

Una bioética para dos años de pandemia

Bioethics for two years of pandemic

Germán Rojas Loyola

RESUMEN

En el mes de marzo de 2022 se cumplieron dos años de la declaratoria de pandemia por la COVID-19. Millones de afectados y fallecidos han sido el resultado de esta historia que sigue en curso y que ha evolucionado de un riesgo global a una catástrofe para la humanidad. La COVID-19 ha llevado a replantear aspectos éticos y legales que deberían estar claros. En estos tiempos de globalización y desarrollo sostenible, dejó desnuda la debilidad moral preexistente. La salud pública sigue

distante de su centro: la persona, que ahora es más vulnerable e influenciada por una infodemia que altera su capacidad para decidir sobre su bienestar y la de quienes lo rodean. Los viejos y vigentes problemas derivados del individualismo versus el colectivismo para los derechos humanos. El uso de intervenciones no probadas fuera del ámbito de la investigación, casi en libre albedrío; una priorización en la asignación de recursos escasos que sigue buscando una vía para decidir a quién sí y a quién no. Para finalizar, la carrera por el logro de una vacuna que cambió la curva de esta pandemia, pero que no ha mostrado equidad en su aplicación. La dignidad de la persona humana, sus derechos fundamentales y el bien común deben ser los tres elementos de valoración para una bioética, nos lleve a la deliberación, responsabilidad y prudencia en las decisiones para cada situación que muestre la vulnerabilidad humana, incrementada en estos tiempos de la COVID-19.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.2.20>

ORCID: 0000-0003-2681-7871

Especialista en Pediatría y Puericultura. Magister Scientiarum en Bioética. Profesor asistente de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente, Núcleo Nueva Esparta. Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Miembro de Número del Centro Nacional de Bioética. Miembro de la Sociedad Venezolana de Salud Pública. Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina.

Correspondencia: Germán Rojas Loyola
Calle Doctor Muñoz Urra 22, 2C. Talavera de la Reina, Provincia de Toledo.
Código postal: 45600. España.
Tel: +34 613183766
E-mail: grojasloyola@gmail.com

Recibido: 3 de mayo 2022
Aceptado: 29 de mayo 2022

Palabras clave: Bioética, COVID-19, pandemia, salud pública, historia.

SUMMARY

In March 2022, two years have passed since the declaration of a pandemic by COVID-19. Millions of people affected, and deceased have been the result of this ongoing story that has evolved from a global risk to a catastrophe for humanity. COVID-19 has led to reconsidering ethical and legal aspects that should be clear. In these times of globalization and sustainable development, it laid bare the pre-existing moral weakness. Public health remains distant from its center: the person, who is now more vulnerable and

influenced by an infodemic that alters their ability to decide on their well-being and that of those around them. The old and current problems are derived from individualism versus collectivism for human rights. The use of unproven interventions outside the scope of research, almost on free will; a prioritization in the allocation of scarce resources that continues to seek a way to decide who yes and who no. Finally, the race to achieve a vaccine has changed the curve of this pandemic but has not shown fairness in its application. The dignity of the human person, their fundamental rights, and the common good must be the three elements of evaluation for bioethics, leading us to deliberation, responsibility, and prudence in decisions for each situation that shows human vulnerability increased in these times of COVID-19.

Keywords: *Bioethics, COVID-19, pandemic, public health, history.*

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia las pandemias han generado un clima de incertidumbre debido su impredecibilidad, sus posibilidades de afectación, el control que se pueda tener sobre ella y su efecto sobre las condiciones socioeconómicas de los países (1). El 11 de marzo de 2020, el director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaraba pandemia a la COVID-19, advirtiendo que el vocablo *pandemia*, no debía emplearse a la ligera o de forma imprudente; exhortaba a los países a tomar medidas urgentes y agresivas para contener la enfermedad (2). La pandemia supuso una especie de prueba de estrés, no sólo para los sistemas sanitarios sino también para la economía del planeta y los distintos sistemas éticos (3,4). A dos años de esta declaración, desde el inicio de la pandemia y hasta el 15 de mayo de 2022, la OMS reportó un total acumulado de más de 525 467 084 de casos confirmados de la COVID-19 que incluyen 6 285 171 de muertes en las seis regiones de la OMS (5).

Es así como la COVID-19 se categorizó como un *riesgo global*, clasificación más amplia que la de pandemia, porque produciría un impacto mundial con interrupción grave del funcionamiento de la sociedad, interactuando con las condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad previa, ocasionando pérdidas humanas, materiales y económicas (6). Y aunque inicialmente se

describieron efectos positivos sobre el medio ambiente, serían temporales. En la actualidad, se continúa exigiendo de los gobiernos respuestas para construir una economía más sostenible, tanto para las personas como para el planeta, con la creación de empleos sostenibles, el crecimiento verde y una forma distinta de vida con nuevos hábitos de producción y consumo (7). Ripple y col. (2021) en *Advertencia de los científicos mundiales sobre una emergencia climática en 2021*, basándose en la tendencia de los signos vitales planetarios, insisten en un cambio transformador con políticas climáticas que deberían formar parte de los planes de recuperación de la COVID-19 y que se necesitan para proteger la vida en la Tierra (8). En este sentido, la COVID-19 se categorizó también como un *desastre*, porque las múltiples causas y dinámicas en su generación han alterado el ecosistema humano, siendo un suceso en esencia colectivo que ha ocasionado daños serios, con alteración de las estructuras, procesos sociales expresados en términos cuantitativos y que ha sumado demandas, así como daños no resueltos con los recursos habitualmente disponibles y que requiere de ayuda externa (9).

Bioética salud pública y derecho a la salud en pandemia

El Programa Regional de Bioética y el Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su publicación *Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)*, en marzo de 2020, señaló a las autoridades de salud como responsables de la protección de la salud de la población y de dar respuesta a la emergencia de salud pública; en este sentido, hizo recomendaciones para una vigilancia orientada a disminuir la incertidumbre, la recolección rigurosa de información, el manejo responsable de los datos y, en los casos donde no correspondiera el consentimiento informado, el respeto, protección de la privacidad, transparencia y confidencialidad de las personas. Las autoridades de salud pública también tenían el deber ético de implementar las intervenciones que la evidencia demostraba que funcionan (10).

Simultáneamente la UNESCO encargó la preparación de una declaración ética conjunta a sus dos órganos consultivos más importantes: el Comité Internacional de Bioética (CIB) y la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento y Tecnología Científica (COMEST), el documento titulado *Consideraciones éticas desde una perspectiva global*, recogía como primera recomendación que las políticas sanitarias habían de adoptarse siempre sobre la base de evidencia científica sólida. Sin embargo, se advertía que la sola evidencia científica no necesariamente legitima una política sanitaria. Es así como recomendó que las políticas debieran estar enmarcadas en guías éticas, en un diálogo abierto y transparente con la sociedad y siempre priorizando la salud y la seguridad de los individuos que la conforman. En ese diálogo abierto y transparente se hacía hincapié a la necesidad de incluir no solo los aspectos políticos, sino también los de carácter científico y ético (11). En abril de 2020, el Comité de Bioética del Consejo Europeo señalaba que las decisiones y prácticas de salud debían cumplir con el requisito fundamental de respeto a la dignidad humana y la protección de los derechos humanos; se mencionaba al *Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina* (Convenio de Oviedo) como el único instrumento jurídico internacional vinculante en este contexto de emergencia y gestión de la crisis sanitaria, para orientar decisiones y prácticas tanto en entornos clínicos como de investigación (12). A este respecto, se señaló que los Comités de Ética de Investigación (CEI) tenían un papel clave para la evaluación metodológica, el correcto uso del consentimiento informado, los procesos óptimos de integración nacional, la respuesta y comunicación entre sus miembros y otros CEI para evitar duplicación de evaluaciones, garantizar la calidad y las libertades fundamentales de los participantes (13).

Sin embargo, la pandemia puso en jaque a los sistemas sanitarios, con visualización de limitaciones de los sistemas de protección constitucional en épocas de pandemia, el establecimiento prioritario, y no por mero decreto, de la atención de la emergencia sanitaria, en muchos casos mermada, con recortes de personal sanitario, gastos o inversiones que resultaron menos urgentes e importantes que las sanitarias, frente a la pandemia que enfrentamos (2). Uno de

los retos específicos en el suministro de cuidados críticos incluyó cuestiones de infraestructura, la disponibilidad de materiales complejos y difícilmente asequibles, como ventiladores mecánicos y personal, en concreto personal de enfermería con formación específica (14).

Siendo el imperativo, la garantía del derecho a la salud con respeto de la dignidad humana y observando los principios fundamentales de la bioética, de conformidad con los estándares interamericanos en cuanto a su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, adecuados a las circunstancias generadas por esta pandemia; los trabajadores de la salud debían ser proveídos de los insumos, equipos, materiales e instrumentos que protejan su integridad, vida y salud, para desempeñar su labor en términos razonables de seguridad y calidad. Por otro lado, se planteó la necesidad de enfrentar los dilemas de la bioseguridad formando a los participantes del equipo de salud con valores que constituyeran un modelo moral que obligue a cada individuo a tomar conciencia de cada problema de bioseguridad que sus conocimientos le permitan detectar, sin obviar el riesgo, enfrentando la obligación de aplicar y comunicando la norma a sus colegas, no dejando así el proceso a la buena voluntad de los profesionales (15,16). Pero el hecho es que en los momentos de mayor transmisión de casos de la COVID-19, muchos hospitales colapsaron, faltaron insumos, equipos de protección personal, reactivos, oxígeno y hasta los medicamentos necesarios para el tratamiento de los casos y sus complicaciones; una salud primaria debilitada afectó a miles de personas especialmente en los cinturones de pobreza de las grandes ciudades y en las zonas rurales donde se concentran poblaciones con mayores vulnerabilidades (17).

En marzo 2021, Amnistía Internacional informaba que 17 000 profesionales de la salud habían fallecido de la COVID-19 en el último año; un trabajador de la salud cada 30 minutos, calificándolo como una tragedia y una injusticia; señalaba que el personal sanitario había arriesgado su vida para intentar protegernos frente a la COVID-19 y, sin embargo, en demasiados casos lo habían hecho sin contar con protección alguna, pagando el peor precio por ello (18). La OMS señalaba en septiembre 2021, que entre 80 000 y 180 000 trabajadores sanitarios y asistenciales

podrían haber muerto a causa de la COVID-19 en el período comprendido entre enero de 2020 y mayo de 2021, convergiendo en un escenario medio de 115 500 muertes (19).

La bioética ocupa un papel fundamental en la deliberación de los problemas clínicos, de investigación y de conflictos sociales; y es que, con una escasez de participación activa de los sistemas éticos se expone a la población a una serie de problemas de inequidad social, ya sea en la atención clínica de los pacientes, la investigación científica y la participación ciudadana. Problemas desde los recortes del gasto en salud, el trabajo pauperizado del personal de salud, la inequidad en el acceso a los servicios y medicamentos; con un trabajador de la salud que se enfrenta a diversos problemas éticos que le ocasionan incertidumbre y temor de su propia integridad y la de su familia; a esto se sumó el estigma y daño psicológico para los pacientes, el inadecuado proceso del consentimiento informado y evaluación riesgo/beneficio en los tratamientos aplicados. En la investigación, los problemas éticos en razón a la evaluación oportuna y responsable de los protocolos de investigación, la presencia de conflictos de interés en la evaluación y patentes de la industria farmacéutica, la invención de vacunas u otros tratamientos y la accesibilidad a nuestra población. Otros problemas surgieron desde la ciudadanía expresada en la compra compulsiva de medicamentos y otros productos, así como la irresponsabilidad de no cumplir las reglas de distanciamiento social (20).

El manejo de la información en pandemia

La información en situación de epidemia es un proceso interactivo de intercambio entre personas, grupos e instituciones; incluye múltiples mensajes acerca de la naturaleza del riesgo, preocupaciones, opiniones o reacciones sobre el brote epidémico, abarcan los arreglos legales e institucionales para la gestión del riesgo, incluyendo el contexto de la difusión digital; en ese sentido, se deben considerar los principios contenidos en la *Guía de la OMS para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos*. Los objetivos de la comunicación antes de un brote son educar, informar, recomendar, preparar y prevenir (21). En el mes de abril 2020, la OPS/OMS publicaba una guía para periodistas (COVID-19, consejos

para publicar), donde se señaló que los medios de comunicación desempeñarían un papel fundamental en la información clara y comprensible para la población, con el fin de motivar un comportamiento positivo para el cuidado de la salud individual y familiar, la disminución de la transmisibilidad y el uso razonable de los servicios de salud; también en la disminución de los rumores y la desinformación. Se mencionó que los periodistas tenían el poder de contar historias e inspirar a las personas a actuar de manera colectiva; que la solidaridad de todas las personas, comunidades y organizaciones sería necesaria para superar esta pandemia (22).

El director general de la OMS señalaba que no sólo se estaba luchando contra una pandemia, sino también contra una *infodemia*; término que la OMS definía como una sobreabundancia de información, alguna precisa y otra no, que ocurría durante una epidemia. A pesar de estas recomendaciones, se observaron personalidades de la política mundial señalando beneficios para hidroxiclороquina y cloroquina; por otro lado, algunas autoridades de salud describieron riesgos de enfermar severa con el uso de ibuprofeno sin evidencias ciertas. En nuestra región se dio un fenómeno curioso con la ivermectina; se basó en información de muy baja calidad metodológica que reportaba posibles beneficios, incrementándose su venta y automedicación. La infodemia generó prácticas clínicas no ajustadas a la evidencia por parte de prescriptores y usuarios (23,24). Un análisis altmétrico de la investigación sobre la COVID-19, constató una gran cantidad de participación que abarca menciones en los principales medios de comunicación, acciones en Twitter, referencias de Wikipedia y videos que se han vinculado directamente a publicaciones de investigación, de éstas, un 9 % fueron *pre-print*. Este fenómeno está jugando un papel muy importante en la comprensión pública del virus, y están surgiendo rápidamente nuevos *influncers*, que son los que más comparten este trabajo o tienen la capacidad de llegar a las audiencias más grandes (25).

El dilema: autonomía versus el bien común en pandemia

Los límites a la autonomía de las personas, incluyendo la obligatoriedad de controles

médicos a viajeros sospechosos de estar infectados, están plenamente justificados cuando existen riesgos para terceros; estas medidas restrictivas deben ser adecuadamente armonizadas con los derechos individuales de los ciudadanos a desplazarse libremente, por lo que la declaración de un cordón sanitario debe hacerse sin vulnerar el derecho a la privacidad y a la dignidad inherente a todo ser humano. Justificar éticamente la cuarentena se relacionan con su eficacia para controlar la propagación de la infección, si es proporcional a la gravedad del cuadro, y si es necesaria para controlar la epidemia, en ausencia de otras medidas menos restrictivas (26). Islam y col. (2020) reportaron, con datos de 149 países, que la incidencia de COVID-19 disminuyó en un promedio del 13 % en asociación con intervenciones combinadas de distanciamiento físico, entre ellas restricciones de reuniones masivas, el cierre de escuelas y del lugar de trabajo, permitiendo el mantenimiento del transporte público para personas que trabajan en los sectores prioritarios con el manteniendo el distanciamiento físico durante el viaje. Estos hallazgos fueron más notorios en países de altos ingresos (mayor PIB per cápita), con un mayor porcentaje de población mayor (≥ 65 años) y con mejor preparación para la pandemia (índice global de seguridad sanitaria) (27). Por otro lado, Ruiz-Pérez y col. (2022) demostraron correlaciones positivas entre comportamientos contrarios a la convivencia señalados por las autoridades en la pandemia (aglomeración, toque de queda, consumo de alcohol, movilidad pública con acompañante, restricciones por género, uso de mascarillas), que explicaron las tasas de incumplimiento de estas normas administrativas relacionadas con comportamientos ciudadanos y mayores casos de contagio de la COVID-19 en Colombia (28).

Otros problemas se produjeron cuando se suspendió el acompañamiento de los pacientes por parte de sus allegados para reducir el riesgo de contagios, se recortó la asistencia espiritual y religiosa o la despedida por la muerte de un familiar. Estas limitaciones sólo deberían permitirse cuando no puedan llevarse a cabo con riesgo mínimo de contagio. En la crisis sanitaria y de salud pública producida por la COVID-19, se requiere limitar temporalmente el ejercicio de algunos derechos individuales como garantizar

que otros no dejen de estar atendidos en ningún momento; de ahí la urgencia de que se refuerce la formación bioética desde las perspectivas de la salud pública y los derechos humanos (29, 30). Como personal de salud debemos actuar bajo un juicio prudencial, sin olvidar que todos (autoridades y ciudadanos) estamos obligados a salvaguardar los derechos humanos, y que se debe optar por aplicar la norma que más favorezca a la persona. Esto es, se debe aplicar una *Bioética de la solidaridad*, que implique tratar a todas las personas como individuos de la especie humana, valiosos en sí mismos, pues cada persona constituye un fin, es irrepetible y debe proveerse lo necesario para salvaguardar su vida y su salud (2).

Intervenciones no probadas fuera del ámbito de investigación

En relación con la atenuación de las medidas de protección de los sujetos de investigación, el *derecho a probar* fue invocado por algunos pacientes para recibir medicamentos que inicialmente no están indicados para su patología de base y promovido como una medida de urgencia (29,30). La OPS/OMS, señaló que se estaban utilizando intervenciones fuera del contexto de investigación cuya seguridad y eficacia no habían sido probadas para COVID-19; las recomendaciones basadas en el marco *uso de emergencia monitoreado de intervenciones no registradas y experimentales* (2014) (MEURI, por sus siglas en inglés), era facilitar el acceso a esas intervenciones a las personas afectadas en vista de su posible beneficio; asegurando al mismo tiempo, que su uso se supervise y contribuya con datos a la generación de evidencia. Se enumeraron 7 criterios para determinar si era ético ofrecer intervenciones no probadas en estas circunstancias excepcionales: la no existencia de ningún tratamiento de eficacia comprobada; que no fuera posible iniciar ensayos clínicos inmediatamente; la disponibilidad de datos que proporcionaran un apoyo preliminar de la eficacia y la seguridad de la intervención, al menos de estudios de laboratorio o en animales y que la intervención fuera de los ensayos clínicos, hubiera sido sugerida por un comité científico asesor debidamente calificado sobre la base de un análisis favorable de los riesgos/

beneficios; que las autoridades competentes del país, así como un CEI debidamente calificado, hayan aprobado dicho uso; que se dispusiera de recursos adecuados para garantizar que los riesgos puedan minimizarse; que se obtuviera el consentimiento informado del paciente y que se supervisara el uso de emergencia de la intervención y los resultados se documentaran y se compartieran oportunamente con la comunidad médica y científica en general. Se señaló que el marco MEURI debía ser utilizado por un período de tiempo limitado para convertirse en ensayos clínicos aleatorizados, supervisados y evaluados por las autoridades sanitarias y CEI, con consentimiento informado sobre su naturaleza de intervenciones no probadas y sus riesgos/beneficios y con un registro de protocolos que diferencie los ensayos clínicos de los MEURI. En la región de las Américas, la falta de familiaridad con esta orientación, las condiciones graves de la pandemia, las diversas normas regulatorias en algunas jurisdicciones, la no diferenciación de las investigaciones, su uso injustificado y la falta de supervisión ética o regulatoria adecuada, fueron debilidades para su implementación y contribución en la generación de evidencia (31).

Desde los derechos humanos, la bioética incorpora un discurso con orientaciones, para los campos de la asistencia sanitaria, las políticas de salud pública y la investigación, mucho más respetuosas con los pacientes, los sujetos de la investigación, los ciudadanos y los grupos sociales. La prudencia debe ser la guía de las autoridades para discernir las medidas justas y razonables que ameriten la prevención y el tratamiento de esta situación de salud, bajo una guía ética que tenga como norte la dignidad de la persona humana, sus derechos fundamentales y el bien común (29,30).

Priorizar en la asignación de recursos escasos

La atención sanitaria debe estar basada en los valores éticos de respeto y promoción de la vida humana, el uso proporcionado de las intervenciones terapéuticas, la distribución y uso justo de los recursos sanitarios disponibles. Sólo en situaciones extremas de colapso asistencial es conveniente actuar con criterios que primen

el bien común sobre el bien particular de los pacientes. Antes de llegar a estas situaciones hay que valorar otras alternativas como la derivación a otros hospitales o el traslado de enfermos más leves a otros establecimientos creados (32).

Los criterios de admisión y alta de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en períodos excepcionales o condiciones extraordinarias son flexibles y deben adaptarse a cada realidad local dependiendo de los recursos disponibles. En estos casos, el principio terapéutico y el principio de justicia se hacen difíciles de combinar. La recomendación para un Hospital es la designación de un Comité de Triage o la activación del Comité de Ética Asistencial (CEA) para la toma de decisiones relacionadas al ingreso o egreso de las UCI, asignación o retiro de ventilación mecánica o alternativas a la misma y/o la atención paliativa; con criterios objetivos de naturaleza técnica, que sean neutrales y verificables. Se debe dejar claro que las decisiones basadas en criterios como temporalidad, pronóstico, valor instrumental o la edad pueden plantear faltas a los principios bioéticos y derechos humanos; a la igual dignidad (por lo tanto, igual valor y derechos) de todos los seres humanos sin excepción. Balancear el *salvar el mayor número de vidas y mayor número de años de vida* es un consenso de los especialistas que es compatible con la perspectiva ética utilitarista en cuanto prioriza el desenlace del conjunto de la población y con la perspectiva no utilitarista en cuanto enfatiza el supremo valor de cada vida humana. Desde el punto de vista bioético, el uso de scores o puntuaciones debe contener estas características, sumado a la facilidad de cálculo, una apreciación independiente y el reflejo de prognosis de recuperabilidad. No existe una escala única e ideal, pero la que se utilice debe ser igual para todos (4,33-36).

En este escenario, el imperativo ético es que cada profesional realice siempre un discernimiento clínico del caso particular y no aplicar simplemente los protocolos de forma mecánica, máxime si el conocimiento o evidencia científica que tenemos sobre esta enfermedad es limitado y/o cambiante (37).

Para la toma de decisiones en los pacientes pediátricos, se debe respetar el principio de prioridad absoluta e interés superior del niño,

descritos en la Convención de los Derechos del Niño y ratificada en la legislación de los Estados Parte. Dentro de las instituciones hospitalarias, los niños y adolescentes ingresados por COVID-19, deben tener a disposición los recursos que aseguren el cumplimiento de protocolos para la protección, alimentación, diagnóstico y tratamiento; así como unidades de atención equipadas. También debe tenerse presente que la internación conjunta es un derecho del niño y que, en el final de vida, debe permitirse la presencia de sus afectos, tomando todas las medidas de protección necesarias en situación de pandemia. Los padres o representantes legales deben estar presentes durante la internación del niño, recordando que la obligación del personal de salud es velar por la integridad familiar y minimizar el impacto de la enfermedad en su vida (38,39). Se ha señalado que la edad opera como un criterio de prioridad, correspondiéndose como la única posible excepción de discriminación positiva en relación con los adultos (4,38,40). Otros criterios por considerar incluyen comorbilidades, el estado funcional previo y posibilidad de mejoría (4).

En el transcurso de la hospitalización del enfermo incompetente, el *estándar de proporcionalidad terapéutica* está reservado para aquellas situaciones críticas, donde entran en juego juicios de proporcionalidad, es decir, donde hay incertidumbre tanto en la efectividad del tratamiento y en el pronóstico. Se realiza con la aplicación de dos elementos: *futilidad* (decisión técnico-médica que incluye el nivel objetivo de la calificación moral de tratamiento) y el *principio de proporcionalidad* (entre los medios empleados y el resultado previsible). La decisión del primer elemento corresponde al equipo médico y las decisiones del segundo elemento, al equipo médico y la familia que son los agentes morales responsables (41).

Finalmente, es importante tener presente que este conjunto de reglas debe estar conjugado con una política institucional seria en materia de cuidados paliativos. En situaciones de triaje, en las cuales inevitablemente algunos pacientes no reciben un tratamiento potencialmente salvador, la institución debe realizar sus mejores esfuerzos por salvar estos pacientes, aun sin el recurso en cuestión y, si ello no es posible, debe ofrecerle cuidados paliativos adecuados (42).

La vacuna contra la COVID-19: una brecha en la justicia distributiva

La obtención de la vacuna contra la COVID-19 sería una auténtica carrera científica y tecnológica en la que participarían las grandes potencias internacionales y el capital privado; no por el prestigio y el reconocimiento del mundo entero, sino por un lugar en la construcción de la nueva hegemonía mundial. Así mismo, se mostraron grandes obstáculos relacionados con una tensión previa de intereses públicos y privados, legislaciones internacionales sobre los derechos de propiedad intelectual, vaivenes de la industria farmacéutica; la debilidad crónica de los Estados para garantizar a sus poblaciones el derecho a la salud, las acciones que cada país realizó para tratar la pandemia y lo relacionado a la vacuna, bajo la tesis de la defensa de su soberanía, en el paradigma de unas relaciones internacionales basadas en el multilateralismo (43). En septiembre 2020, el *Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre Inmunización*, describía un *Marco de valores de la OMS para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19*. Se señaló como objetivo general, que las vacunas debían ser un bien público que contribuyeran significativamente a la protección y la promoción equitativa del bienestar humano para toda la población mundial. Se mencionaron los principios de bienestar humano, respeto igualitario, equidad mundial, equidad nacional, reciprocidad y legitimidad; todos traducidos en grupos prioritarios para la vacunación: (I) Mayor prioridad, (II) Prioridad alta, (III) Prioridad media y (IV) Menor prioridad. Este marco complementaría los principios formulados para el mecanismo colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19 (COVAX) del Acelerador ACT (*Access to COVID-19 Tools*) (44). La *Hoja de Ruta del SAGE de la OMS para el Establecimiento de Prioridades en el Uso de Vacunas contra la COVID-19*, señalaba en enero 2022 que, a un año después de la aprobación de la primera vacuna, se habían administrado más de 9 000 millones de dosis en todo el mundo y el 48 % de la población mundial había recibido la serie de vacunación básica. Sin embargo, seguían existiendo profundas desigualdades en el acceso y la cobertura de las vacunas a nivel mundial, ya que algunos países informaron sobre

tasas de cobertura de vacunación inferiores al 5 % y otros superaban el 80 %. Recomendaron aumentar la cobertura básica y la dosis de refuerzo en los grupos prioritarios como una medida de mayor impacto en la reducción de hospitalizaciones y muertes, aunque se mencionó una compensación relativamente estrecha si se aumentara la cobertura básica en los adultos, adolescentes y niños no vacunados. También mencionaron que en países con menor cobertura se deberían alcanzar altas tasas de cobertura del esquema básico en los grupos prioritarios antes de ofrecer dosis a grupos de menor prioridad y, para los países con tasas de cobertura moderadas o altas, se recomendó dar prioridad a las dosis de refuerzo en los grupos de mayor prioridad antes de ofrecer las dosis de vacuna a los grupos de menor prioridad (45).

Por último, conseguir altas tasas de acceso y cobertura de las vacunas no solo depende de los suministros existentes, sino también de la aceptación de las vacunas (45), Rodríguez-Orejuela y col. (2021), analizan los sentimientos subyacentes en publicaciones de Twitter sobre la vacunación contra la COVID-19 en Colombia, mediante minería de datos y técnicas de *Machine Learning*, identificando sentimientos hacia las vacunas mayoritariamente negativos, como el miedo y la ira. Por otra parte, señalaron que las cuentas más relevantes pertenecen a medios de comunicación, políticos e *influencers*, los cuales se clasifican de acuerdo con los principales sentimientos respecto de la vacuna; entre ellos destacan la oposición al gobierno, con sentimientos de ira, y a medios de comunicación reconocidos, con emociones asociadas a la alegría (46). También existe la interrogante sobre *¿cuáles la mejor vacuna contra la COVID-19?*. González-Ortiz y col. (2022), refieren que determinar que una vacuna es mejor que otra, depende ampliamente del contexto o término bajo el que se evalúe. A pesar de que mencionan algunas de ellas en términos de eficacia, seguridad, dosis requeridas y precio; en cuanto a duración de la respuesta inmune, protección contra variantes del SARS-CoV-2 y cobertura poblacional de las vacunas, indican que hace falta realizar más estudios; concluyendo que no existe una vacuna ideal contra la COVID-19 (47).

CONCLUSIONES

La dignidad de la persona humana, sus derechos fundamentales y el bien común deben ser los tres elementos de valoración para una bioética, que como dice Diego Gracia (48), nos lleve a la deliberación, responsabilidad y prudencia en las decisiones para cada situación que muestre la vulnerabilidad humana, incrementada en estos tiempos de la COVID-19. La virtud de la solidaridad, responsabilidad y cuidado deben crear los vínculos que se requieren para ponderar y realizar las correcciones en principios bioéticos que permitan un *equilibrio de justicia* entre los ciudadanos, las sociedades y el medio ambiente y dar una respuesta a los problemas de la salud pública, derechos humanos y priorización en la asignación de recursos escasos. La COVID-19 nos ha mostrado que la salud global y todo lo demás depende de ello.

CONFLICTO DE INTERÉS

En cuanto a la presente revisión no ha habido ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Esquivel-Guadarrama J. Pandemia 2020. Algunas consideraciones éticas. *Rev Mex Anestesiología*. 2020;43(2):168-172.
2. Ortiz Trujillo D. La bioética en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Acad Fac Derecho Univer La Salle*. 2020;18(35):97-122.
3. Albert M. Vulnerabilidad y atención sanitaria: derecho y protocolos médicos. *Cuadernos de Bioética*. 2020;31(102):183-202.
4. Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M, Pincemin I, et al. Guías éticas para asignación de recursos. *Medicina (Buenos Aires)*. 2020;80(Supl 3):45-64.
5. PAHO. Washington: Weekly COVID-19 Epidemiological Update. Region of the Americas. [actualizado 15 marzo 2022; citado 17 marzo 2022]. Disponible en: <https://n9.cl/7th7a>
6. Monzón JM. El COVID-19 como riesgo global. *Rev Bio y Der*. 2020;50:295-313.
7. Parra-Pedraza M. COVID-19 ¿Un alivio temporal para el ambiente? *CienciAmérica*. 2020;9(2):299-311.

8. Ripple W, Wolf C, Newsome T, Gregg J, Lenton T, Palomo I, et al. World Scientists' Warning of a Climate Emergency 2021. *BioScience*. 2021;71(9):894-898.
9. Arcos P, Castro R. La construcción y evolución del concepto de catástrofe-desastre en medicina y salud pública de emergencia. *Index Enferm*. 2015;24(1-2):59-61.
10. PAHO. Washington: Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19); c2020 [citado el 15 marzo 2022]. p.10.
11. Vivanco L. UNESCO sobre el COVID-19: directrices éticas para una respuesta global. *Cuadernos de Bioética*. 2020;31(102):269-273.
12. Council of Europa. Estrasburgo: Déclaration du DH-BIO sur les considérations en matière de droits de l'Homme relatives à la pandémie de COVID-19. 2020 [citado el 15 marzo 2022]. p.4.
13. Cervera A, Saldaña M. Clinical investigation, and informed consent form in times of COVID-19 pandemic. A vision from the committee ethics of research. *Med Clin (Barc)*. 2021;157(9):e307-e308.
14. Bardi T, Gómez-Rojo M, Candela-Toha A, De Pablo R, Martínez R, Pestana D. Respuesta rápida a COVID-19, estrategias de escalada y desescalada para ajustar la capacidad suplementaria de camas de UVI a una epidemia de gran magnitud. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2021;68(1):21-27.
15. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Costa Rica: COVID-19 y derechos humanos: los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de derechos humanos y respetando las obligaciones internacionales; 2020 [citado el 5 marzo 2022]. Oficina de prensa; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://n9.cl/ifska>
16. Iribarra R. La bioética como soporte de la bioseguridad. *Acta Bioethica*. 2006;12(1):29-34.
17. Infomed. Cuba: Reflexiones sobre las lecciones aprendidas durante la pandemia. 2022 [citado el 15 abril 2022]. p. 11. Disponible en: <https://n9.cl/35s6o>
18. Amnistía internacional. Londres: COVID-19: Las muertes de personal sanitario ascienden al menos a 17 000, mientras las organizaciones piden una rápida distribución de las vacunas. [actualizado 5 marzo 2021; citado 12 abril 2022]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://n9.cl/o46gf>
19. WHO. Washington: The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. World Health Organization. 2021 [citado el 15 marzo 2022]. p.18. Disponible en: <https://n9.cl/k5zbc>
20. Fuentes D, Angulo-Bazán Y. Desafíos bioéticos en el contexto de la pandemia por el COVID-19 en Latinoamérica. *Rev Latinoame Bioética*. 2020;20(1):11-13.
21. Urbina-Medina H, Noguera D, Levy J, Carrizo J, Betancourt A. Comunicación efectiva y ética en casos de epidemias y pandemias. *Arch Venez Puer Ped*. 2016;79(4):113-117.
22. PAHO. Washington: COVID-19, consejos para informar, guía para periodistas. 2020 [citado el 15 marzo 2022]. p.20. Disponible en: <https://n9.cl/rldog>
23. Perín F, Toledo M, García J, Penengo M. Pandemia COVID-19 e infodemia: necesidad de alfabetización en salud. *Tendencias en Medicina*. 2021;30(59):47-53.
24. Mayo Clinic. Minnesota: Medicamentos para la COVID-19: ¿hay alguno que sea eficaz? [actualizado 3 abril 2022; citado 12 abril 2022]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://n9.cl/3k72>
25. Ortiz-Núñez R. Análisis altmétrico de la investigación sobre covid-19 publicada en 2020. *Rev Esp Document Cient*. 2022;45(2):1-15.
26. Salas S. Aspectos éticos de la epidemia del Coronavirus. *Rev Med Chile*. 2020;148:123-129.
27. Islam N, Sharp SJ, Chowell G, Shabnam S, Kawachi I, Lacey B, et al. Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. *BMJ*. 2020;370:1-10.
28. Ruiz-Pérez J, Aparicio J. Factores regionales asociados al incumplimiento de normas de convivencia en tiempos de Covid-19 en Colombia. *Rev Logos Cien Tecnol*. 2022;14(1):28-40.
29. Bellver C. Bioética, derechos humanos y COVID-19. *Cuadernos de Bioética*. 2020;31(102):167-182.
30. Lafferrière J. El COVID-19, la bioética y los derechos humanos: principios y cuestiones en juego. *La Ley [Internet]*. Abr 2020 [citado el 5 abril 2022]; [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://n9.cl/sxck>
31. PAHO. Washington: Uso de emergencia de intervenciones no probadas y fuera del ámbito de la investigación. Orientación ética para la pandemia de COVID-19. 2020 [citado el 15 marzo 2022]. p.11. Disponible en: <https://n9.cl/odspr>
32. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Madrid: Consideraciones bioéticas ante el Covid-19 de AEBI. 2015 [citado el 10 abril 2022]. [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://n9.cl/7g0o>
33. Soto L. Manual COVID-19 para equipos de salud. Escuela de Medicina [Internet]. Santiago de Chile: Universidad de Finis Terrae. 2020 [citado el 10 abril 2022]. Disponible en: <https://n9.cl/et7b3>
34. Concha M, Gómez P, Tuteleers F, Arzola M, Duffau G. Bioética en tiempos de pandemia COVID-19. *Neumol Pediatr*. 2020;15(2):358-361.
35. Solerno R, Andreatta P, Alvarez, D, Echelini, M, Campodónico R, Baikauskas G, et al. Bioética y pandemia. *Rev Hospital El Cruce*. 2020;(4):9-16.

36. Delia M. Sánchez. Nuevos y viejos dilemas y problemas éticos en época de pandemia. *Rev Urug Cardiol.* 2021;36:e406.
37. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Madrid: Algunas cuestiones éticas tras la pandemia por COVID-19 y sobre la situación que suscita la presencia de esta enfermedad en nuestra sociedad. 2015 [citado el 10 abril 2022]. [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://n9.cl/f20a>
38. Rojas Loyola G. Aspectos bioéticos de la atención de pacientes pediátricos con COVID-19. *Arch Venez Puer Ped.* 2020;83(Supl)(3):151-153.
39. Freitas LM. La convención internacional sobre los derechos del niño: apuntes básicos. *Educere artículos arbitrados.* 2008;42:431-437.
40. Comité de Bioética de España. Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. *Pers Bioet.* 2020;24(1):77-89.
41. González-Melado F, Di Prieto F. El estándar de proporcionalidad terapéutica: un nuevo contenido para el mejor interés estándar. *Cuadernos de Bioética.* 2020;31(101):19-42.
42. Rivera E, Abal F, Rekers R, Holzer F, Melamed I, Salmún D, et al. Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Rev Bio Der.* 2020;50:37-61.
43. González R, Juárez D. La carrera por la vacuna contra la COVID-19: ciencia y geopolítica para entender el camino. *CISS Seguridad Social para el Bienestar.* 2020. p. 28. Disponible en: <https://n9.cl/dw7jo>
44. PAHO. Washington: Marco de valores del SAGE de la OMS para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19. 2020 [citado el 15 marzo 2022]. p.16. Disponible en: <https://n9.cl/a7plx>
45. WHO. Washington: Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19. 2020 [citado el 15 marzo 2022]. p.26. Disponible en: <https://n9.cl/qqtfpt>
46. Rodríguez-Orejuela A, Montes-Mora C, Osorio-Andrade C. Sentimientos hacia la vacunación contra la COVID-19: panorama colombiano en Twitter. *Palabra Clave.* 2022;25(1):1-29.
47. González-Ortiz J, Orihuela-López D, Xibille-Friedmann D. Las vacunas contra la COVID-19, ¿cuál es la mejor? *Lux Médica.* 2022;17(49):1-18.
48. Gracia D. *Bioética mínima.* Madrid: Tricastela; 2019:185.