividades sociales y económicas normales o casi normales pueden regresar. Además muchos países han controlado el COVID-19 con medidas de salud pública razonables que han permitido que al menos algunas ciudades importantes eviten en gran medida los cierres o las privaciones sociales y económicas graves. Por ejemplo, desde noviembre 2020 hasta junio 24 de 2021, Australia tuvo solo tres muertes por COVID-19, y ningún día en el que los casos activos alcanzaran los quinientos, en una población de alrededor de veinte y cinco millones. Si bien hubo un confinamiento en Melbourne, otras áreas de Australia, como Perth, no necesitaban un confinamiento y tenían bajas tasas de infección. En consecuencia, la recesión económica provocada (principalmente) por el COVID-19 en 2020 finalizó en el cuarto trimestre del año. Esta recuperación es, por supuesto, precaria, particularmente porque existe la posibilidad de que las tasas de infección vuelvan a aumentar debido a la propagación de variantes infecciosas. Las infecciones han aumentado en las ciudades más grandes como Melbourne y Sydney, en parte porque Australia ha sido inusualmente lenta en comparación con otros países de altos ingresos en la

distribución de vacunas entre quienes residen allí. Otros “confinamientos instantáneos”, como los que se reintrodujeron en la primavera de 2021 en Canadá y Francia, van más allá de las medidas razonables de salud pública. El punto sigue siendo que las economías son capaces de recuperarse más fácilmente en la medida en que la mortalidad no excesiva se mantenga. El uso de vacunas para prescindir de medidas razonables de salud pública y no para prevenir muertes no es compatible con el marco PJR. A lo sumo, el marco PJR admite un grado de vacunación que permite relajar las restricciones a niveles razonables sin incurrir como resultado en un exceso de mortalidad. Por lo tanto, los países que están cerca de estar "libres de COVID" pueden obtener cierta cantidad de vacuna. Finalmente, vale la pena recordar que las cargas sociales y económicas de los países de ingresos medianos y bajos bajo COVID-19 han sido significativas, con el Banco Mundial proyectando un gran aumento en los niveles de pobreza extrema.

Nacionalismo de vacuna y eficiencia

Los gobiernos han respondido al COVID-19 con diferentes niveles de competencia y éxito. Esto se debe en parte a la suerte, como tener fronteras que son fáciles de cerrar para los viajes al extranjero, o una población de densidad relativamente baja en la que la propagación de infecciones podría ser más lenta. Sin embargo, algunos países, como los Estados Unidos, el Reino Unido y Brasil, han tenido malos resultados en parte debido a la mala gestión institucional y política. Por lo tanto, un gobierno que puede comprar dosis de vacunas podría argumentar que tiene derecho a no administrar dosis a gobiernos con un peor historial en el manejo de la propagación de la infección. ¿Por qué Canadá debería abstenerse de adquirir vacunas para que Brasil, que enfrenta un brote grave debido a la incompetencia del gobierno, pueda tener más?

Esta objeción podría estar motivada por la especulación de que los países que manejan mal la pandemia desperdiciarán vacunas o las distribuirán de manera muy ineficiente. Sin embargo, como han demostrado muchos países, parece haber poca relación entre la capacidad de un gobierno para gestionar la pandemia de COVID-19 y la gestión eficaz de la implementación de la vacuna. Israel, Estados Unidos y el Reino Unido, por ejemplo, al principio no controlaron bien la pandemia, pero han tenido programas de vacunación comparativamente eficientes. Además, no existe una relación entre una respuesta efectiva al COVID-19 y tener los recursos para hacer acuerdos bilaterales para vacunas contra el COVID-19 con la industria farmacéutica. A algunos países pobres les ha ido relativamente bien en el control de las tasas de infección, por ejemplo, Senegal, mientras

que a algunos países ricos les ha ido bastante mal. Finalmente, el marco PJR no requiere que debemos enviar vacunas a países que son incapaces de distribuir y administrar dosis de vacunas y, por lo tanto, las desperdiciarían. Al contrario: hacerlo sería poco ético.

Alternativamente, la objeción podría basarse en la idea de que la gestión deficiente de COVID-19 en el pasado de un país debilita su derecho ético a una parte justa de la producción mundial de vacunas. Este enfoque se acerca a presuponer una visión cuestionable basada en el merecimiento de los derechos a los recursos básicos. Además, las personas que están sujetos a regímenes ineficaces son víctimas del mal gobierno. Negarles la vacuna a esas poblaciones es castigarlas por la incompetencia de su gobierno, y así victimizarlos dos veces. Esto entra en conflicto con cualquier enfoque que asigne vacunas en función de la necesidad médica y las perspectivas de vidas salvadas. También entra en conflicto con la visión progresista del modelo PJR, que tiene como meta distribuir vacunas con el objetivo de minimizar las muertes futuras.

Además, es posible evitar la incompetencia del gobierno en lugar de dejar a las poblaciones sin una vacuna que salve vidas. De hecho, en muchos países autoritarios donde los gobiernos han manejado la pandemia de manera ineficaz, ha habido un marcado aumento en la movilización de la sociedad civil y la organización de abajo hacia arriba para responder a la crisis, a pesar del riesgo personal para los voluntarios involucrados. En Bielorrusia, por ejemplo, donde el presidente Lukashenko descartó el COVID-19 como una "psicosis", se desarrolló un movimiento nacional de personas voluntarias para apoyar a quienes trabajan como médicos y en escuelas. El movimiento llamado #ByCovid19 ahora está trabajando con UNICEF para agilizar la entrega de equipos de protección personal a los trabajadores de primera línea. Parece concebible que, al menos en los países en donde los gobiernos no han tomado las medidas adecuadas para controlar la propagación de la infección, las vacunas puedan ser distribuidas de manera más efectiva a través de alianzas entre organizaciones internacionales y de la sociedad civil.

Además, es probable que el desempeño de un país cambie a medida que las instituciones aprendan lecciones y cambie el liderazgo político. El mal manejo de la pandemia puede acelerar tales procesos en países que tienen elecciones libres.

Implicaciones Institucionales

El marco PJR justifica que se permita a los países con parcialidad nacional limitada priorizar los intereses de quienes residen allí para evitar

tasas de mortalidad excesivas relacionadas con el COVID-19, privaciones económicas severas y un sistema de salud colapsado. También restringe la parcialidad al obligar a los países a compartir vacunas con otros países para salvar más vidas una vez que la pandemia de COVID-19 no sea una emergencia con medidas de salud pública razonables, similar a una mala temporada de influenza.

Una buena forma de implementar el marco PJR sería que los países de altos ingresos establecieran un acuerdo internacional para distribuir vacunas en línea con lo que proponemos aquí para el marco. Esto serviría para tres propósitos. En primer lugar, el consenso sobre el marco PJR entre los países de altos ingresos establecería una norma de principios con la que dar garantías a los países sobre el comportamiento de los demás, de modo que ningún país se aproveche al adherirse al estándar. Un estándar compartido también facilitaría que la sociedad civil, las ONGs y los activistas transnacionales nombren y avergüencen a los países desertores y los presionen para que cumplan con sus obligaciones morales y contractuales. En segundo lugar, daría a los gobiernos una respuesta a las demandas de sus propios residentes de priorizar el regreso a la vida anterior a la pandemia sobre el envío de vacunas al extranjero. Tercero, un acuerdo legal internacional en la forma de un tratado vinculante sería menos vulnerable a la desertión que un acuerdo puramente voluntario y también le daría a cada signatario la seguridad de que otros estados también cumplirán.

Una lección importante de la pandemia de COVID-19 es que el mundo necesita con urgencia instituciones sólidas para responder a las emergencias sanitarias mundiales de manera eficaz, sistemática y ética. En ausencia de tales instituciones, los países de altos ingresos se han apresurado a comprar más vacunas de las que necesitan, mientras que los países de bajos y medianos ingresos se ven obligados a depender de sus recursos limitados o de las donaciones y la caridad. Esto no solo no cumple con lo que exige la justicia, sino que tampoco es la forma más efectiva de poner fin a la pandemia mundial. Un avance alentador es la aparición de COVAX, la alianza internacional creada para permitir el acceso universal a las vacunas contra la COVID-19. Pero la alianza ha estado plagada de problemas y requiere mejoras. Establecida en medio de una pandemia, COVAX no es una organización formal, carece de una estructura de gobierno clara y, en consecuencia, ha sido criticada por carecer de transparencia y responsabilidad efectiva, lo que socava la confianza global.

Estas cosas, a su vez, pueden reducir el respaldo político y el apoyo financiero necesarios para llevar a cabo el tipo de enfoque sistemático para la compra y distribución de vacunas que se requiere para hacer justicia. En el futuro, los gobiernos tienen la responsabilidad colectiva de ser proactivos

y establecer una institución global permanente y mejorada facultada para hacer frente a futuras emergencias. Esto se lo deben no solo a sus propios residentes, sino a todos los afectados por la naturaleza cada vez más global de las crisis de salud en un mundo interconectado.

Notas

¹ Publicado el 29 de octubre de 2021, doi:10.1017/S0892679421000514

² Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos (zemanuel@upenn.edu).

³ University of Arizona, Tucson, Arizona, Estados Unidos (allenb@duke.edu).

⁴ Nuffield College, University of Oxford, Oxford, Reino Unido (shukying.chan@nuffield.ox.ac.uk).

⁵ All Souls College, University of Oxford, Oxford, Reino Unido (cecile.fabre@allsouls.ox.ac.uk).

⁶ University of Melbourne, Australia (daniel.halliday@unimelb.edu.au).

⁷ University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canadá (RJ.Leland@umanitoba.ca).

⁸ FLACSO-CONICET, Buenos Aires, Argentina (florlunaflacso@gmail.com).

⁹ University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos (mmcco@penmedicine.upenn.edu).

¹⁰ University of Bergen, Bergen, Noruega (Ole.Norheim@uib.no).

¹¹ Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapur, Singapur (medgos@nus.edu.sg).

¹² University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, Estados Unidos (kctan@sas.upenn.edu).

¹³ Washington University in St. Louis, Missouri, Estados Unidos (kwellman@wustl.edu).

Received/Recebido: 04/06/2023
Approved/Aprovado: 06/11/2023