



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICA Y DE LA SALUD
CAMPO DEL CONOCIMIENTO BIOÉTICA

RESPUESTA EN EMERGENCIA ANTE “LA PANDEMIA POR VIRUS SARS-CoV-2 en MÉXICO”: ANÁLISIS BIOÉTICO, DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA SALUD: VACUNAS.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRIA EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

PRESENTA:
LUZ MARÍA DURÁN DE ALBA

TUTOR
DRA. JENNIFER HINCAPIE SÁNCHEZ
FACULTAD DE MÉDICINA U.N.A.M.
MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. CAROLINA CONSEJO Y CHAPELA
DR. GERMÁN FAJARDO DOLCI
FACULTAD DE MÉDICINA U.N.A.M.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, OCTUBRE, 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

RESPUESTA EN EMERGENCIA ANTE “LA PANDEMIA POR VIRUS SARS-CoV-2 en MÉXICO”: ANÁLISIS BIOÉTICO, DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA SALUD: VACUNAS.	4
I. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	4
I.I ONE HEALTH.....	5
I.II. GLOBALIZACIÓN.	6
I.III PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO.....	7
I.IV. VALORES ÉTICOS DURANTE UNA PANDEMIA.....	10
I.V. ¿POR QUE LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA “ATENCIÓN SANITARIA” DURANTE UNA PANDEMIA ES SUJETO DE ANÁLISIS BIOÉTICO?.....	13
I.VI. “EL DERECHO A LA SALUD”	15
I.VII. BREVE HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO.....	19
I.IX. MANEJO DE EPIDEMIAS Y PANDEMIAS ANTERIORES EN MÉXICO.	25
I.X. “LEY GENERAL DE SALUD”	26
I.XI. DESARROLLO DEL PLAN NACIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA DE INFLUENZA EN MÉXICO.	27
I.XII. PANDEMIA POR EL VIRUS DEL SARS-CoV-2 EN MÉXICO.....	29
I.XIII. SINDEMIA.....	31
I.XIV. OBJETIVOS.	33
I.XV. HIPOTESIS.....	33
I.XVI. JUSTIFICACIÓN.	33
I.XVII. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	34
I.XVIII. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.	34
CAPÍTULO II. FUNDAMENTANDO LA JUSTICIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD. JUSTICIA DISTRIBUTIVA Y LA RELACIÓN ENTRE JUSTICIA Y RESPONSABILIDAD.....	36
II.I. LA JUSTICIA COMO LIBERTAD CONTRACTUAL.....	39
II.II. LA JUSTICIA COMO IGUALDAD SOCIAL.....	41
II.III. LA JUSTICIA COMO BIENESTAR COLECTIVO.	42
II.IV. LA JUSTICIA COMO EQUIDAD.	43

I.V. LA SALUD COMO BIEN SOCIAL PRIMARIO.	55
II.VI. JUSTICIA DISTRIBUTIVA.	55
II.VII. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE ASISTENCIA SANITARIA.....	58
II.VIII. LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS ESCASOS. LA JUSTICIA COMO UTILIDAD PÚBLICA.....	60
II.IX. LA ÉTICA KEYNESIANA.	63
II.X. EL IGUALITARISMO SANITARIO.	66
CAPÍTULO III. VACUNACIÓN EN MÉXICO CONTRA COVID-19.	72
III.I. DESARROLLO CLÍNICO DE VACUNAS.	77
III.II. DERECHO A LA CIENCIA. DERECHOS Y OBLIGACIONES.....	79
III.III. PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL EN MÉXICO.....	80
III.IV. BREVE HISTORIA DE LA VACUNACIÓN EN MÉXICO.	82
III.V. DESABASTO DE VACUNAS EN MÉXICO.	85
III.VI. VACUNACIÓN DURANTE LA “PANDEMIA POR COVID-19”.....	86
III.VII. GRUPO TÉCNICO ASESOR DE VACUNAS EN MÉXICO.....	94
III.VIII. ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN.	96
III.X. VACUNACIÓN CONTRA “COVID-19” EN NIÑOS.....	99
III.XI. OTROS PROBLEMAS ÉTICOS EN RELACIÓN CON LA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19.	100
IV. CONCLUSIONES.....	101
V. BIBLIOGRAFIA.	106

RESPUESTA EN EMERGENCIA ANTE “LA PANDEMIA POR VIRUS SARS-CoV-2 en MÉXICO”: ANÁLISIS BIOÉTICO, DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA SALUD: VACUNAS.

I. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

Se podría considerar, o al menos así lo creía yo, que, en la actualidad, con todos los avances tecnocientíficos, sería difícil que surgiera una pandemia de la magnitud de la que aún estamos viviendo. Pensaba que eso era algo del pasado, algo asociado a personas que carecían de medidas básicas de higiene y de servicios primarios como agua, saneamiento, electricidad, sin mencionar el acceso a internet, que también sirvió para difundir noticias falsas. En un mundo cada vez más interconectado y globalizado, donde se puede estar al otro lado del planeta en cuestión de horas, no solo a través de vuelos transatlánticos, sino también gracias a las telecomunicaciones. Sin embargo, resulta que las enfermedades pueden ser transportadas por personas que viajan en barco o avión, como sucedió con la viruela que los conquistadores españoles trajeron a nuestra nación y que fue la causa de la caída del imperio azteca. No es excepcional que en esta ocasión también sea un virus el que esté causando estragos.

Entonces, ¿cómo era posible que estuviéramos siendo afectados por una enfermedad infecciosa y contagiosa nueva de la cual no sabíamos nada? Incluso peor, no había forma de prevenirla ni existía un tratamiento específico. ¿Un virus nuevo? Nuevo para los seres humanos, ya que era propio de otras especies animales no humanos con las que compartimos el planeta, como las ratas que Albert Camus describió en su obra literaria “La peste”.

Así que este trabajo de investigación trata precisamente de esto. Comenzaré narrando los eventos tal como ocurrieron a nivel mundial y, en particular, en México, y analizaré por qué lo sucedido plantea aspectos que deben ser revisados desde una perspectiva bioética.

Existen microorganismos que pueden infectar a los seres humanos y causar enfermedades, representando una amenaza constante para la salud pública.

Cuando estos organismos se propagan más allá de su entorno natural o región geográfica, provocando enfermedades y muertes en todo el mundo, se dice que tienen potencial pandémico.

“Un escenario ideal sería contar con una vacuna específica que proporcione protección”. Sin embargo, en caso de desconocer el virus, las intervenciones en salud pública se centran en detener la pandemia en etapas tempranas, con acciones que incluyen el uso profiláctico de antivirales, implementar estrategias para reducir las tasas de infección en la población (como el distanciamiento social) y difundir entre las personal medidas básicas de higiene para evitar la propagación de la enfermedad (como el uso de mascarillas, lavado de manos, buena alimentación y ejercicio). La efectividad de estas políticas depende de la rapidez con la que se diagnostiquen los casos clínicos y se distribuyen los antivirales.¹

Es importante destacar que algunos virus tienen como huésped principal a animales no humanos y, debido a su capacidad de mutar y replicarse, pueden pasar de una especie a otra, infectando a los seres humanos. Por eso, es relevante el concepto que explicare a continuación: “One Health” (una sola salud). El virus del SARS-CoV-2 es un ejemplo claro de esto era un virus propio de murciélagos, que mutó y saltó a infectar a un pangolín, que un humano se comió en una sopa en un mercado de Wuhan, China.

I.I ONE HEALTH.

Este concepto se origina a partir de los cambios y desafíos en la salud que han surgido debido a las interacciones entre personas, animales, plantas y el medio ambiente. Existen tres hechos que están involucrados en estos cambios:

1. El crecimiento de la población humana y su expansión hacia nuevas áreas geográficas ha facilitado el contacto entre seres humanos y animales, tanto

¹ Programa sectorial de salud. Gobierno de México (2013-2018). Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes sociales. <http://evaluación.ssm.gob.mx>

salvajes como domésticos, lo que ha aumentado la transmisión de enfermedades de estos animales a los humanos, conocidas como zoonosis. Compartimos alrededor de 300 enfermedades, por lo que es fundamental cuidar la salud de estos animales para preservar la salud pública. De hecho, el 75% de los agentes patógenos responsables de enfermedades infecciosas emergentes en los seres humanos tienen su origen en animales.

2. El cambio climático, el uso de la tierra, la deforestación y el aumento de la ganadería también desempeñan un papel importante. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la ganadería produce más gases de efecto invernadero que el sector del transporte y contribuye a la deforestación debido al consumo excesivo de agua y la contaminación del suelo a través de los excrementos, que contienen antibióticos y otros residuos. La deforestación resultante provoca la pérdida de hábitats para millones de especies, que buscan nuevos espacios cada vez más cerca de los seres humanos, lo que aumentará el riesgo de zoonosis.
3. El movimiento global de personas, animales y alimentos también juega un papel significativo. El aumento de los viajes internacionales facilita la rápida dispersión de enfermedades y vectores de transmisión.²

I.II. GLOBALIZACIÓN.

Habiendo discutido la interacción entre seres humanos, plantas y animales, es importante abordar el tema de la globalización en el ámbito de la salud, como se expone a continuación. La globalización puede definirse como una situación de gran interdependencia y conexión entre diferentes sociedades y diversos aspectos de la vida social humana. Es un fenómeno impulsado por los avances en tecnología de la comunicación, informática y comercio internacional, que ha dado lugar a una economía global. Ha existido durante muchos años y se refiere a la expansión y colonización de unos imperios hacia otros. También ha promovido la difusión

² FAO (2022). Recuperado el 27 de marzo del 2023. <https://www.fao.org/3/cc0573en/cc0573en.pdf>

generalizada de valores de una cultura occidental, predominantemente la estadounidense. Además, ha tenido un impacto en el campo de la salud pública, convirtiendo la salud en un tema político. (Páez, 2018). Un efecto indeseado de la globalización ha sido la propagación de enfermedades transmisibles debido al rápido movimiento de bienes y personas a través de las fronteras, lo que aumenta exponencialmente la propagación de contagios. Como resultado, los Estados han adoptado regulaciones internacionales para abordar los problemas en el ámbito de la salud. La pandemia de influenza H1N1 en 2009 contribuyó a la percepción de una interdependencia global entre los entornos humano, animal y viral, con el potencial de generar problemas a nivel mundial (Villareal, 2019).

I.III PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO.

En la provincia de Wuhan en China, se alertó sobre la alta incidencia de neumonía atípicas en invierno del 2019. Se reveló que el agente causal era un coronavirus, que recibió el nombre de SARS-CoV-2 (Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave) y es el agente etiológico de la enfermedad infecciosa conocida como COVID-19.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al COVID-19 como pandemia el 11 de marzo del 2020. En México el primer caso se reportó el 27 de febrero del 2020”.

Los sistemas de salud de todo el mundo se vieron abrumados rápidamente y la escasez de recursos para la atención médica hizo necesario implementar pautas para la asignación de recursos limitados. La toma de decisiones en situaciones de emergencia en salud pública conlleva una carga ética y moral.

La preparación y respuesta ante emergencias de salud pública es un campo relativamente nuevo y conlleva complejidades éticas que surgen en tiempo real, desde la adopción de medidas preventivas hasta la mitigación del daño, la reducción de la morbilidad y mortalidad, y la sostenibilidad de la infraestructura social,

económica y política. Además del papel crucial del sector salud, también participan otras dependencias, como las encargadas de la seguridad nacional, así como miembros de la comunidad.

El proceso de preparación y respuesta ante una emergencia puede dividirse en cuatro fases:

1. Mitigación. Consiste en evaluar la amenaza potencial y tomar medidas para prevenir un impacto masivo en la salud pública.
2. Preparación. Implica mejorar la capacidad de los gobiernos, instituciones y comunidades para responder a emergencias sanitarias, como tener suficientes reservas de medicamentos no solo para la emergencia actual, sino también para mantener los tratamientos existentes para otras enfermedades.
3. Respuesta. Son las acciones tomadas durante la emergencia para proteger a la población y al medio ambiente. Por ejemplo, imponer cuarentenas a la población para evitar la propagación de enfermedades infecciosas.
4. Recuperación. Son las acciones que se llevan a cabo para regresar a la normalidad después de la emergencia. (Meltzer,2019).

Los dilemas éticos surgen en cualquier fase de una emergencia en salud pública, como la asignación de recursos o la restricción de las libertades individuales durante la fase de la mitigación. La parte más tensa de la preparación y respuesta es decidir a quién se asignan los recursos, como medicamentos, vacunas, ventiladores, camas de hospital y personal médico. Esto se relaciona con la justicia distributiva, donde se deben priorizar a ciertos miembros de la población afectada sobre otros. Tomar decisiones en este sentido puede resultar complicado al intentar responder preguntas como ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde? Y ¿a quién? Deben asignarse estos recursos.

Para contar con un sistema de salud resiliente, es necesario considerar las tres R: racionamiento, restricción y responsabilidad. Además, existen otros dilemas éticos relacionados con la limitación de las libertades individuales, la restricción de la autonomía y la protección del personal de salud. Las autoridades estatales y de salud pública tienen la responsabilidad ética y legal de proteger la salud de las comunidades tomando decisiones agresivas para detener la propagación de una enfermedad pandémica.

Estas medidas pueden incluir el aislamiento, la cuarentena, las restricciones de viaje y otras intervenciones médicas, apelando a la cooperación de las personas o incluso haciendo uso de la legislación para obligar a los individuos a someterse a exámenes médicos, vacunarse y recibir otros tipos de intervención médica.

Cuando se declara una emergencia sanitaria, se establece un estado de excepción, el cual está contemplado en el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este artículo establece que, en casos de invasión, perturbación grave de la paz pública o cualquier otra situación que ponga a la sociedad en peligro o conflicto, solo el presidente de México, en coordinación con los titulares de las Secretarías de Estado, los Departamentos administrativos y la Procuraduría General de la República, con la aprobación del Congreso de la Unión o, en su caso, de la comisión permanente, puede suspender en todo el país o en un lugar específico las garantías individuales que obstaculicen hacer frente de manera rápida y efectiva a la situación. Sin embargo, esta suspensión debe tener un límite de tiempo, aplicarse mediante disposiciones generales y no puede afectar a un individuo específico.³

Esta exigencia es relevante debido a que implica la suspensión o restricción de los derechos fundamentales de las personas, conocida en México como la suspensión

³ (2020) Guía Jurídica por afectaciones derivadas del COVID-19. Octubre 25,2021, de Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM sitio web <https://www.juridicas.unam.mx>

de garantías. No obstante, esta medida excepcional debe regirse por el principio de proporcionalidad, para que su aplicación sea racional.

Durante el confinamiento, es importante brindar medidas de seguridad, cubrir las necesidades básicas como alimentos y agua, y brindar apoyo psicosocial en la medida de lo posible, dado el impacto que el aislamiento tiene en la economía y el empleo.

El éxito de las medidas de aislamiento y cuarentena también depende del ciclo de vida del patógeno, su forma de transmisión, el periodo de incubación, la duración del periodo de contagio en el huésped, la existencia de un periodo asintomático y la supervivencia del agente patógeno en el ambiente o las superficies. Estos factores son críticos para determinar la adecuación y efectividad de las medidas restrictivas de salud pública.

I.IV. VALORES ÉTICOS DURANTE UNA PANDEMIA.

Es fundamental conocer que segmentos de la población son vulnerables en términos de problemas médicos preexistentes y desventajas sociales. Las desigualdades en salud tienen causas económicas, políticas e incluso científicas, pero no se pueden analizar sin considerar la ética, es decir, el valor que otorgamos a la salud de las personas.

La ética desempeña un papel importante en el análisis de los valores humanos, implicados durante una pandemia. El Departamento de Ética de la Universidad de Toronto ha propuesto valores sustantivos y procesales para abordar una pandemia.

Valores sustantivos:

1. Libertad individual: Durante una crisis de salud pública, pueden ser necesarias restricciones a la libertad individual para proteger a las personas.

2. Proporcionalidad: La medida para proteger al público deben ser proporcionadas y orientadas a prevenir el daño, sin excederse.
3. Privacidad: Todo paciente tiene derecho a la privacidad, a la protección de su salud y a evitar la estigmatización.
4. Obligación de brindar atención: Es inherente al personal de salud.
5. Reciprocidad: La población en general tiene la obligación de apoyar al sistema de salud para evitar cargas innecesarias.
6. Equidad: Todos los pacientes tienen derecho a recibir atención médica y hospitalaria en igualdad de condiciones. Se debe considerar a los pacientes afectados por enfermedades relacionadas con la pandemia, así como a aquellos que estaban recibiendo atención por otras enfermedades o esperando cirugías electivas. Estos aspectos son importantes al realizar una reconversión hospitalaria.
7. Confianza: Es fundamental mantener a la población informada de manera transparente sobre el estado de la pandemia para garantizar su seguridad, así como informar a los familiares de los pacientes hospitalizados sobre el estado de salud de sus seres queridos.
8. Solidaridad: Existe una solidaridad global entre naciones, que implica tomar medidas de manera conjunta en términos de protección, seguridad nacional y cierre de fronteras para controlar la propagación de la enfermedad. Además, implica colaborar en investigaciones científicas, compartir nuevas tecnologías, vacunas, entre otros aspectos.
9. Responsabilidad: Es importante considerar las consecuencias de las acciones y la inacción.
10. Justicia. Se debe garantizar la distribución justa de los recursos.

Estos valores éticos sustantivos y procesales juegan un papel clave en la toma de decisiones durante una pandemia ya que nos guían para abordar desafíos éticos y garantizar que las acciones tomadas sean equitativas, proporcionales y respeten los derechos y la dignidad de las personas.

Valores procedimentales:

1. Administración: El papel de los gobiernos en tomar decisiones éticas al distribuir recursos y comunicarse efectivamente.
2. Toma de decisiones basada en la razón, principios, evidencias y valores, teniendo en cuenta la opinión de los expertos.
3. Apertura y transparencia: El proceso de toma de decisiones durante una pandemia debe ser abierto al escrutinio, exponiendo las bases sobre las cuales se tomaron ciertas decisiones.
4. Inclusión: Mantener a todas las partes interesadas informadas y trabajar en conjunto.
5. Sensibilidad: Revisar constantemente las acciones tomadas con base a la actualización de conocimientos e información nueva sobre la pandemia.
(Meltzer, 2019).

Al hablar de justicia distributiva en la asignación de recursos durante una pandemia, debemos considerar en primer lugar al personal de salud, no solo a los médicos, sino a todos los que trabajan en el sistema de salud, como enfermeras, técnicos de laboratorio y personal de intendencia. Podemos hablar del principio de beneficencia en su labor, ya que trabajan en beneficio de la salud del público en general. Se les debe proporcionar capacitación para protegerse y evitar el riesgo de contagio, ya que son susceptibles de contraer la enfermedad e incluso fallecer. También pueden contagiar a otros miembros de su familia, por lo que deberían contar con equipos de protección personal. No debemos olvidar que el personal de salud es una parte integral de la respuesta ante una emergencia durante una crisis sanitaria, por lo tanto, deben tener prioridad en el acceso a vacunas. En caso de enfermarse, también deberían ser puestos en primer lugar para recibir tratamiento, acceso a camas de hospital y ventiladores. De ser posible, se les debería apoyar con estímulos económicos y aumentos salariales por su arduo trabajo.

En la respuesta ante una emergencia sanitaria, hablemos del concepto de “hospital seguro”. “Un hospital seguro” para enfrentar desastres es una política nacional para

reducir riesgos, y que garantiza la capacidad del hospital para seguir funcionando en situaciones de emergencia, es parte de un sistema de salud resiliente. En 2005, la “Organización Panamericana de la Salud (OPS)” solicitó a los Estados miembros, incluido México, que instauraran esta iniciativa. “El hospital seguro se define como establecimientos de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a plena capacidad con su infraestructura intacta inmediatamente después de un fenómeno destructivo de origen natural”. Esta definición se aplica a todos los establecimientos de salud, no solo a hospitales de alta complejidad, y requiere que las rutas de acceso y entrada al establecimiento estén en buenas condiciones. El funcionamiento del hospital debe mantenerse sin colapsar, los equipos deben permanecer en su lugar y las instalaciones como el suministro de agua, electricidad y gases deben estar operativas. Además, se requiere que el personal esté capacitado y trabajando al máximo de capacidad instalada.⁴

I.V. ¿POR QUE LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PARA LA “ATENCIÓN SANITARIA” DURANTE UNA PANDEMIA ES SUJETO DE ANÁLISIS BIOÉTICO?

La distribución de recursos para la “atención sanitaria” durante una pandemia, es un tema sujeto de análisis bioético. Durante una pandemia están en juego temas que tienen repercusiones éticas como, el acceso a la atención sanitaria, decisiones tomadas por los prestadores de servicios de salud como, por ejemplo, la atención en el servicio de urgencias.

Empezaremos por definir qué es la bioética. Según la Enciclopedia de Bioética de 2004, “la bioética es el estudio sistemático de la dimensión moral que incluye la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas relacionadas con la atención de la salud y las ciencias de la vida, utilizando una variedad de metodologías éticas en un marco interdisciplinario”. Las disciplinas que contribuyen a la construcción de la bioética incluyen la biología, la medicina, la antropología, la ética, el derecho, la ecología, la sociología y la política.

⁴ <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/hospitales-seguros>

El término “bioética” fue utilizado por primera vez por Fritz Jahr en 1927 cuando publicó su artículo titulado “Bio-ética: una perspectiva de las relaciones éticas entre los seres humanos, los animales y las plantas”. Sin embargo, este trabajo no tuvo la difusión esperada entre los intelectuales de la época debido a diversos factores, como la problemática política de Europa en ese momento y la publicación de trabajos de autores más populares de la época, como Heidegger.

No fue hasta la década de 1970 cuando Van Rensselaer Potter publicó su libro titulado “Bridge to the Future”, en el que hablaba de la interacción entre los seres humanos y la naturaleza, así como las implicaciones futuras debido al rápido avance de la ciencia y tecnología. Desde entonces, la bioética se ha convertido en un campo de estudio cada vez más relevante en el análisis de cuestiones éticas relacionadas con la salud y las ciencias de la vida.

La bioética, como cualquier disciplina, tiene diferentes metodologías de estudio para diversos casos. Algunos autores como Beauchamp y Childress han propuesto una serie de principios que sirven como pautas de conducta para abordar los problemas y dilemas bioéticos. Estos principios incluyen: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Estos principios no se aplican de forma aislada en situaciones no cotidianas, sino que interactúan entre sí y deben ser especificados y ponderados. (Gracia, 2007).

Así, tenemos que la no maleficencia está relacionada con el principio general de tratar a todos los seres humanos con igual consideración y respeto, evitando causarles daño. La justicia, al igual que la no maleficencia, se basa en tratar a las personas con igualdad y respeto, pero se enfoca en el ámbito social, garantizando la igualdad de oportunidades y evitando la discriminación en la atención sanitaria.

La autonomía implica considerar que todos los seres humanos son capaces de tomar decisiones que afectan su proyecto de vida, fomentando la participación de

los pacientes en el proceso terapéutico y en la toma de decisiones. Por último, la beneficencia implica la obligación de hacer el bien, determinando su contenido a través del acuerdo entre quien lo realiza y quien lo recibe, priorizando el beneficio y minimizando los riesgos. (Páez 2002).

“Paulette Dieterlen” nos plantea la importancia de abordar la cuestión de la justicia distributiva en el ámbito de la salud y nos plantea la siguiente pregunta: ¿Quiénes son los individuos adecuados para recibir ciertos bienes y quiénes tienen la responsabilidad de proporcionarlos? Al relacionar la salud con la filosofía, se abre un espacio en la bioética donde los criterios de justicia distributiva se aplican a problemas relacionados con la salud.

“La justicia distributiva en el campo de la salud es compleja debido a que la asignación de recursos en este sector a veces implica decisiones trágicas relacionadas con la vida y la muerte”. (Dieterlen,2015)

Estos principios éticos básicos deben promoverse dentro del marco de la solidaridad y la responsabilidad, con el objetivo de avanzar hacia la paz y una sociedad más justa. Su aplicación se traduce en el movimiento de la sociedad hacia un estado de bienestar, integrando los principios en una ética del cuidado y en el proceso civilizatorio hacia el reino de los fines. (Rendortoff, 2020).

I.VI. “EL DERECHO A LA SALUD”.

El derecho a la salud es un componente de los derechos humanos de primera generación y está estrechamente relacionado con la bioética y las ciencias de la vida y la salud.

“La Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, promulgada el 10 de diciembre de 1948, establece en su artículo 22 que toda persona tiene derecho a la seguridad social y a satisfacer los derechos económicos, sociales y culturales necesarios para su dignidad y desarrollo personal. En el

artículo 25, se reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado, que incluye la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

La primera generación de derechos humanos dio lugar al reconocimiento del derecho a la salud, mientras que la segunda generación se enfocó en el derecho a la asistencia sanitaria. El primero es un derecho negativo, en el sentido de que el Estado tiene la obligación de protegerlo, mientras que el segundo es un derecho positivo que el Estado debe garantizar. Esto llevó a considerar la asistencia médica como un derecho exigible en términos de justicia, convirtiendo la salud en una cuestión de política de justicia social y no solo de política pública.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, se establecieron diversas medidas relacionadas con la protección de los trabajadores y la salud. A partir de 1985, se incluyó en el artículo cuarto el reconocimiento del derecho a la protección de la salud.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la salud como un derecho fundamental y la define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, más allá de la mera ausencia de enfermedad. La salud se considera crucial para lograr la paz y la seguridad, y la OMS promueve el disfrute del más alto nivel posible de salud para todas las personas”.

Antes de abordar la sectorialización de la salud en México, es importante hablar sobre las “Determinantes Sociales de la Salud (DSS). En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió las DSS como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Estas circunstancias son el resultado de la distribución de dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende de políticas adoptadas dentro de las naciones y que están marcadas por desigualdades entre estados, regiones y localidades con diferentes niveles de ingresos económicos, lo cual limita el desarrollo humano de las personas.

Según el “Índice de Desarrollo Humano utilizado por las Naciones Unidas, hay tres indicadores principales; ingreso, educación y atención de la salud”.

Siguiendo el principio de justicia distributiva, el Estado tiene la obligación de proporcionar servicios de salud a los ciudadanos. Sin embargo, la distribución de recursos para la salud, cada vez más condicionada por decisiones económicas y políticas, afecta los lineamientos tradicionales de los principios de beneficencia y justicia que deben guiar la actuación médica. Tanto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como la ley General de Salud mencionan dos valores presentes en las teorías de justicia distributiva: universalidad e igualdad.

Otro principio importante en las teorías distributivas de la salud es la responsabilidad, que se menciona en la Ley General de Salud al referirse a las actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, mejora y restauración de la salud.

En el documento sobre atención primaria elaborado por la “OMS en 1978, además de ratificar la definición de salud, se añade lo siguiente: los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, una obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, una obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. El objetivo debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen, para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo basado en el principio de justicia social” (Alma-Ata, OMS, 1978).

Lo anterior deja claro que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la salud de sus ciudadanos. En el caso de pandemias, si los Estado no cuentan con la capacidad en servicios de salud, acceso a medicamentos, desarrollo tecnológico,

etc., para hacerles frente, se les puede imputar la falta de programas de respuesta ante crisis sanitarias. Además, también es responsabilidad del Estado brindar asistencia a otros Estados en caso de una pandemia, y es importante mencionar que México tiene experiencia histórica en el manejo de pandemias.

Por supuesto, el derecho a la salud depende de las posibilidades económicas del Estado para proporcionar diversos tipos de servicios de salud. Podemos estar de acuerdo en que la provisión de salud está estrechamente vinculada a factores como la pobreza, un entorno saludable, las condiciones de higiene en los hogares, la desigualdad, entre otros.

En cuanto a la sectorialización de los servicios de salud en México, existen graves desigualdades en la atención médica entre la medicina pública y la privada. Las personas con empleo formal tienen acceso a servicios de salud asegurados por la medicina pública, en comparación con aquellos que no cuentan con ningún servicio de salud, solo el 2.8% del Producto Interno Bruto (PIB) en gasto público, es destinado al sector salud en México, lo que resulta en un gasto directo del bolsillo de los ciudadanos del 45% (gastos catastróficos en salud) y en un gran déficit de personal en el sistema público de salud (Páez, 2021).

En México, los servicios de salud se dividen entre los sectores público y privado. En el sector público se encuentran las instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR), así como las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social, como la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el Programa IMSS- Bienestar (IMSS-O) y el seguro popular, que posteriormente fue sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). (Gómez, 2011).

El sector privado engloba a las compañías de seguros y a los proveedores de servicios que operan en consultorios, clínicas y hospitales privados.

El sistema de salud en México ofrece beneficios de salud muy diferentes según el grupo de población al que se pertenezca. Existen diferentes grupos de beneficiarios en las instituciones de salud:

1. Trabajadores asalariados, jubilados y sus familias, que son atendidos por el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) y el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).
2. Personas que trabajan por cuenta propia, empleados informales, desempleados y aquellos que están fuera del mercado laboral y sus familias. Este grupo de población recurre a los servicios de la SSA (Secretaría de Salud), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el IMSS-B (Programa IMSS- Bienestar).
3. Población con capacidad de pago, que puede acceder a los servicios de salud privados.

Los servicios brindados por las instituciones de seguridad social se financian mediante contribuciones del empleador, contribuciones del trabajador y contribuciones gubernamentales. Por otro lado, la SSA se financia principalmente con recursos del gobierno federal, así como con aportaciones de los gobiernos estatales y pagos que los usuarios realizan al recibir atención médica. (Gómez, 2017).

I.VII. BREVE HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO.

El Consejo Superior de Salubridad, precursor de la Secretaría de Salud, desempeñó un papel fundamental en el desarrollo del sistema de salud en México. En 1981, se redactó el primer código sanitario bajo la presidencia de Porfirio Díaz Mori. Este código establecía políticas públicas que incluían el aislamiento de personas con enfermedades transmisibles y la eliminación de animales expuestos a dichas infecciones (como la tifoidea, que era endémica en ese momento en la Ciudad de

México). Además, se promovió la higiene, se introdujo agua potable en las principales ciudades del país y se llevaron a cabo estudios químicos para garantizar su consumo seguro. También se construyeron sistemas de drenaje. En aquellos momentos, la salud pública enfrentaba grandes desafíos debido a las enfermedades infectocontagiosas que afectaban a la población.

En 1888, Eduardo Liceaga, al frente del Consejo Superior de Salubridad, fundó el Instituto Antirrábico, donde se logró producir la vacuna contra la rabia, marcando así el inicio de la fabricación de vacunas en el país. En 1905, como parte del programa de beneficencia, se inauguró el Hospital General de México, que lleva su nombre, y se establecieron institutos de salud e investigación científica en México. También se realizaron reformas al Hospital Juárez y al manicomio La Castañeda. Entre otras políticas de salud pública, se logró erradicar la fiebre amarilla y el paludismo en el país. Lamentablemente, la investigación científica se vio frenada durante la Revolución Mexicana. El código sanitario mencionado estuvo en vigor hasta 1917. (Ruíz Pérez, 2017).

En 1917, el Congreso Constituyente estableció un órgano técnico y administrativo de alto nivel, el Consejo de Salubridad General. Fue creado para que el Estado mexicano contara con una entidad ejecutiva capaz de reaccionar rápidamente y de manera efectiva ante diversas amenazas graves para la salud de la población. El Consejo tiene la responsabilidad de contribuir a la conservación y promoción de la salud pública en el país. Dependen directamente del presidente de la República y se le otorga autoridad sanitaria con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Se buscó que las decisiones no estuvieran influenciadas por las preferencias políticas del presidente, sino que se tomaran desde una perspectiva técnica, a través de un equilibrio de poderes dentro del poder ejecutivo.

Su función ha sido entendida principalmente como consultiva y no se le ha dado la autoridad ejecutiva para imponer medidas definitivas y vinculantes durante la pandemia actual.

Entre sus principales facultades en el contexto de una contingencia sanitaria se encuentran (Artículo 17 de la Ley General de Salud):

1. Aprobar acuerdos y disposiciones generales de cumplimiento obligatorio en el país en materia de salubridad general.
2. Emitir y publicar en el Diario Oficial de la Federación las declaratorias en casos de enfermedades graves que presenten una emergencia o amenacen la seguridad nacional.
3. Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y formación de recursos humanos en salud.
4. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema de Salud.
5. Presentar opiniones y hacer sugerencia al Ejecutivo Federal para mejorar la eficiencia del Sistema de Salud.
6. Emitir medidas necesarias para combatir enfermedades transmisibles.

El Consejo de Salubridad General está integrado por directores de universidades, secretarios de salud de algunas entidades federativas, directores de diferentes instituciones de salud del país, secretarios de estado, entre otros.⁵

“La fracción XIV del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” establece lo siguiente:

1. El Consejo de Salubridad General estará bajo la directa dependencia del presidente de la República sin la intervención de ningún departamento gubernamental, y las regulaciones generales que emita serán de obligatorio cumplimiento en todo el país.
2. En situaciones de epidemias graves o riesgo de propagación de enfermedades exóticas en el país, la “secretaría de Salud” estará obligada a establecer de inmediato las medidas preventivas necesarias, sujetas a posterior aprobación por parte del “presidente de la República”.

⁵ Consejo de salubridad general.www.csg.gob.mx

3. La autoridad de salud será de carácter ejecutivo y sus disposiciones deberán ser acatadas por las autoridades administrativas del país. (Zuani,2020).

“Entre 1917 y 1943”, se implementaron políticas de salud en México con el objetivo de destinar cada vez más recursos para tratar diversas enfermedades y abarcar a la mayor cantidad de población posible. Estas políticas surgieron como respuesta a las epidemias a las que la población quedó expuesta después de la “Revolución Mexicana”. En ese periodo se estableció el Departamento de Salubridad y se llegó a un acuerdo sobre las responsabilidades en casos de enfermedades y accidentes laborales. En el “artículo 123 de la Constitución, se obligó a los empleadores a garantizar la atención médica de sus trabajadores”. El propósito era estabilizar las relaciones laborales en términos de justicia, eficiencia y productividad, aunque no se buscaba lograr un bienestar social universal. Los servicios de salud dejaron de ser exclusivos para los empleados asalariados y se extendieron a la población rural durante el gobierno de Lázaro Cárdenas del Río, en el cual surgieron clínicas y hospitales de los Servicios Médicos Ejidales.

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública y en 1943 se fundó la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En su informe al H. Congreso de la Unión el 1 de septiembre de 1943, el presidente de la República, General Manuel Ávila Camacho, expresó que “una de las mayores desgracias que el ser humano sufre en la Tierra es la insalubridad. Mientras la salud sea un lujo, nuestra unidad nacional no alcanzará la trascendencia que buscamos”. El 15 de octubre del mismo año se emitió el decreto para la creación de la nueva Secretaría, que estaría a cargo del Dr. Gustavo Baz Prada. El decreto establecía directamente la tarea de “proteger a los ciudadanos contra los males que puedan afectar y hasta destruir su existencia”.

El Dr. Gustavo Baz Parada, como responsable de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, promovió el servicio social y la construcción de una extensa red de hospitales en todo el país, además de la creación de becas para que jóvenes médicos pudieran acceder a programas de especialización. Durante el gobierno del

General Lázaro Cárdenas, se logró establecer el “Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)”. Y el primer Instituto Nacional de Salud, el “Hospital Infantil de México, que ahora lleva el nombre de su fundador, Federico Gómez”

En el sistema de salud mexicano se reconocen tres reformas importantes: la primera ocurrió en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la segunda tuvo lugar desde el punto de vista jurídico al incorporarse el derecho a la salud en el “artículo 4º de la Constitución”, y la tercera reforma se implementó con el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud y su componente operativo, el Seguro Popular, en 2003. (Fajardo, 2018).

En 1959 se fundó el “Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)”. En 1976, en un intento por ampliar la cobertura del “IMSS”, se estableció el programa conocido como “IMSS-CONASUPO”. Una década después, se creó el programa “IMSS-COPLAMAR”, que actualmente se conoce como “IMSS-OPORTUNIDADES”. En 1983 se promulgó el derecho constitucional a la salud y se estableció por primera vez un sistema de salud nacional para garantizarlo. Como parte de este cambio, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre a Secretaría de Salud.

En 1985, se inició el proceso de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, el cual se completó en el año 2000. Durante ese periodo, Guillermo Soberón Acevedo ocupaba el cargo de titular de la “Secretaría de Salubridad y Asistencia”. En el mismo año, el sistema de salud mexicano enfrentó el devastador desafío del terremoto del 19 de septiembre, que resultó en la pérdida de 5,000 camas de hospital de las 18,000 existentes en ese momento en el área metropolitana del país. En 1987, se creó el “Instituto Nacional de Salud Pública”.

En el año 2002, se fortaleció la protección social en materia de salud en México. Tras identificar la falta de capacidad de respuesta a las necesidades de salud, se diseñó una política de protección sanitaria llamada “sistema de protección social en

salud”, que incluyó una enmienda al “artículo 4º Constitucional” y estableció el programa del “seguro popular” en 2003. Este programa tenía como objetivo beneficiar a la población no cubierta por las instituciones de salud mencionadas antes, especialmente a aquellos en situación de extrema pobreza. Se propuso un esquema de contribución por parte de los gobiernos estatales, el gobierno federal y las familias, excepto aquellas en situación de extrema pobreza. Los tres objetivos principales del programa piloto fueron:

1. Brindar protección financiera a la población sin seguridad social a través de la opción de un seguro público en materia de salud.
2. Fomentar una cultura de prepago entre los beneficiarios del “Seguro Popular”.
3. Reducir el número de familias que caen en la pobreza cada año debido a gastos de salud.

El “Seguro Popular” era un seguro público y voluntario que proporcionaba paquetes de servicios de salud, incluyendo diagnóstico, tratamiento y medicamentos. Su objetivo era fortalecer el sistema de salud público y superar las diferencias entre los beneficiarios de la seguridad social y aquellos que no lo eran. Además, garantizaba el suministro de medicamentos. A partir del 1 de enero de 2020, los módulos de afiliación al “Seguro Popular” fueron eliminados de todas las unidades médicas del país. Las modificaciones a la “Ley General de Salud” permitieron que el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) tomara su lugar.⁶

⁶<https://elpais.com/mexico/2023-04-26/morena-aprueba-la-extincion-del-insabi-que-queudara-bajo-el-brazo-del-imss-bienestar.html> El 25 de abril del 2023, se anuncia la extinción del Insabi, quedará bajo la dirección del IMSS- Bienestar (que atiende a población abierta). Meses antes de que llegara la pandemia por COVID-19 a México el Insabi sustituyó al Seguro Popular. La crisis de la pandemia reveló en esta institución problemas como falta de medicamentos, escasez de consultas y atención deficiente. El IMSS-Bienestar ofrece servicio en 19 de los 32 Estados del país, atiende aproximadamente a 11.6 millones de personas, proporciona servicios de primer nivel y de especialidad.

I.IX. MANEJO DE EPIDEMIAS Y PANDEMIAS ANTERIORES EN MÉXICO.

En las últimas cuatro décadas, México ha enfrentado diversas enfermedades infecciosas con potencial pandémico, las cuales se lograron controlar de manera exitosa. La poliomielitis, se erradicó en 1991 mediante el control de aguas residuales, la investigación de casos de poliomielitis y sus contactos, y gracias a las jornadas nacionales de vacunación.

Sarampión, se erradico en 1989. El VIH/SIDA, el primer caso en México se registró en 1983, se llevaron a cabo campañas para promover el uso de condón como medida de protección, se prohibió el comercio de sangre. En 1988 se creó “CONASIDA”.

Cólera, en 1991 se implementó vigilancia epidemiológica y control de aguas a través del programa de agua limpia.

Influenza H1N1 en 2009, gripe porcina. Durante el mandato de “Jesús Kumate Rodríguez” como secretario de salud (1 de diciembre de 1988 al 30 de noviembre de 1994), el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales se transformó en el “Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE)”, un instituto de vigilancia epidemiológica. “El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), creado en 1990, ha construido en las últimas décadas un sólido sistema de vigilancia basado en la experiencia de eventos anteriores. Cuenta con el apoyo de la red centinela, que abarca más de 475 servicios de salud primarios, clínicas y hospitales en todo el país, y del “Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE)”, que lidera una red de laboratorios federales y apoya las encuestas nacionales de Salud y Nutrición que se realizan cada pocos años desde 1987. El funcionamiento adecuado del “SINAVE” requiere disponibilidad presupuestaria. México cuenta con cuatro laboratorios equipados con certificación de bioseguridad nivel tres (Sánchez-Talanquer, 2020).

En relación con la salud como derecho y las leyes mexicanas que lo respaldan, es importante mencionar los artículos de la “Ley General de Salud” que se refieren a las medidas a tomar en caso de una pandemia.

I.X. “LEY GENERAL DE SALUD”.

“Artículo 1°”: Esta ley regula el derecho a la protección de la salud que toda persona tiene, según lo establecido en el “artículo 4 de la “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. Establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la colaboración entre el gobierno federal y los estados en materia de salud pública. Su aplicación es válida en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de carácter público y de interés social.

“Artículo 181°”: En caso de una epidemia grave, peligro de propagación de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofes que afecten al país, la “Secretaría de Salud” tomará de inmediato las medidas necesarias para prevenir y combatir los daños a la salud, siempre y cuando estas medidas sean posteriormente avaladas por el “presidente de la República”.

“Artículo 182°”: En caso de una emergencia causada por un deterioro repentino del medio ambiente que represente un peligro inminente para la población, la “Secretaría de Salud” adoptará las medidas de prevención y control necesarias para proteger la salud, sin perjuicio de la intervención correspondiente del “Consejo de Salubridad General” y la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Tanto la “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” como la “Ley General de Salud” hacen referencia a dos valores presentes en las teorías de justicia distributiva: la universalidad y la igualdad. Al afirmar que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley regula este derecho para todos.

I.XI. DESARROLLO DEL PLAN NACIONAL DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA DE INFLUENZA EN MÉXICO.

En México, se institucionalizó el concepto de seguridad en salud como parte de la seguridad nacional. Se estableció el “Comité Nacional para la Seguridad en Salud (CNSS)”, presidido por la “Secretaría de Salud”. Las acciones del “CNSS” se basan en cinco ejes fundamentales: emergencias hospitalarias, brotes de enfermedades infecciosas, exposición a agentes químicos, desastres naturales y bioterrorismo. En este marco se creó el “Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza”, basado en evidencia científica internacional y en las propuestas de la “OMS” en caso de pandemia, con la participación de diferentes instituciones, incluyendo la “Secretaría de Salud”, la “Secretaría de la Defensa Nacional”, “Secretaría de Gobernación”, entre otras. La vigilancia epidemiológica de la influenza se basaba en una red de al menos 32 unidades centinela ubicadas en unidades de primer nivel en todo el país, que detectaban casos sospechosos de influenza y los confirmaban mediante pruebas de laboratorio. Durante una pandemia de influenza, la capacidad de respuesta de los servicios de salud se ve rápidamente superada por el número de personas que requieren atención médica. El plan de respuesta contempla la expansión de la capacidad de las instituciones de atención médica, utilizando áreas no utilizadas habitualmente para dicha atención, como estacionamientos, áreas verdes y aulas.

Se suspenden actividades no esenciales, como cirugías electivas y procedimientos menores. A esto se le conoce como reconversión hospitalaria. México incorporó la vacunación contra la influenza estacional en el esquema nacional de vacunación desde 2004. Esta vacuna se aplica de octubre a diciembre a niños de 6 a 23 meses de edad y a personas mayores de 65 años. También se consideran otros grupos de edad con enfermedades crónicas que tienen riesgo de que un individuo se infecte con diferentes subtipos del virus de influenza, como el aviar y el humano, lo que podría dar lugar a un intercambio genético y el surgimiento de una nueva pandemia.

Es necesario proporcionar capacitación en medidas de bioseguridad al personal de salud. El personal médico desempeña un papel fundamental en la respuesta ante una pandemia, por lo tanto, es indispensable protegerlos y evitar exponerlos a riesgos innecesarios. Se deben desarrollar guías respaldadas por expertos para garantizar su seguridad durante una pandemia.

En cuanto a la comunicación con la comunidad, es crucial desarrollar mensajes y materiales informativos para la población sobre los riesgos de una pandemia de influenza. Esto debe realizarse mediante la estrategia de un vocero único, de manera que el mensaje transmita confianza a la población. Sin la confianza de la población en sus líderes, la estrategia de comunicación puede fracasar fácilmente.⁷ (Duro, 2018).

Se asignaron recursos específicos para adquirir reservas de antivirales (oseltamivir y zanamivir), antibióticos de amplio espectro para el manejo de complicaciones, equipos de laboratorio, equipos de protección personal para el personal de salud, equipos de telecomunicaciones y otros insumos necesarios para la respuesta. Esto permitió que México fuera uno de los primeros países en evitar retrasos en la entrega de productos debido a las limitaciones farmacéuticas durante la alta demanda a nivel mundial.

Las autoridades de salud federales en México llevaron a cabo un proceso complejo junto con otros gobiernos y organismos para transferir tecnología y capacitar al personal, lo que permitió al país tener la capacidad de producir la vacuna contra la influenza estacional y, eventualmente, la vacuna contra la influenza pandémica. Esto busca lograr la autosuficiencia en la producción de la vacuna utilizada

⁷ Knaul, F. (2021). Punt Politics as Failure of Health System Stewardship: Evidence from the COVID-19 Pandemic Response in Brazil and Mexico. *The Lancet Regional Health-Americas* (4) pp: 1-11. Es el concepto de gobernanza, la confianza de los ciudadanos hacia los comunicados del gobierno, que en la pandemia por COVID-19, además de la sindemia, no estuvo bien manejado, ya que se emitieron mensajes por parte de los gobernantes de que el virus cuasante del COVID-19 no era más que otro virus causante de resfriado común y que se combatía con estampas religiosas, como escapularios. Hablaremos más adelante de esto en el tema de responsabilidad.

anualmente para la vacunación contra la influenza estacional, además de tener la ventaja de contar con la vacuna necesaria para la población en caso de emergencia y poder apoyar a otros países de la región con la producción del biológico. También es de suma importancia contar con pruebas de diagnóstico adecuadas. (Plan Nacional de Influenza, <https://www.gob.mx/salud>).

I.XII. PANDEMIA POR EL VIRUS DEL SARS-CoV-2 EN MÉXICO.

El 27 de febrero de 2020 se informó el primer caso de “COVID-19 en México”, en un paciente que regresaba de un viaje al norte de Italia. Es importante hacer un recuento de lo sucedido para resaltar la experiencia del sistema de salud mexicano en preparación y respuesta ante pandemias, habiendo enfrentado previamente otras pandemias y logrando erradicar algunas enfermedades. El sistema de salud ha demostrado ser resiliente y comprometido con la medicina preventiva. Aunque esta vez se trataba de una enfermedad nueva causada por un microorganismo que no solía afectar a los humanos, los primeros casos se reportaron en Wuhan, China, en diciembre de 2019, y surgieron noticias alarmantes de Europa, especialmente de Italia y España. La “OMS” declaró al “COVI-19” como una pandemia el 11 de marzo de 2020, y el primer caso en México se registró el 27 de febrero del mismo año. Sin embargo, el “Consejo de Salubridad General” convocó a una sesión recién el 19 de marzo de 2020, veinte días después de notificarse oficialmente el primer caso confirmado en México y ocho días después de que la “OMS” caracterizara al “COVID-19” como una pandemia. Hubo un evidente retraso en la respuesta y preparación para la emergencia.

En China, se realizó un esfuerzo sin precedentes para aislar el “virus SARS-CoV-2”, causante de la enfermedad llamada “COVID-19”. Se desarrollaron pruebas diagnósticas de manera rápida y se inició la investigación sobre vacunas.

Varios factores contribuyeron al deficiente control de la pandemia en México. El país estaba experimentando un cambio de administración gubernamental a partir de

diciembre de 2018, lo cual implicó la reducción del presupuesto asignado al sector salud. En 2020, se aprobó un proyecto de ley muy criticado por la comunidad científica, que eliminó fideicomisos que respaldaban la investigación y otorgaban independencia a instituciones de salud clave, como los Institutos Nacionales de Salud y la “Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)”. Como parte de una política de austeridad, el gobierno actual redujo el presupuesto del sistema de salud nacional.

Además, la comunicación por parte del gobierno fue contradictoria, y desestimó la gravedad de la enfermedad. Incluso se sugirieron imágenes religiosas como protección contra la infección por COVID-19. La falta de pruebas suficientes debido a los recortes presupuestarios obstaculizó la capacidad de implementar medidas de control de infecciones, como el aislamiento de casos positivos y el rastreo de contactos, que son fundamentales en el control de la propagación del virus. El gobierno optó por no buscar activamente casos para interrumpir las cadenas de transmisión y se centró en mantener la disponibilidad de camas hospitalarias y promover el distanciamiento físico.

Las campañas de comunicación se centraron en el distanciamiento físico y no se proporcionaron pautas claras sobre cómo aislarse y cuidarse adecuadamente después de dar positivo en la prueba de detección de “COVID-19”, ni sobre la necesidad de guardar cuarentena después de estar expuesto al virus.

Además, no se le dio importancia al uso de mascarillas y no se impusieron restricciones de viaje. El mensaje recurrente fue “quédate en casa”, lo que llevó a que los pacientes con la enfermedad permanecieran en sus hogares hasta que su condición se agravara en lugar de buscar ayuda para controlar los síntomas y evitar complicaciones. Cabe recordar que aún no existe un tratamiento específico para combatir esta enfermedad.

Actualmente, México ocupa el primer lugar en muertes por “COVID-19” a nivel mundial y también registra el mayor número de muertes entre el personal de salud.

Los efectos de la pandemia por “COVID-19” en la salud y la economía se han sentido a nivel global, y ningún sistema de salud estaba preparado para enfrentar este desafío. “Un sistema de salud resiliente es aquel que puede prepararse, responder y adaptarse a eventos de gran magnitud, al mismo tiempo que sigue funcionando eficazmente en todos los niveles de atención médica”. Es necesario contar con planes de emergencia sanitaria y también planes de respuesta socioeconómica.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS)”, junto con 106 países, ha establecido nueve pilares para abordar la pandemia, que incluyen coordinación, comunicación de riesgos, investigación de casos, soporte operativo y logístico, y mantenimiento de servicios esenciales de salud durante la emergencia. Las prioridades estratégicas son contener la propagación del “COVID-19”, preservar los derechos y valores humanos, y proteger a refugiados, desplazados, migrantes y personas vulnerables durante la pandemia.

Todo lo expuesto anteriormente es sujeto de un análisis basado en los principios bioéticos, especialmente el principio de justicia distributiva.

I.XIII. SINDEMIA.

La sindemia es una situación en la que se hacen visibles con mayor claridad las problemáticas que ya existían debido a la pandemia de “COVID-19”. Algunas de estas desigualdades son las siguientes:

1. Restricción de la libertad de movimiento como medida de confinamiento.
2. Aumento de casos de violencia intrafamiliar debido al confinamiento.

3. Mayor contagio entre personas que no tienen acceso a servicios de salud, agua o que viven en condiciones de hacinamiento.
4. Desigualdad educativa al cerrar las escuelas y adoptar la educación a distancia, ya que muchos niños no tienen acceso a internet o dispositivos electrónicos.
5. Trato injusto hacia los animales que son sacados de su hábitat natural y expuestos a condiciones insalubres en mercados.

En cuanto a la salud, la pandemia ha revelado desigualdades relacionadas con:

1. Acceso y cobertura de salud para la población en general.
2. Desatención de otras enfermedades crónicas y cáncer.
3. Escasez de recursos materiales para la atención de emergencias, como medicamentos, camas de hospital y ventiladores.
4. Falta de equipos de protección personal y prioridad en la atención para el personal de salud.
5. Distribución de vacunas contra el “COVID-19” y desabasto de otras vacunas existentes.
6. Solidaridad internacional en términos de compartir información, vacunas y medicamentos.

En el siguiente capítulo se analizarán diferentes concepciones de justicia, de diferentes vertientes de pensamiento. Para hablar sobre justicia distributiva en materia de salud partiremos de a teoría de justicia de “John Rawls”.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS)” establece que los sistemas de salud deben cumplir cuatro funciones principales en su gestión: financiamiento, generación y distribución de recursos, y prestación de servicios de salud adecuados para la población, siendo responsabilidad del Estado garantizar esto. Los gobiernos promueven esta gestión mediante la implementación de políticas públicas

adecuadas para los sistemas de salud, así como regulando las relaciones entre las instituciones no gubernamentales, las ONG y la sociedad civil a través de la gobernanza.

I.XIV. OBJETIVOS.

1. Analizar la asignación de recursos para la salud en una pandemia, específicamente la respuesta en emergencia durante la pandemia por COVID-19 en México, en materia de vacunas a la luz del modelo de justicia distributiva.
2. Analizar desde la bioética la preparación y respuesta ante pandemias en México, políticas públicas establecidas durante la pandemia por COVID-19, en la asignación y distribución de vacunas contra COVID-19.

I.XV. HIPOTESIS.

El análisis bioético desde el principalísimo, con base en el principio de justicia y analizando las diferentes teorías sobre justicia distributiva en salud nos podrán orientar en el tema sobre adjudicación de recursos durante una pandemia, en la respuesta en emergencia durante la pandemia de COVID-19 en México, específicamente la distribución de vacunas, un elemento clave en la lucha contra enfermedades infecciosas transmisibles.

I.XVI. JUSTIFICACIÓN.

Durante la pandemia por COVID-19, México ocupó el cuarto lugar a nivel mundial en muertes por dicha causa y el primer lugar a nivel mundial en muertes de personal médico, y primer lugar en orfandad a consecuencia de las muertes ocasionadas por el COVID-19.

I.XVII. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

1. ¿Es justa la manera en que se manejó la pandemia en México?
2. ¿Con base a qué concepción de lo justo puede hacerse tal juicio de valor?
3. ¿Pudo hacerse algo distinto en orden a generar una práctica más equitativa?

I.XVIII. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

Se llevará a cabo una investigación de tipo documental. Investigación científica mediante el proceso formal de recopilación, concentración de datos e información incluida en libros, textos, apuntes, revistas, páginas web, etc.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTANDO LA JUSTICIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD. JUSTICIA DISTRIBUTIVA Y LA RELACIÓN ENTRE JUSTICIA Y RESPONSABILIDAD.

“En la justicia están incluidas todas las virtudes. Es la virtud en el más cabal sentido, porque es la práctica de la virtud perfecta, y es perfecta, porque el que la posee puede hacer uso de la virtud con otros y no solo consigo mismo”.

Aristóteles. Ética a Nicómaco.

En este segundo capítulo, se aborda el fundamento de la justicia en el ámbito sanitario, centrándose en la justicia distributiva.

Se analiza cómo la justicia distributiva se aplica específicamente en el campo de la salud, considerando la asignación equitativa de recursos y servicios, así como la toma de decisiones difíciles relacionadas con la vida y la muerte.

Además, se examina la estrecha relación entre la justicia y la responsabilidad, ya que la distribución equitativa de los bienes de salud implica una asignación justa de las obligaciones y responsabilidades entre los individuos y las instituciones involucradas.

En este capítulo se busca establecer los fundamentos teóricos necesarios para comprender cómo se puede lograr la justicia en el ámbito sanitario.

A lo largo de la historia, el concepto de justicia ha sido interpretado de diversas maneras, como la proporcionalidad natural, la libertad contractual, la igualdad social y el bienestar colectivo, y utilitarias.

Desde una perspectiva objetiva, se suele asociar la justicia con la institución encargada de mantener el orden público, social, el derecho y las instituciones públicas. Desde una perspectiva subjetiva, se relaciona con la actividad que rige las

relaciones entre las personas, las acciones correctas, lo moral y la virtud. También se utiliza la palabra justicia como sinónimo de equidad. (Ledesma,2022).

Ulpiano, un jurista romano del siglo III d.C., define la justicia como "la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho, que implica vivir honestamente, no dañar a los demás y dar a cada uno lo que le corresponde".

En resumen, la justicia tiene que ver con lo que es debido a las personas, lo que les pertenece o les corresponde, y se refiere a los beneficios y responsabilidades dentro de una comunidad. (Pérez, 2021)

El proceso de la justicia comienza siendo natural o físico, no moral. Según Anaximandro, la justicia y la injusticia se refieren al orden natural de las cosas, donde cada elemento tiene su lugar y es justo que permanezca en él. El sentido elemental de la justicia es la corrección o adecuación de algo a su modelo.

A partir de Platón, la justicia adquiere dimensiones éticas, y Aristóteles la define como el término medio entre la envidia y la malignidad. Para Aristóteles, la justicia legal es la virtud más elevada y perfecta, y tiene un impacto en la sociedad en su conjunto.

La justicia legal se divide en dos tipos: la justicia natural, que es la justicia sustantiva, y la justicia no natural o convencional, que es accidental. Su función es ordenar todos los actos y virtudes del ser humano hacia el bien común, siendo esencial en la comunidad para una vida plena.

Aristóteles distingue entre justicia en sentido concreto y parcial (aspectos específicos) en las polis. La justicia distributiva regula la asignación de bienes como dinero y honores, y es impartida por el gobernante a sus súbditos. Por otro lado, las relaciones entre individuos se rigen por la justicia conmutativa o correctiva.

Platón, en su obra "La República", habla de una sociedad naturalmente ordenada y justa, en la que existen diferentes roles: artesanos, guardianes y gobernantes.

Según Aristóteles, la justicia distributiva regula la asignación de honores y dinero. Debido a la naturaleza desigual y jerárquica de la sociedad, los griegos entendían que la distribución de honores, riquezas y otros bienes no podía ser igualitaria, sino proporcional a las capacidades naturales de cada individuo. La proporción se define en términos matemáticos como la igualdad de dos razones cuyo producto combinado es idéntico. La distribución de honores y riquezas será justa en una comunidad política siempre que mantenga una proporción adecuada. Por ejemplo, aquel que tenga una dignitas de 2 recibirá honores y riquezas en una cantidad de 4, mientras que aquel con 8 dignitas recibirá una cantidad de 16. Esto es considerado justo porque es proporcional. En términos absolutos, uno recibe más que otro, pero en términos relativos se mantiene estrictamente la igualdad.

El principio general de justicia al que todos los criterios y actos de los seres humanos deben adecuarse fue definido por los juristas romanos como "Suum Cuique tribuere" (Dar a cada uno lo suyo).

En el siguiente punto, "La justicia como libertad contractual", la justicia deja de ser un ajuste natural para convertirse en una decisión moral. La definición clásica de justicia como dar a cada uno lo que le corresponde ahora se entiende como lo pactado en un contrato. Este contrato social tiene dos versiones: una absolutista, en la cual la soberanía reside en un monarca y la justicia política se identifica con la obediencia a sus decisiones; y otra versión democrática, en la cual la soberanía reside en el pueblo y su asamblea. En el pacto democrático, cada miembro de la colectividad tiene control sobre las decisiones, con el objetivo de minimizar las lesiones a los derechos naturales de cada individuo.

II.I. LA JUSTICIA COMO LIBERTAD CONTRACTUAL.

La justicia es producto de la razón, y se define como la firme resolución de dar a cada uno lo que le corresponde según el derecho civil. Por el contrario, la injusticia sería quitarle a alguien, bajo pretexto de derecho, lo que le corresponde legítimamente según la interpretación de las leyes.

La justicia como libertad es un atributo racional, y la función del Estado es permitir que los seres humanos sean adultos libres y responsables, que desarrollen su cuerpo y espíritu en seguridad, y que hagan uso libre de su razón. Esto demuestra que el Estado tiene la obligación de respetar las libertades individuales.

En 1690, John Locke describió los derechos fundamentales de todo ser humano: los derechos humanos civiles y políticos, que incluyen el derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad. Para que estos derechos se conviertan en un bien común, es necesario establecer un pacto o contrato social. El logro de esto es la justicia social, cuyo objetivo es proteger los derechos y libertades naturales y prevenir abusos por parte del Estado. Según este concepto, la distribución de honores y riquezas se rige por varios principios, entre ellos el de la adquisición justa. Las riquezas se distribuyen de manera justa cuando son adquiridas de manera justa a través del propio trabajo. Asimismo, se deriva de esto la transferencia justa de propiedades, ya sea por regalo, compra o herencia.

La justicia legal tiene como objetivo proteger los derechos o propiedades que el ser humano posee justamente en el estado de naturaleza. Ahora, la justicia distributiva se basa en el modo de adquisición, y esta será considerada justa si el producto del propio trabajo se distribuye de manera proporcional.

Locke presenta una idea minimalista del Estado, ya que su función se limita a permitir el ejercicio de los derechos naturales, especialmente el derecho a la vida.

En el pensamiento liberal, el mercado de la salud debe regirse por leyes de libre comercio sin intervenciones adicionales. La teoría liberal de la justicia ha encontrado nuevas aplicaciones en el campo de la salud pública, y se ha planteado la idea de que la salud es un derecho individual que debe ser protegido por el Estado, pero de manera negativa, es decir, sin proporcionar activamente atención sanitaria a todos los ciudadanos. El Estado tiene la obligación de prevenir que alguien atente contra la integridad corporal de las personas, pero no de proveer asistencia sanitaria a todos los ciudadanos.

Sin embargo, según D. Beauchamp, el hecho de que la salud sea un derecho negativo puede obligar al Estado a proporcionar ciertos servicios de atención sanitaria debido a los factores nocivos de carácter colectivo y social. Existen enfermedades causadas por vivir en sociedad, conocidas como determinantes de la salud, y el Estado tiene la obligación de abordarlos mediante un amplio programa de asistencia sanitaria.

En respuesta a la pregunta de si se debe tener derecho a la asistencia sanitaria, Tristán Engelhardt afirma que "no existe un derecho humano fundamental a proporcionar asistencia sanitaria, ni siquiera un mínimo decente de asistencia sanitaria". La razón es que el derecho a la asistencia sanitaria no es negativo, sino positivo. El Estado está obligado, en justicia, a prevenir que alguien atente contra mi integridad corporal, pero no está obligado a proporcionar asistencia sanitaria según las teorías de justicia distributiva.

La prestación de asistencia sanitaria puede ser considerada desde el principio de beneficencia, no desde el principio de justicia. La justicia tiene sentido en dos formas: jurídica, como un derecho, y moral, como una virtud. Los autores mencionados anteriormente coinciden en afirmar que los individuos tienen obligaciones morales hacia sus semejantes necesitados, pero no exigibles en justicia. Estas obligaciones no son de naturaleza jurídica y se consideran

obligaciones imperfectas, ya que no generan un derecho correlativo en ninguna persona y pueden ofrecerse cuando y con quien se decida. La ayuda benéfica no puede ser exigida. Sin embargo, los pensadores de las teorías socialdemócratas argumentan que es un deber de obligación perfecta, que genera un derecho correlativo en alguna persona y, por lo tanto, es exigible en virtud del principio de justicia.

Los pensadores de la tradición liberal coinciden en dos puntos con respecto al derecho a la asistencia sanitaria como principio de justicia distributiva: debe entenderse como parte de los derechos civiles y políticos, en general del derecho de propiedad, y cualquier necesidad de asistencia por encima de este límite no puede justificarse por otra razón que no sea el principio de beneficencia, entendiendo esta última como una obligación imperfecta.

II.II. LA JUSTICIA COMO IGUALDAD SOCIAL.

Para Karl Marx, el Estado constitucional moderno, que se basa en el respeto de los derechos humanos civiles y políticos, promueve la desigualdad y la injusticia. Según el marxismo, en términos de justicia distributiva, lo que debe distribuirse de manera equitativa no son los medios de producción, sino los medios de consumo. Según esta perspectiva, cada individuo debe contribuir según su capacidad y recibir según sus necesidades. Aplicando esto al ámbito de la salud, la salud se considera una capacidad (para trabajar) y la enfermedad se considera una necesidad (de cuidado y asistencia). La salud se ve como un bien de producción y la asistencia sanitaria como un bien de consumo.

Según esta visión, el Estado tiene la obligación de proporcionar a cada individuo según sus necesidades, lo que implica brindar asistencia sanitaria gratuita y completa a todos sus ciudadanos. La salud se considera un servicio público en esta perspectiva.

II.III. LA JUSTICIA COMO BIENESTAR COLECTIVO.

El socialismo democrático es un sistema mixto que combina la democracia liberal y el Estado de bienestar, donde la justicia se define como el bienestar colectivo. Con la aparición de los derechos humanos sociales y culturales como complemento de los derechos humanos de primera generación, surge la conciencia de que el Estado debe poner en práctica estos derechos humanos positivos. Esto incluye el reconocimiento del derecho de todo ser humano a la educación, una vivienda digna, un trabajo bien remunerado, subsidio por desempleo, jubilación y asistencia sanitaria. Estos derechos fueron el resultado de las luchas sindicales en Europa a mediados del siglo XIX. Mientras que el liberalismo descubrió el derecho a la salud, el socialismo revela el derecho a la asistencia sanitaria. En el primero, el Estado solo puede proteger este derecho (derecho negativo), mientras que en el segundo, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar su implementación (derecho positivo). La salud deja de ser un asunto exclusivamente individual y se convierte en una cuestión pública y política.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, se establecieron diversas disposiciones para proteger los derechos de los trabajadores, como la limitación de la jornada laboral, la prohibición del trabajo para niños menores de 14 años, el permiso por maternidad, el salario mínimo, la participación de los trabajadores en los beneficios y la administración de las empresas, la formación de asociaciones profesionales y sindicatos, el derecho a la huelga y el establecimiento de responsabilidades de los empleadores en cuanto a la seguridad e higiene de los trabajadores. Además, el Estado se comprometió a organizar un amplio sistema de seguros sociales para los trabajadores.

Las bases del Estado de bienestar se centran en acciones públicas orientadas a equilibrar la distribución de la riqueza y los ingresos públicos a través de políticas fiscales exigentes, programas de salud pública, la ampliación de las expectativas profesionales y de vida a través de un sistema educativo público e inclusivo, y la

protección económica frente a las adversidades laborales mediante sistemas de seguro de desempleo y pensiones. Estos elementos caracterizan este modelo de igualdad de oportunidades.

Se pueden identificar cuatro pilares fundamentales del Estado de bienestar:

1. Servicios públicos, como la sanidad, la educación, los servicios de ayuda a las familias (guarderías, atención domiciliaria para personas mayores o con discapacidad, viviendas asistidas, centros de día, residencias de ancianos, entre otros), servicios sociales, vivienda social y otros servicios que buscan mejorar el bienestar de la población y la calidad de vida de los ciudadanos.
2. Transferencias sociales, que implican la transferencia de fondos públicos de un grupo social a otro, como pensiones para la vejez
3. Las acciones normativas son intervenciones del Estado destinadas a proteger a los ciudadanos en su calidad de trabajadores (salud e higiene laboral), consumidores (protección al consumidor) o residentes (salud ambiental). El Estado no se encarga de financiar o proporcionar servicios, sino que establece regulaciones y sanciones para asegurar su cumplimiento.
4. Las medidas públicas se orientan a generar empleos de calidad, con condiciones favorables para que el sector privado los genere. En caso de que el sector privado no cree suficientes puestos de trabajo, se fomenta y facilita la creación de empleos en el sector público. (Luévano, 2016)

II.IV. LA JUSTICIA COMO EQUIDAD.

“John Rawls”, filósofo estadounidense, presenta en su obra “Teoría de justicia” y “Liberalismo político” los principios básicos de la justicia social. Según Rawls, los individuos racionales deben decidir en conjunto lo que consideran justo o injusto en una situación inicial debidamente analizada.

“La teoría de justicia de Rawls” se basa en una situación original en la que nadie conoce su posición en la sociedad ni sus talentos naturales. Un "velo de ignorancia" evita que alguien se beneficie o se perjudique debido a circunstancias como la clase

social o la fortuna. Esta falta de conocimiento influye en la negociación de los problemas de la vida diaria, asegurando que no afecten la elección de principios.

Según "Rawls", hay dos principios de justicia: igual libertad y igualdad de oportunidades. Si todos los individuos de una sociedad se encuentran en una situación original de igualdad de derechos, insistirían en instituciones que proporcionen ventajas compensatorias a cambio de cualquier sacrificio necesario. Estos principios regulan los aspectos distributivos de las instituciones que controlan la asignación de derechos y obligaciones en la estructura social, comenzando con la adopción de una constitución política. La justicia en la distribución depende de elegir correctamente una estructura básica de la sociedad, que es el sistema fundamental de derechos y obligaciones.

En cuanto al principio de igualdad, se sostiene que la desigualdad solo está permitida si se puede justificar que la institución que la contiene o permite beneficiará a todos los involucrados. La distribución es óptima cuando no hay intercambios que beneficien a una parte sin perjudicar a otra.

La estructura básica del sistema social afecta las perspectivas de vida de los individuos según su posición inicial en la sociedad, las diferentes clases económicas en las que nacen o ciertos atributos naturales. El problema central de la justicia distributiva se relaciona con las diferencias que surgen en las perspectivas de vida. La estructura básica es justa en todas sus partes cuando las ventajas de los más afortunados contribuyen al bienestar de los menos afortunados.

Las desigualdades son justas solo si forman parte de un sistema más amplio en el cual se cumplan dos partes del principio de igualdad. La primera parte es el principio de diferencia, que abarca las desigualdades en la distribución de ingresos, riqueza, prestigio y estatus social que están asociados a diferentes posiciones y clases. Este principio establece que estas desigualdades benefician al individuo representativo más desfavorecido. La segunda parte es el principio de cambios abiertos, que

señala que la desigualdad en las expectativas proporciona un incentivo para que la economía sea más eficiente.

Si suponemos que la desigualdad aumenta las expectativas de la posición más baja, también aumentará las expectativas de todas las posiciones intermedias. Bajo estas suposiciones, todos se benefician de la desigualdad que cumple el principio de diferencia, y el segundo principio parece correcto, ya que todas las desigualdades deben ordenarse en beneficio de los menos afortunados.

El principio de diferencia representa un acuerdo original para compartir los beneficios de la distribución de talentos y habilidades naturales con el fin de mitigar en la medida de lo posible las desventajas arbitrarias derivadas de la posición original en la sociedad. Las personas no deben ganar simplemente porque son más talentosas, sino para cubrir los costos de educar y desarrollar sus habilidades, y utilizarlas de manera que mejore la situación de los menos afortunados. Cuando se cumple plenamente el principio de diferencia, la estructura básica de la sociedad se vuelve óptima según el principio de eficiencia.

Las libertades fundamentales, los principales derechos políticos, la libertad de conciencia y pensamiento, los derechos civiles básicos y otros, deben ser iguales para todos según el primer principio. El segundo principio se aplica a la distribución de ingresos y riqueza, así como a la estructura de las instituciones políticas y económicas, ya que determinan diferencias en la autoridad organizativa. Se debe trabajar en el desarrollo de un sistema de derechos y obligaciones de manera que, suponiendo que se cumpla adecuadamente el esquema, la distribución resultante de los ingresos a individuos particulares y la asignación de bienes particulares sean justas.

El problema de la justicia distributiva no se trata simplemente de repartir un conjunto dado de cosas a individuos particulares cuyos gustos y preferencias se conocen. Se trata de establecer un sistema funcional y justo, ya que el propio sistema afectará

las necesidades y preferencias que las personas llegan a tener. Supongamos que las expectativas se especifican mediante el patrón esperado de bienes primarios, que son cosas que las personas racionales desean. Estos bienes incluyen la libertad y oportunidad, ingresos y riqueza, salud y educación. Quizás el bien primario más importante sea la autoestima, una fuerte convicción del propio valor y la certeza de que lo que uno hace o propone hacer tiene valor. Las desigualdades son beneficiosas para todos si aumentan las expectativas de cada persona representativa, entendidas en este sentido.

El primer principio de igual libertad mantiene su sentido en todo momento, y las diferentes interpretaciones surgen de los distintos significados de las dos partes del segundo.

En el sistema de libertad natural, el principio de diferencia se entiende como el principio de eficiencia. Esto significa que una estructura básica que cumpla con el principio de eficiencia, y en la cual los cargos estén abiertos a aquellos que sean capaces de competir por ellos y estén dispuestos a hacerlo, conducirá a una distribución justa. Se considera que asignar derechos y obligaciones de esta manera establece un sistema que distribuye la riqueza, el ingreso, la autoridad y la responsabilidad de manera equitativa. La distribución de bienes en cualquier momento dado está influenciada por contingencias naturales y sociales.

La interpretación liberal agrega el requisito del principio de igualdad equitativa de oportunidades. En este caso, se cree que los cargos no solo deben estar oficialmente abiertos a todos, sino que todos deben tener una oportunidad equitativa de acceder a ellos. Esto supone que, dado que existe una distribución de talentos y habilidades naturales, aquellos que se encuentran en el mismo nivel de talento y capacidad, y que están igualmente dispuestos a utilizarlos, deben tener las mismas perspectivas de éxito, independientemente de la posición inicial que ocupen en el sistema social. En todos los sectores sociales, debe haber igualdad de

oportunidades para el desarrollo cultural y el perfeccionamiento para todos aquellos que tengan habilidades y motivaciones similares, sin que su clase social los afecte.

La concepción liberal de los dos principios busca mitigar la influencia de las contingencias sociales en las distribuciones de bienes y recursos.

El principio de diferencia se refiere a la estructura básica de la sociedad y los grupos representativos que esta establece. A partir de este principio surge el principio de compensación, que sostiene que las desigualdades injustas deben corregirse. Dado que las desigualdades basadas en el origen y las características naturales son injustas, es necesario compensarlas de alguna manera. Para tratar a todos por igual, la sociedad debe prestar atención a aquellos que tienen menos recursos naturales y a aquellos que nacieron en situaciones sociales desfavorables. El principio de diferencia asigna recursos a la educación con el objetivo de mejorar las perspectivas a largo plazo de los menos favorecidos, promoviendo así la igualdad de oportunidades.

Otra característica del principio de diferencia es que ofrece una interpretación del principio de fraternidad, que implica una igualdad de estima social manifestada en diferentes convenciones sociales y la ausencia de actitudes serviles. Se trata de no desear disfrutar de mayores ventajas a menos que sea para beneficiar a otros que no están tan bien situados.

Ahora podemos asociar las ideas de libertad, igualdad y fraternidad con la interpretación democrática de los principios de justicia: la libertad corresponde al primer principio, la igualdad se refiere a la igualdad de oportunidades y la fraternidad se relaciona con el principio de diferencia.

Es posible organizar las instituciones de una democracia constitucional de manera que se cumplan los principios de justicia. Esto se logra mediante un gobierno que regule la economía de manera eficiente. Si la ley y el gobierno actúan eficazmente

para mantener mercados competitivos, utilizar plenamente los recursos, distribuir ampliamente la propiedad y la riqueza a lo largo del tiempo, y garantizar un nivel social mínimo adecuado, entonces, si existe igualdad de oportunidades respaldada por la educación para todos, la distribución resultante será justa.

En primer lugar, la estructura social básica está controlada por una constitución justa que garantiza diversas libertades y la igualdad ciudadana. El orden legal se administra de acuerdo con el principio de legalidad, y la libertad de conciencia y pensamiento son derechos fundamentales. El proceso político se lleva a cabo de manera justa para seleccionar gobiernos y promulgar leyes, asegurando la igualdad de oportunidades. Además, el gobierno proporciona igualdad de oportunidades en el ámbito empresarial y en la elección libre del trabajo, además de brindar oportunidades educativas iguales para todos.

Por último, se garantiza un mínimo social que el gobierno cumple a través de asignaciones familiares y pagos especiales en tiempos de desempleo o mediante un impuesto negativo sobre la renta.

Al mantener este sistema de instituciones, se puede considerar que el gobierno se divide en cuatro ramas. La rama de asignación tiene la tarea de mantener una economía competitiva, prevenir la formación de un poder excesivo del mercado y corregir las ineficiencias más evidentes a través de impuestos y subsidios.

La rama de estabilización se encarga de mantener un nivel de empleo razonablemente alto para evitar pérdidas por recursos desaprovechados y promover la libre elección de ocupación.

La rama de transferencia considera las necesidades y les asigna una ponderación en relación con otros preceptos de justicia.

La rama de distribución tiene la responsabilidad de preservar una distribución justa del ingreso y la riqueza a lo largo del tiempo. Incluye impuestos a las herencias y

donaciones con el propósito de corregir gradual y continuamente la distribución de la riqueza y evitar la concentración de poder en detrimento de la libertad y la igualdad de oportunidades. Además, se establece un esquema tributario para recaudar ingresos que cubran los costos de bienes públicos, pagos de transferencia y otros gastos similares. La carga tributaria debe ser compartida de manera justa. El impuesto sobre la renta se basa en la cantidad que una persona recibe del conjunto común de bienes y no en lo que contribuye individualmente, mientras que los impuestos proporcionales al gasto tratan a todos de manera uniforme.

El principio de ahorro justo se basa en la reciprocidad y el intercambio de ventajas.

Para establecer distribuciones justas, es necesario contar con un sistema de instituciones justo y administrarlo con imparcialidad. Con una constitución justa y el funcionamiento adecuado de las cuatro ramas del gobierno, existe un procedimiento que garantiza una distribución real de riqueza justa.

La justicia social depende positivamente de dos aspectos: la igualdad de distribución (igualdad en los niveles de bienestar) y el bienestar total (la suma de las utilidades de todos los individuos). Se puede considerar otro concepto de bienestar si se reemplaza el principio de igualdad por el principio de un mínimo social. En este caso, un conjunto de instituciones es preferible a otros si las expectativas totales son mayores y si el mínimo propuesto es más alto. Se busca maximizar la suma de expectativas con la restricción de no permitir que nadie caiga por debajo de un nivel de vida reconocido.

Los principios de igualdad y mínimo social representan las demandas de justicia, mientras que el principio de bienestar total representa las demandas de eficiencia. Aquellos que se guían por estos principios abogan por la igualdad de oportunidades para todos, mejorando la eficiencia y reduciendo la desigualdad. La distribución del ingreso debe depender de la demanda legítima de posesión, como la capacitación,

la experiencia, la responsabilidad y la contribución, equilibradas con las demandas de necesidad y seguridad.

En una sociedad democrática, apelar al bien común es una convención política. No podemos asumir que el gobierno siempre afecta de manera equitativa los intereses de todos. En realidad, parece que las políticas que consideramos más justas contribuyen al bienestar de los menos favorecidos. Por lo tanto, el principio de diferencia se presenta como una extensión razonable de la convención política en una democracia. (Rawls, 1973).

“La teoría de la justicia de John Rawls se basa en la ética kantiana y plantea que el ser humano, una vez alcanzada la edad de la razón, es autónomo y puede concebir una sociedad bien ordenada con una concepción pública de justicia”. En esta sociedad, todos conocen y aceptan los mismos principios de rectitud y justicia, y sus miembros son personas morales, libres e iguales. Para Rawls, la igualdad se fundamenta en la personalidad moral y en la capacidad de tener un sentido de justicia y una concepción del bien.

En su teoría, Rawls identifica ciertos bienes sociales primarios que son fundamentales para el principio de justicia. Estos bienes incluyen las libertades básicas, la igualdad de oportunidades, los ingresos y la riqueza, y las condiciones sociales para el respeto propio y la dignidad. Propone el concepto de posición original, en la cual los miembros de una sociedad bien ordenada viven y actúan como personas morales libres e iguales, y se encuentran bajo el velo de la ignorancia, lo que significa que desconocen su posición con respecto a los demás miembros.

Rawls formula dos criterios para abordar las desigualdades que puedan surgir y afectar a todos. El primer criterio es el de maximax, que busca maximizar la utilidad de las situaciones más ventajosas o de los sujetos más favorecidos. El segundo criterio es el de maximin, que busca minimizar el perjuicio de las situaciones más

desfavorables o de los sujetos menos favorecidos. Los bienes sociales primarios se distribuyen de manera igualitaria.

El criterio de maximin se divide en los principios de igualdad y diferencia. Según el principio de igualdad, todas las personas tienen derecho a un esquema de libertades básicas compatible con un esquema similar para todos. Las desigualdades sociales y económicas deben cumplir dos condiciones: estar asociadas a cargos y posiciones abiertos a todos en igualdad de oportunidades, y suponer un mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad. Los bienes primarios se utilizan como una escala de medición para identificar a los menos afortunados en términos socioeconómicos.

El principio de diferencia se aplica a la distribución del ingreso y la riqueza, así como al diseño de organizaciones que hacen uso de las diferencias de autoridad y responsabilidad. Según este principio, las desigualdades económicas y sociales deben ser diseñadas de manera que beneficien a todos, y se basan en la distribución de los talentos naturales como un acervo común. Para Rawls, la igualdad de oportunidades es anterior al principio de la diferencia, y las desigualdades solo se justifican en función de la utilidad y el aumento del bienestar.

En relación a la asistencia sanitaria, Norman Daniels ha aplicado la teoría de Rawls y la considera como un bien primario subsidiario del principio de igualdad de oportunidades. Daniels sostiene que la asistencia sanitaria debe seguir el principio de justicia distributiva y abarcar todas aquellas desviaciones de la organización funcional natural de un miembro de la especie que requieran atención médica.

En sus libros "Just Health Care" (1985) y "Just Health: Meeting Health Needs Fairly" (2008), Daniels plantea la pregunta fundamental de cuáles son nuestras obligaciones sociales como miembros de una sociedad para promover y proteger la salud de toda la población, así como ayudar a los enfermos y discapacitados. Según Daniels, la salud es un bien natural, pero su distribución está determinada

socialmente. Esta pregunta fundamental se relaciona con la promoción de la salud en la población y con proteger la capacidad de las personas para funcionar como ciudadanos libres e iguales.

Daniels divide la pregunta fundamental en tres preguntas focalizadas:

1. ¿Tiene la salud y el cuidado de la salud, junto con otros factores que influyen en ella, una importancia moral mayor que cualquier otro bien?
2. ¿Cuándo son injustas las desigualdades en materia de salud?
3. ¿Cómo podemos satisfacer equitativamente las necesidades de salud si los recursos son limitados?

En relación al derecho a la asistencia sanitaria, Daniels lo considera parte del principio de oportunidades propuesto por Rawls en su teoría de la justicia distributiva. Desde el criterio del funcionamiento típico de la especie, las enfermedades que requieren asistencia se ven como desviaciones que alteran la organización y función natural de un miembro típico de la especie. Daniels destaca que la salud no es lo mismo que la felicidad, por lo tanto, no todo lo relacionado con el bienestar es exigible en términos de justicia y asistencia sanitaria.

Según Daniels, desde una perspectiva social y ética, la salud se entiende como igualdad de oportunidades. Por lo tanto, no hay igualdad de oportunidades justa si no todos tienen la misma posibilidad de acceder a servicios de salud. Él sostiene que dentro de los bienes sociales primarios de Rawls se debe incluir el criterio de funcionamiento normal del organismo, lo cual implica considerar factores como la nutrición, una vivienda adecuada, condiciones laborales saludables y seguras, ejercicio y descanso, servicios médicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como servicios de ayuda médica personal y social. (Daniels,2011).

La enfermedad y la discapacidad reducen las oportunidades al alcance de las personas, según Daniels. También se menciona la propuesta de Amartya Sen de

reemplazar la lista de bienes primarios por una lista de capacidades básicas. Sen argumenta que la igualdad consiste en la posibilidad de desarrollar ciertas capacidades y funcionamientos, y sostiene que el índice de bienes primarios de Rawls no es adecuado para medir el logro de una persona. Sen entiende por funcionamiento los elementos constitutivos de una vida, y por capacidad, la libertad de elegir entre diferentes formas de vida. Propone la igualdad de capacidades básicas.

En relación a la segunda pregunta focal, Daniels parte del supuesto de que todos estamos de acuerdo en la importancia moral de satisfacer las necesidades de salud y garantizar la igualdad de oportunidades. Reconoce la existencia de desigualdades en el estado de salud de algunos miembros de la sociedad, las cuales consideramos injustas. Por lo tanto, plantea la necesidad de establecer límites en la distribución de los servicios de salud. En cuanto a la tercera pregunta focal, cuando los recursos son escasos, surgen dos interrogantes: ¿Quiénes tienen acceso a la salud? y ¿a qué servicios tienen acceso?

Se puede considerar la salud como una obligación social, ya que tiene un impacto en el acceso a oportunidades. Cuando las desigualdades en salud se perciben como injustas y derivan de factores socialmente controlables que influyen en la salud, es importante identificar las fuentes de desigualdad para corregirlas, lo cual tiene un peso moral.

En el tema de la justicia distributiva en la distribución de recursos para la salud, entran en juego criterios de justicia para establecer límites en las asignaciones. Este proceso requiere de personas responsables y razonables capaces de establecer límites en la distribución de los recursos, considerando su escasez.

Daniels propone tres mecanismos para la distribución de recursos. Uno de ellos es el mercado de seguros, donde las personas pueden expresar sus preferencias. Otro mecanismo es el de la mayoría, que implica elecciones mediante votación, donde

se elige la preferencia de la mayoría. Este proceso se lleva a cabo a través de instituciones y políticas públicas.

Para el análisis cuantitativo, se utilizan medidas de años de vida ajustados por salud (AVAS, por sus siglas en inglés), de las cuales se derivan los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Los AVAD son la medida adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se utilizan más en países de ingresos medios y bajos. Un AVAD puede representar la acumulación de discapacidad experimentada durante varios años vividos. Tanto los AVAC como los AVAD se miden en una escala del 0 al 1. Sin embargo, mientras que un AVAD es un mal que queremos evitar, un AVAC es un bien que queremos alcanzar, desde una perspectiva utilitarista de maximización.

Estas unidades de medida permiten describir simultáneamente la morbilidad y la mortalidad en una misma unidad, y ofrecen una estimación general de la carga de una enfermedad en comparación con el impacto relativo de enfermedades y condiciones específicas en una comunidad. También ayudan a medir el costo-efectividad de políticas de salud y tratamientos médicos, y proporcionan un enfoque racional para la asignación de recursos desde la perspectiva de la eficiencia del gasto. Para calcular los AVAS (HALY), se siguen tres pasos: describir el estado de salud, asignar valores o pesos a los estados o condiciones de salud, y combinar estos valores con estimaciones de expectativas de vida para los diferentes estados o condiciones de salud.

Daniels propone otro método que llama "responsabilidad por la razonabilidad". Las decisiones deben ser tomadas por personas de amplio criterio que estén de acuerdo en cooperar con otros y en intercambiar justificaciones sobre los temas que se discuten. Las razones para establecer límites en la asignación de recursos para la salud deben ser públicas y conocidas. Propone cuatro criterios: la condición de publicidad, la condición de pertinencia, la condición de revisión y apelación, y la condición regulativa.

I.V. LA SALUD COMO BIEN SOCIAL PRIMARIO.

Kenneth Arrow se refiere al segundo criterio de la teoría de Rawls, donde propone que las desigualdades deben trabajar en beneficio de los menos favorecidos. Esto implica destinar recursos para la asistencia sanitaria de las personas que forman parte de una sociedad y que viven en la pobreza.

Ronald M. Green contribuye al tema de la justicia sanitaria al hablar del deber de preservar la calidad de vida de las generaciones futuras. Green sostiene que la salud no puede considerarse una contingencia natural, sino que está influenciada por la tecnología médica y las decisiones sociales en la sociedad moderna. Por lo tanto, la asistencia sanitaria tiene un valor instrumental para alcanzar una buena vida y está sujeta a la distribución de acuerdo con los principios de justicia de Rawls. Green considera que la justicia como equidad podría resolver problemas graves en la sociedad actual, como la contaminación atmosférica y la degradación del medio ambiente. Esto se relaciona con el llamado "derecho de tercera generación", que implica el derecho de todas las futuras generaciones a vivir en un entorno no degradado y, por lo tanto, saludable.

Green sostiene que los derechos sociales no son derechos naturales, sino derechos morales, y que los deberes morales generan un derecho de obligación perfecta, ya que crean un derecho correlativo. La igualdad social no requiere la creación de sistemas de seguro médico que cubran a toda la población indiscriminadamente, sino que se dirige a aquellos que no pueden proporcionarse por sí mismos la atención médica.

II.VI. JUSTICIA DISTRIBUTIVA.

La justicia distributiva se refiere a la equitativa asignación de derechos, beneficios y responsabilidades en una sociedad. Su alcance abarca aspectos como las leyes fiscales, la distribución de recursos para necesidades sociales (educación, salud, defensa, entre otros) y la distribución de oportunidades en la sociedad. Dado que

los bienes son limitados y las necesidades son múltiples, la justicia distributiva busca establecer criterios justos para la distribución de estos recursos.

Existen dos tipos de criterios de justicia distributiva: los formales y los materiales. El criterio formal, planteado por Aristóteles, establece que los casos iguales deben ser tratados de manera igual y los casos desiguales deben ser tratados de manera desigual. Sin embargo, este criterio resulta insuficiente debido a su falta de contenido concreto.

Por otro lado, los criterios materiales especifican y definen las características que determinan un trato igualitario. Algunos de los criterios materiales que se encuentran en la ética son:

1. Igualdad de porción para cada individuo.
2. Distribución basada en las necesidades de cada persona.
3. Distribución basada en el esfuerzo de cada individuo.
4. Distribución basada en la contribución de cada persona.
5. Distribución basada en el mérito de cada individuo.
6. Distribución basada en las reglas de intercambio en un mercado libre.

Estos criterios son importantes, ya que identifican las propiedades o características relevantes para tener derecho a participar en una distribución específica de beneficios o responsabilidades.

Dado que la aplicación del criterio formal de justicia distributiva resulta complicada, se han desarrollado teorías de justicia distributiva que abordan este desafío. Estas teorías incluyen enfoques igualitarios, comunitarios, utilitaristas, libertarios, entre otros.

La justicia distributiva se enfoca en dos aspectos principales: las teorías que fundamentan su base conceptual y su aplicación práctica. En términos de aplicación práctica, la justicia distributiva se compone de tres elementos fundamentales: los

sujetos involucrados, los objetos a distribuir y los criterios de distribución. Los criterios de distribución son especialmente relevantes cuando se trata de políticas públicas, las cuales se implementan en situaciones de escasez de bienes y servicios con el objetivo de satisfacer necesidades específicas.

Un criterio de distribución que se utiliza comúnmente es el de las necesidades básicas. La mayoría de los bienes y servicios que se distribuyen siguiendo las reglas del mercado corresponden a deseos o preferencias, pero algunos, como los alimentos, son considerados necesidades básicas para la vida de las personas. Además, la asistencia sanitaria se considera una necesidad básica, ya que la salud es fundamental para el desarrollo pleno de la vida y el ejercicio de los derechos y libertades.

Martha Nussbaum propone una teoría basada en las funciones humanas más importantes, las cuales pueden servir como punto de partida para las políticas sociales. Estas funciones incluyen aspectos como la vida digna y de duración normal, la salud, la vivienda adecuada, la educación, la libertad de movimiento, el desarrollo emocional, el pensamiento racional, la interacción social, el respeto hacia otras especies y el disfrute recreativo, entre otros.

Si rechazamos la noción de necesidades básicas esenciales, estaríamos desestimando una guía crucial para construir una teoría de justicia distributiva que sirva de base para implementar políticas públicas. La política social no debe imponer conductas a los ciudadanos, sino asegurar que cuenten con los recursos y condiciones necesarios para actuar según su propia voluntad y garantizar la disponibilidad de oportunidades.

Es importante tener en cuenta que no todo lo relacionado con el campo de la salud puede considerarse una necesidad básica, ya que también puede corresponder a deseos o preferencias, como es el caso de las cirugías estéticas.

II.VII. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE ASISTENCIA SANITARIA.

El proceso de distribución de recursos en el ámbito de la asistencia sanitaria presenta desafíos tanto teóricos como prácticos. Se deben tomar decisiones tanto a nivel macro de distribución de fondos y bienes, como a nivel micro de asignación de recursos escasos a individuos específicos. Estos niveles interactúan entre sí de manera frecuente.

Norman Daniels sostiene que el alcance y el diseño de las instituciones de asistencia sanitaria básica implican decisiones de distribución para determinar: 1) qué servicios de asistencia sanitaria existirán en una sociedad, 2) quién los recibirá y en base a qué criterios, 3) quién los distribuirá, 4) cómo se distribuirán las cargas de financiamiento y 5) cómo se distribuirá el poder y el control de los servicios. Estas decisiones sobre la distribución de los recursos determinan cuánta asistencia sanitaria se distribuirá y qué tipo de atención se proporcionará para diferentes problemas.

En cuanto a la distribución de recursos dentro del presupuesto de asistencia sanitaria, es importante destacar que el término "recursos sanitarios" no se limita a los recursos médicos, ya que el presupuesto de salud abarca más que la atención sanitaria. Los servicios y beneficios sanitarios son proporcionados por diversos expertos en áreas como control de la contaminación, experimentación con fármacos, toxicología, epidemiología, ingeniería, leyes y otros, además de los profesionales de la asistencia sanitaria. Las políticas de salud y los programas de seguridad laboral, protección del medio ambiente, prevención de daños, protección al consumidor, control de alimentos y medicamentos, forman parte de los esfuerzos de la sociedad para proteger y promover la salud de los ciudadanos.

Una vez establecido el presupuesto para la asistencia sanitaria, es necesario distribuir los recursos dentro de este ámbito. Se deben seleccionar algunos proyectos y procedimientos para su financiamiento, mientras que otros pueden ser rechazados. Se deben tomar decisiones sobre qué aspectos priorizar, como la

prevención o el tratamiento. Existen dos direcciones en conflicto: asignar más recursos para salvar a pacientes con necesidades médicas urgentes o asignar más recursos para prevenir que se produzcan dichas necesidades.

Cuando se discute el acceso a una atención médica mínimamente adecuada, generalmente se parte de la necesidad médica como base para la toma de decisiones, en contraste con factores como la geografía o la economía. Es esencial establecer categorías que determinen la prioridad de necesidad médica, basadas en investigaciones y terapias, y los políticos deben examinar diversas enfermedades en términos de factores como la contagiosidad, frecuencia, costo, dolor, sufrimiento asociado, impacto en la longevidad y calidad de vida.

La distribución de tratamientos escasos para los pacientes plantea desafíos aún mayores cuando se trata de enfermedades que amenazan la vida y los recursos escasos podrían ser capaces de salvarla. Surge la pregunta de quién vivirá cuando no todos pueden hacerlo. El racionamiento, en este contexto, puede tener diferentes significados. Puede referirse a la negación de recursos debido a su escasez, puede implicar la asignación de una cantidad determinada por parte del gobierno, negando a aquellos que pueden permitírsele un acceso más allá de lo asignado, o puede significar una asignación equitativa sin negar el acceso adicional a aquellos que puedan pagarlo. En este último caso, el racionamiento incorpora elementos de ambas formas mencionadas anteriormente: se establece una asignación mediante políticas sociales, y aquellos que no pueden obtener unidades adicionales se les niega el acceso.

La distribución del presupuesto de asistencia sanitaria según prioridades y utilidad social, también conocido como triaje, implica clasificar y seleccionar cómo se asignarán los recursos médicos disponibles de manera efectiva y eficiente. El enfoque tradicional y contemporáneo del triaje se basa en el principio utilitarista de "hacer el mayor bien para el mayor número". En situaciones de desastres naturales, guerra o unidades de emergencia, las personas heridas se clasifican según sus

necesidades y pronósticos médicos. Aquellos con lesiones graves pero tratables y que tienen posibilidades de sobrevivir reciben prioridad, seguidos de aquellos cuyo tratamiento puede retrasarse sin riesgo inmediato, luego aquellos con daños menores y, por último, aquellos para quienes ningún tratamiento sería eficaz. Este enfoque utilitario de prioridad médica es justo y no implica juicios sobre los méritos sociales comparativos de los individuos.

Sin embargo, en ciertas circunstancias, los juicios de mérito social comparativo son inevitables y aceptables. Por ejemplo, en casos de desastres naturales, puede ser justificable dar prioridad en el tratamiento a los profesionales médicos con lesiones menores, para que puedan ayudar a otros. Del mismo modo, en un brote de una enfermedad infecciosa, puede ser justificable vacunar primero a los médicos para permitirles atender a otros.

II.VIII. LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS ESCASOS. LA JUSTICIA COMO UTILIDAD PÚBLICA.

El utilitarismo es una filosofía moral que sostiene que la moralidad no puede fundamentarse en criterios deontológicos, sino en consideraciones teleológicas. Según Bentham, la naturaleza humana está impulsada por dos fuerzas: el placer y el dolor. Estos dos motores permiten evaluar la corrección o incorrección de todo lo que se dice, hace o piensa, buscando aumentar la felicidad y evitar el sufrimiento.

La utilidad se define como la propiedad de un objeto para producir algún beneficio, ventaja, placer o felicidad, o para prevenir daños, dolor o infelicidad en el grupo cuyo interés se considera. Esto no se limita solo a las acciones individuales, sino también a las medidas tomadas por el gobierno. Por esta razón, el principio de utilidad se convirtió en un criterio de justicia social, no solo de justicia distributiva, bajo la premisa de "la mayor felicidad para el mayor número" como medida de lo justo e injusto. La búsqueda de la felicidad se convierte en el fundamento de la cooperación social y es parte de la esencia humana.

Para los utilitaristas, el término "justicia" tiene dos aspectos: uno se refiere a los principios y otro a las consecuencias de los actos. En la distribución de recursos, entramos en el terreno de la economía, que valora el principio de utilidad y rendimiento. Esto explica por qué el utilitarismo ha contado con representantes destacados en economía, como David Ricardo, Adam Smith y John Stuart Mill.

El tema de la justicia no es ajeno al criterio de utilidad máxima. La economía requiere una racionalidad ética, lo que ha permitido a economistas como Ricardo formular leyes como la ley de rendimientos decrecientes, que establece que la inversión y el crecimiento no están directamente proporcionales, ya que el aumento constante de la inversión no se traduce en un aumento similar en el rendimiento económico. A partir de cierto punto, el rendimiento es menor. Posteriormente, Pareto calcularía este punto, conocido como el óptimo de Pareto, donde todos resultan beneficiados y no perjudicados, es decir, el punto de utilidad máxima. Toda economía tiene como objetivo ajustar las inversiones a este punto para lograr rendimientos máximos al menor costo.

Los análisis de costo-beneficio y de eficacia en relación con los costos dan lugar a otros índices como el QALY (años de vida ajustados por calidad). Podemos decir que lo útil es justo y, cuando no se respeta este principio, estamos actuando de forma injusta. La utilidad es un principio de justicia que abarca no solo la justicia conmutativa y social, sino también la justicia distributiva. Jeremy Bentham, considerado el padre del utilitarismo, trató de explicarlo en su obra "Fragmentos sobre el gobierno". Según él, un gobernante no puede tener otro objetivo que buscar la máxima felicidad de sus súbditos: "La mayor felicidad para el mayor número es la medida de lo justo e injusto".

Por su parte, John Stuart Mill analiza la justicia desde varios puntos de vista, incluyendo la justicia legal, que se refiere a lo que dictan las leyes. La justicia implica dos cosas: una regla de conducta y un sentimiento que sanciona esa regla. La primera se refiere al bienestar de la humanidad, mientras que el sentimiento se relaciona con el deseo de que aquellos que infringen la regla sean castigados. Al

juzgar la ley desde una perspectiva externa, podemos pensar que a veces debemos obedecer leyes justas y otras veces leyes consideradas injustas. En este caso, estamos utilizando un criterio moral en lugar de uno legal, evaluando lo mandado frente a lo debido. Aquí es donde surge la diferencia entre los deberes de obligación perfecta e imperfecta, como las acciones de beneficencia o caridad. Los deberes de obligación perfecta generan un derecho correlativo que puede ser exigido en justicia.

Para Mill, en su definición de justicia de dar a cada uno lo que le corresponde, lo que le corresponde se refiere a lo útil, lo que produce mayor felicidad. El utilitarismo identifica la justicia distributiva con la utilidad pública máxima, y sostiene que las obligaciones de la justicia distributiva de la sociedad y del Estado hacia los individuos son idénticas a las contribuciones que estos han hecho a la sociedad. Las demás acciones serán deberes de caridad, no de justicia. Este es el criterio más elevado de justicia social y distributiva hacia el cual las instituciones y los esfuerzos de los ciudadanos virtuosos deberían converger: el principio de la mayor felicidad. El derecho igual de todos a la felicidad se explica en la frase de Bentham: "Que todo el mundo cuente como uno, y nadie más que uno" (Mill, 2017).

Peter Singer propone la ética utilitarista como la más universal en comparación con otras fundamentaciones debido a su carácter consecuencialista. Explica que las éticas consecuencialistas no comienzan con normas generales, sino con los objetivos de las acciones, y valoran los actos en función de si favorecen la consecución de esos objetivos. Según Singer, las mejores consecuencias se refieren a aquello que beneficia los intereses de los afectados y no solo lo que aumenta el placer y reduce el dolor.

Propone el principio de consideración igual de los intereses, donde el interés fundamental que otorga a los seres humanos y a los seres no humanos (extendiéndolo a los animales) es su capacidad de sufrir y/o experimentar gozo y felicidad. La mejor manera de defender el interés propio es ser moral. El

razonamiento práctico comienza con el deseo de algo, y las sociedades son el reflejo de lo que son la mayoría de sus miembros. Ser ético es avanzar en los propios intereses. La esencia de este principio radica en que, en nuestras deliberaciones morales, damos la misma importancia a los intereses de todos aquellos a quienes nuestras acciones afectan, aunque no dicta un tratamiento igual para todos los intereses.

En la consideración de los intereses, aquellos fuertemente sostenidos tienen más peso que los intereses débiles, y el principio de utilidad marginal otorga más importancia a los intereses de un grupo minoritario amenazado. Se hace hincapié en la capacidad de tener intereses, guiado por la capacidad de sufrimiento. Según Singer, la igualdad entre seres humanos y no humanos debe basarse en la capacidad de sentir dolor y placer, y objeta la concepción moral de Rawls al afirmar que no todos los seres humanos tienen una concepción del bien y un sentido de justicia.

La pobreza es un gran obstáculo para la libertad de muchas personas. Al igual que Thomas Pogge, Peter Singer considera que ayudar a los pobres es un deber moral y no solo un acto de caridad. Singer distingue entre la pobreza absoluta, que se refiere a las personas que sufren hambre y enfermedades debido a la desnutrición, y la pobreza relativa, que se encuentra en países de altos ingresos y significa que algunos ciudadanos son pobres en comparación con otros más ricos.

II.IX. LA ÉTICA KEYNESIANA.

En la ética keynesiana, el enfoque económico se centra en la demanda como motor de la actividad económica y el empleo. Según John Maynard Keynes, el bienestar se define como la satisfacción de las necesidades del consumidor y la maximización de la utilidad, que es el objetivo del sistema económico. Uno de los instrumentos principales de intervención estatal en la economía es el aumento de la demanda a través de nuevos programas de obras públicas financiados mediante déficits presupuestarios.

Keynes sostiene que incluso eventos como terremotos, guerras y la construcción de obras pueden contribuir a aumentar la riqueza. Por lo tanto, los líderes estatales deberían optar por realizar obras sociales, como la construcción de carreteras, escuelas, hospitales, etc. Esto se debe a que el consumo se ve afectado por la acumulación de reservas para situaciones adversas como enfermedad, muerte o jubilación. Aunque esto puede tener poca relevancia para el consumo a corto plazo, tiene una gran importancia en las previsiones a largo plazo. Por lo tanto, un buen sistema de seguros sociales que cubra enfermedades, vejez, jubilación, desempleo, etc., estimula el consumo y aumenta la riqueza circulante.

También sostiene que el Estado debería establecer amplios sistemas de seguros sociales que cubran las contingencias negativas de la vida de los seres humanos. Esto conduciría a la construcción de sociedades libres y ricas, capaces de asumir sin dificultad los derechos no solo negativos o políticos, sino también los positivos o sociales, como el derecho a la asistencia médica. Según Keynes, la lucha por los derechos humanos y la seguridad social es útil desde todos los puntos de vista: económico, político y ético. Existe una correlación entre el Estado de bienestar y la ética utilitarista, que representa un nuevo sistema económico llamado neocapitalismo.

En muchos modelos de seguridad social en todo el mundo, se basa en el modelo diseñado por Bismarck y Beveridge. Estos modelos destacan la obligación de los empleadores y los trabajadores de contribuir al financiamiento de la seguridad social, así como la obligación de los empleadores de responder a los riesgos sociales que puedan enfrentar los trabajadores. Un ejemplo de esto es el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) en México, cuya base constitucional se encuentra en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En 1946, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un organismo dependiente de la ONU. Por primera vez, se

definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". Desde la perspectiva utilitarista, la salud se convirtió en un bien de consumo.

En cuanto a la justicia distributiva, se argumenta que debe regirse por la proporción costo/beneficio, y se debe buscar la optimización del gasto. Aunque los recursos en salud son limitados y el consumo en salud es ilimitado, no es justo desviar el financiamiento de otras áreas hacia la salud si la relación costo/beneficio es mejor en esos otros campos, como la educación o la vivienda.

Los recursos limitados en el ámbito de la salud deben asignarse a actividades que, con un costo menor, generen mayores beneficios en términos de salud. Por ejemplo, las campañas de vacunación son más eficientes que los programas de trasplante.

Algunas prestaciones y servicios de salud no pueden ser exigidos por razones de justicia, debido a su baja relación costo/beneficio. Por ejemplo, los trasplantes o la atención a pacientes en estado vegetativo con muerte cerebral. En 1978, la OMS elaboró un documento sobre la atención primaria de salud, donde se señala que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus poblaciones mediante medidas sanitarias y sociales adecuadas. El objetivo era que para el año 2000, todas las personas pudieran disfrutar de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es clave para alcanzar esta meta, como parte del desarrollo basado en principios de justicia social (Alma-Ata, 1978).⁸ La medicina pasó de ser considerada como un bien de consumo a convertirse en un bien de producción.

La atención médica se trasladó de los hogares a los hospitales, los médicos dejaron de ser médicos generales y se especializaron. Esto trajo consigo avances tecnológicos en el diagnóstico de enfermedades, pero también un aumento en los

⁸ Alma-Ata (1978) Atención primaria de la salud. <https://www.who.int>.

costos de la atención médica. El bienestar completo ahora se divide en niveles primario, secundario y terciario, y la distribución óptima de los recursos se ajusta a este esquema.

La atención primaria o medicina comunitaria es más rentable y se evalúa según la relación costo/beneficio. La justicia distributiva es peor a medida que se avanza hacia el nivel terciario y se descuida el nivel primario. Hoy en día existen tres modelos de funcionamiento en el mundo: el de los países de alto ingreso económico, que han logrado atender satisfactoriamente tanto el nivel primario como el terciario; el de los países de ingreso económico bajo y medio, que carecen de nivel terciario pero han alcanzado un nivel primario aceptable; y el de los países de bajo ingreso económico, que han invertido sus recursos en la atención hospitalaria descuidando la atención primaria.

Desde la perspectiva utilitarista, la justicia distributiva siempre debe regirse por la proporción costo/beneficio, buscando la optimización del gasto. En el ámbito de la atención sanitaria, los recursos limitados deben destinarse a actividades que, con menor costo, generen mayores beneficios en términos de salud. En el caso de una pandemia, si hay que elegir entre una campaña de vacunación o la compra de más ventiladores para las unidades de cuidados intensivos, la relación costo/beneficio claramente exige priorizar el primer programa, aunque esto pueda resultar en perjuicios e incluso la muerte de algunas personas.

II.X. EL IGUALITARISMO SANITARIO.

En su libro titulado "The Foundations of Justice: Why the retarded and the rest of us have claims to equity?", Robert M. Veatch formula su teoría de justicia estrictamente igualitarista basada en el primer principio de Rawls, que se resume en igual autonomía moral y respeto. También formula el segundo principio en términos de igual distribución de ingresos y riqueza, ya que sin este principio, el primero no sería

posible. El criterio de igualdad de consecuencias se basa en el bienestar igual para todos, aunque no necesariamente al mismo nivel de bienestar. (Veatch,1988).

Algunas enfermedades pueden estar relacionadas con hábitos o estilos de vida considerados poco saludables. En este sentido, la libertad y la responsabilidad en la toma de decisiones y en la adopción de un determinado modo de vida son factores determinantes para la prevención y tratamiento de enfermedades.

En el contexto político, la escasez de recursos junto con los avances tecnológicos que permiten una mayor esperanza de vida y el deseo de garantizar una cobertura universal de salud en muchos países ha llevado a un aumento exponencial en los gastos en salud. Esto ha dado lugar a la necesidad de establecer criterios de distribución y racionalización de recursos. Algunos filósofos como Ronald Dworkin, Richard Arneson, G. Cohen, John Roemer o S. Segall han cuestionado las ventajas de considerar la responsabilidad como un criterio equitativo para la distribución de recursos, y coinciden en la importancia de la igualdad de oportunidades y la responsabilidad individual en la distribución, conocida como igualitarismo de la suerte. (Knight, 2011).

John Rawls fue uno de los primeros en considerar la suerte como un factor de desigualdad, pero no incluyó el principio de responsabilidad en su teoría. Norman Daniels desarrolló un modelo de defensa de la asistencia sanitaria como parte de la equitativa igualdad de oportunidades.

La posición igualitarista de la suerte se puede resumir en tres principios que constituyen una condición suficiente y necesaria para la justicia distributiva: 1) la distribución es resultado de las decisiones individuales y el azar, 2) cualquier desigualdad puede separarse en partes atribuibles a elecciones y partes atribuibles al azar, y 3) las desigualdades, o parte de ellas, son justas si y solo si se deben a elecciones en lugar de al azar.

Según Daniels, la salud es importante debido a su relación con el principio rawlsiano de igualdad de oportunidades, ya que se considera un bien social que permite el desarrollo de las personas. El vínculo entre la asistencia sanitaria y la oportunidad justifica moralmente la importancia del cuidado de la salud sobre otros bienes y garantiza un nivel mínimo de atención médica que el Estado debe proteger. Daniels también reconoce la escasez de recursos y la necesidad de establecer límites legítimos y equitativos para su distribución, por lo que propone un tipo de responsabilidad que denomina "pública", basada en la razonabilidad de las personas, en contraposición a la responsabilidad individual defendida por el igualitarismo de la suerte.

Las necesidades básicas en salud propuestas por Daniels incluyen una nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y vivienda seguras y libres de contaminación, ejercicio, descanso y otros aspectos relacionados con el estilo de vida, servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, así como personal médico para brindar estos servicios, servicios de asistencia social y una distribución adecuada de los determinantes de la salud.

En el caso de México, Jesús Kumate Rodríguez, secretario de salud de 1988 a 1994, aseguró el principio de igualdad de oportunidades a través de la atención básica, la cual incluye educación en temas de salud, promoción de una alimentación adecuada, suministro de agua potable y saneamiento básico, cuidado materno-infantil, inmunización contra enfermedades infecciosas, prevención y control de enfermedades endémicas locales, tratamiento adecuado de enfermedades comunes y heridas, y provisión de medicamentos esenciales.

Richard Arneson y Cohen definen la oportunidad como la posibilidad que tiene una persona de obtener un bien que le interesa. Para que exista igualdad de oportunidades entre un grupo de personas, es necesario que cada una de ellas tenga un rango de opciones equivalente al de las demás.

El objetivo de la justicia es compensar o asistir a las personas cuando sufren una falta de bienestar sin tener responsabilidad u opción para elegir su bienestar. Sin embargo, cuando las personas son responsables de su condición, no existe obligación por parte de la sociedad de compensarlos. Para Cohen, una sociedad justa requiere un ethos relacionado con las decisiones personales de los individuos que la componen, lo que implica que los principios de distribución justa de beneficios y cargas deben aplicarse a las decisiones individuales. De ahí surge el concepto de igualitarismo de la suerte y de la responsabilidad como criterio de distribución.

Segall señala que las desigualdades en salud y su protección son injustas cuando reflejan diferencias en la suerte bruta. Según el igualitarismo de la suerte, si un paciente es responsable de su mala salud, como un diabético que no cuida su dieta, no estaríamos obligados a proporcionarle tratamiento. Sin embargo, esto plantea cuestionamientos sobre la validez teórica del igualitarismo de la suerte en la atención sanitaria y se conoce como la objeción del abandono del paciente imprudente.

Por otro lado, Segall sostiene que existen desigualdades en la sociedad tanto en la buena como en la mala salud de las personas, así como en las expectativas de vida. Estas desigualdades no se deben únicamente a la falta de atención a la salud, sino también a factores genéticos y circunstancias sociales y económicas. Según él, si el objetivo de la igualdad de oportunidades es la realización y elección de un plan de vida, entonces las personas en peores condiciones y desventaja deberían tener prioridad sobre aquellas con mejores posibilidades, lo cual genera una brecha de desigualdad y se conoce como la objeción de asistencia sanitaria selectiva. (Segall, 2011).

En cuanto a Ronald Dworkin, plantea que la justicia como equidad se basa en una igualdad de consideración y respeto para todas las personas. Él distingue entre la suerte bruta, que son las consecuencias de una acción que no dependen de la persona, y la suerte opcional, que son las consecuencias de decisiones conscientes

que las personas toman. Propone la noción de recursos como base para evaluar la situación de las personas, teniendo en cuenta los recursos que poseen y las razones por las cuales los tienen o carecen de ellos.

Dworkin propone tres estrategias metodológicas: la subasta, la prueba de la envidia y el mercado hipotético de seguros. Estos mecanismos buscan alcanzar la igualdad en los recursos y hacer que las personas sean responsables de sus preferencias y acciones. Su modelo de asistencia sanitaria se basa en la distribución justa de recursos, donde el Estado solo garantiza el mínimo sanitario y las personas obtienen el resto a través de elecciones individuales y capacidad de pago.

En resumen, tanto Segall como Dworkin abordan la justicia distributiva y las desigualdades en salud desde diferentes perspectivas. Segall se centra en la suerte bruta y opcional, mientras que Dworkin propone la igualdad de recursos y la responsabilidad individual en la toma de decisiones. Ambos planteamientos tienen implicaciones para la distribución de recursos y la atención sanitaria.

Como podemos ver existen diversas concepciones del principio de justicia, que vienen de diferentes ideologías, y formas de pensar, y corrientes filosóficas y todas dan su aportación a la justicia distributiva. En el presente trabajo de investigación en cuanto a la justa distribución de recursos, en este caso las vacunas. Ya vimos que la salud se considera como un factor fundamental, para la justa igualdad de oportunidades, en el caso de la pandemia para la distribución de vacunas, se utilizaron criterios utilitarios, primero se vacunaron las personas mayores de 60 años, quienes eran susceptibles de tener una forma grave de la enfermedad e incluso morir, para evitar saturar los servicios de urgencias y las terapias intensivas, luego siguieron el personal de salud, para evitar que los médicos se enfermaran y no pudieran brindar ayuda durante la fase más crítica de la pandemia.

En el siguiente capítulo se analizarán los temas concernientes a la vacuna. Las vacunas son la medida costo/beneficio de elección para controlar la diseminación, contagios de enfermedades infectocontagiosas.

CAPÍTULO III. VACUNACIÓN EN MÉXICO CONTRA COVID-19.

“Las vacunas tienen la particularidad, a diferencia de los medicamentos, que no sólo protegen a quienes la reciben, sino también a quienes rodean a esa persona”.

Organización Mundial para la Salud

En el capítulo anterior se examinaron diversas corrientes éticas que han analizado la justicia, en especial, concerniente al presente trabajo, la justicia distributiva en salud y la visión del utilitarismo en cuanto a la justicia distributiva. La bioética adquiere importancia cuando se trata de vacunas, especialmente en respuesta a una pandemia, ya que combina la ética teleológica (aristotélica), que busca un buen fin, con la ética deontológica (kantiana), que se basa en el deber ser humano. La bioética busca integrar las ciencias con las humanidades, en este caso las ciencias como es la investigación, desarrollo, producción y distribución de vacunas, con las humanidades, que en este caso sería buscar el bienestar de todos buscando una pronta solución y fin a todos los problemas suscitados por la pandemia y apelando al principio de responsabilidad colectiva, individual, y del Estado, como lo mencione al principio, al recibir una vacuna no solo nos protegemos a nosotros, sino también a los demás, y también podemos hablar de otros principios como la solidaridad, la reciprocidad, que tienen que ver con el deber ser humano.

Cuando se habla de distribución y asignación de bienes dentro de una sociedad, se está haciendo referencia al principio de justicia, específicamente a la justicia distributiva, que regula las relaciones entre el Estado y sus ciudadanos mediante la distribución de cargas y beneficios. Esto implica una relación entre la economía, política y ética, y los recursos sanitarios se asignan a través de este proceso.

Las vacunas son una herramienta poderosa en la lucha contra las epidemias de enfermedades infecciosas emergentes, que representan una amenaza real y creciente para la salud mundial, especialmente en un mundo con una mayor densidad de población, movilidad humana y cambio ecológico.

Las vacunas pueden variar en términos de eficacia y otras características, como la duración de la protección y los requisitos de almacenamiento y manipulación. Idealmente, se preferiría distribuir solo la vacuna más efectiva, que brinde protección duradera y evite no solo la enfermedad por COVID-19, sino también la transmisión del virus. Sin embargo, en el contexto de una pandemia mundial en curso con variantes emergentes del virus, que parecen ser más transmisibles y posiblemente asociadas con un mayor riesgo de mortalidad, existe una buena razón para considerar el uso de una vacuna con resultados clínicos menos favorables que las que ya están en uso puede ser éticamente aceptable, con el fin de preservar la mayor cantidad posible de vidas y acelerar potencialmente el fin de la pandemia.

A continuación, se abordan los criterios utilizados para la distribución de un bien social, en este caso, los recursos para la atención sanitaria, que incluyen las vacunas, que es el tema central de este trabajo.

Es importante mencionar que el desarrollo de una vacuna para controlar una enfermedad transmisible, como la causada por el virus “SARS-CoV-2”, también conocida como “COVID-19”, requiere el conocimiento de las características del virus, la enfermedad que causa y la respuesta inmune que genera. Como todos los virus de la familia de los retrovirus, el “SARS-CoV-2” muta constantemente, y los científicos han aislado su secuencia y la han relacionado con cambios importantes, como su capacidad de infectar, su eficacia de transmisión o su antigenicidad.

Sin embargo, la naturaleza de la respuesta inmune puede variar de una persona a otra, y esto se ha demostrado a través de ensayos clínicos e investigaciones en las que algunas personas han participado.

Cuando una vacuna es autorizada para su uso por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), su capacidad de producción, tecnología y cambios logísticos de distribución y administración son limitados. Entre la autorización de la vacuna y su distribución, es necesario priorizar qué grupos deben

recibir la vacuna, y la duración de este período puede variar en todo el mundo. En países de bajos y medianos ingresos, este período puede prolongarse a pesar de los esfuerzos globales.

Se han identificado grupos prioritarios para la vacunación según la edad y la susceptibilidad a la enfermedad grave y la mortalidad. También se ha considerado cuántas dosis de vacuna son necesarias para prevenir la enfermedad en una persona y con qué frecuencia deben administrarse.

Desde la década de 1970, los científicos se han enfocado en la investigación para prevenir y responder a enfermedades infecciosas que pueden causar pandemias, especialmente los virus de la familia de la influenza. Ante la actual pandemia de COVID-19, los esfuerzos se han intensificado debido a la emergencia y a estudios previos realizados con otros virus de la familia de los retrovirus, como el virus causante de la peritonitis felina. La producción, distribución y asignación de vacunas son aspectos clave en la respuesta de salud pública internacional frente a una pandemia. (Urbiztondo, 2020).

En el año 2008, en los Estados Unidos, se desarrolló la primera guía para evitar una pandemia causada por el virus de la influenza H5N1. En esta guía se priorizó la vacunación para grupos como mujeres embarazadas, infantes y preescolares de 6 a 35 meses, personal de salud de primera línea y personal de laboratorio involucrado en la fabricación de vacunas. Posteriormente, se consideraron grupos de riesgo como personal de seguridad nacional, proveedores de salud, niños, adultos mayores y otros grupos según la severidad de la pandemia y el comportamiento epidemiológico de la infección. Las embarazadas y los niños pequeños tienen prioridad debido a su alto riesgo de desarrollar enfermedades graves y morir.⁹

⁹ Programa sectorial de salud. Gobierno de México (2013-2018). Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes sociales. <http://evaluación.ssm.gob.mx>

La experiencia más cercana en cuanto a la distribución de vacunas antes de la pandemia de COVID-19 fue la pandemia de influenza H1N1 en 2009. Durante esa pandemia, se llevó a cabo una campaña de vacunación masiva que priorizó a cinco grupos poblacionales: mujeres embarazadas, personas a cargo de niños menores de 6 meses, personal de salud, niños y personas de 6 meses a 24 años, y personas de 25 a 64 años con enfermedades crónicas o inmunocomprometidas. En 2018, se revisó la guía para incluir a los técnicos de laboratorio.¹⁰

Existen varias guías y documentos emitidos por autoridades de salud en relación a la preparación y respuesta ante una epidemia por influenza. Algunas de las principales guías en México incluyen:

1. Guía de preparación y respuesta ante una epidemia por influenza del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE): Esta guía proporciona directrices específicas para la preparación y respuesta ante una epidemia de influenza en México. Incluye información sobre medidas de vigilancia epidemiológica, estrategias de prevención y control, manejo clínico de casos, comunicación de riesgos y recomendaciones de vacunación.¹¹
2. Guía de manejo clínico de influenza del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER): Esta guía se centra en el manejo clínico de los pacientes con influenza, brindando recomendaciones sobre el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de complicaciones.¹²
3. Guía de vacunación contra influenza del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE): Esta guía establece las recomendaciones de vacunación contra la influenza en México, incluyendo los grupos prioritarios para la vacunación y las estrategias de implementación.¹³

¹⁰ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (s.f.). Plan nacional para la preparación y respuesta ante la intensificación de la influenza estacional o ante una pandemia de influenza. “Recuperado el” 19 de septiembre del 2021. De plan_nacional_de influenza. <https://www.gob.mx.salud>

¹¹ <https://www.gob.mx/salud/cenaprece>

¹² <http://www.iner.salud.gob.mx/>

¹³ <https://www.gob.mx/salud>

Durante la pandemia de COVID-19, se han seguido dos criterios éticos para la distribución y asignación de vacunas: uno utilitario, orientado a maximizar los beneficios, y otro basado en la justicia y la equidad social, y en valores éticos como la beneficencia, la libertad para tomar decisiones sobre si vacunarse o no, la justicia y la legalidad por parte de las autoridades al brindar información veraz sobre las vacunas disponibles..

El objetivo principal de cualquier campaña de vacunación es maximizar los beneficios en términos de salud, minimizar el riesgo de infección y muerte por COVID-19, y priorizar el bienestar económico y social. El cierre de negocios y la disminución de la actividad económica han causado daños significativos, y el aumento del desempleo ha generado inseguridad. El cierre de escuelas ha comprometido la seguridad de los menores, retrasando su aprendizaje y afectando su desarrollo psicosocial, emocional y general. El aprendizaje en casa también ha sido una carga para los padres y cuidadores, lo que ha repercutido en los ingresos familiares.

La promoción del bienestar no solo se enfoca en reducir la diseminación del virus y proteger los servicios esenciales, sino también en reactivar las actividades sociales, económicas y educativas. Aunque las restricciones en la libertad de movimiento y el distanciamiento social ayudaron a disminuir la propagación del virus, también llevaron al aislamiento familiar y problemas asociados, como la violencia doméstica. Además, la falta de atención a enfermedades crónicas y mentales ha aumentado la tasa de mortalidad por causas no relacionadas con el “COVID-19”.

En términos de justicia y equidad, es importante considerar a aquellos que están en desventaja frente a la enfermedad y tienen un alto riesgo, como los adultos mayores. También se debe tener en cuenta la reciprocidad hacia los trabajadores de la salud, los trabajadores esenciales y los maestros, quienes continúan brindando sus servicios.

La comunicación veraz y eficaz por parte de los gobernantes y los medios de información es crucial para generar confianza en las vacunas y garantizar la legitimidad. Además, es importante contar con una infraestructura adecuada para la distribución de las vacunas, incluyendo suministros, manejo de residuos biológicos y una red de frío segura.

La priorización de grupos para recibir la vacuna contra el COVID-19 se basa en los trabajadores de la salud, aquellos esenciales para mantener las funciones sociales esenciales y aquellos en riesgo de enfermedad grave y sus cuidadores.¹⁴

En cuanto al desarrollo de vacunas, se han realizado esfuerzos acelerados gracias a los avances en genómica y biología estructural. Se han identificado varios candidatos a vacunas, y algunos de ellos han pasado por pruebas clínicas exitosas. La coordinación en la fabricación y suministro de vacunas es fundamental para satisfacer la demanda.

En resumen, la distribución justa de las vacunas contra el COVID-19 se basa en consideraciones de salud pública, justicia y equidad, priorizando a los grupos de mayor riesgo y garantizando la coordinación en el desarrollo, fabricación y suministro de vacunas.

III.I. DESARROLLO CLÍNICO DE VACUNAS.

El desarrollo clínico es un proceso que consta de tres fases. En la fase I, se administran la vacuna de prueba a pequeños grupos de personas. En la fase II, la vacuna se administra a personas con características similares (edad y salud física) a aquellas para las que está destinada la nueva vacuna. En la fase III, la vacuna se administra a miles de personas para probar su eficacia y seguridad. La fase IV corresponde a la comercialización de la vacuna.

¹⁴ OMS, GAVI Y CEPI. COVAX. <https://www.gavi.org/covax-facility>

Para desarrollar una vacuna rápidamente, se requiere un nuevo enfoque durante una pandemia, con un inicio rápido y la realización de varios pasos de manera simultánea, antes de confirmar el éxito de un paso antes de avanzar al siguiente (Zonenszain, 2021).

La rapidez con la que se ha obtenido la secuencia genética del “SARS-CoV-2” y el aprovechamiento de las líneas de desarrollo de vacunas existentes para otros virus han permitido la rápida aparición de vacunas candidatas contra el “SARS-CoV-2”. Los estudios previos con los virus SARS-CoV-1 y MERS-CoV han contribuido al conocimiento del mecanismo de infección del “SARS-CoV-2” y a la selección de moléculas candidatas para posibles vacunas. Las plataformas basadas en ADN y ARN tienen un gran potencial para el desarrollo de nuevas vacunas, ya que pueden fabricarse rápidamente sin necesidad de cultivo o fermentación, utilizando procesos sintéticos. Además, existe experiencia en el desarrollo de vacunas oncológicas utilizando estas plataformas.

Debido a las limitaciones de los modelos animales u otros modelos para el estudio de enfermedades en humanos, es necesario realizar investigaciones en seres humanos, conocidas como ensayos clínicos, para comprender las características de la enfermedad y luego encontrar formas de tratarla. Esta necesidad está reconocida en las guías éticas internacionales AMM 2013 y se aplica a la mayoría de las investigaciones relacionadas con “COVID-19”, ya sea en personas que han contraído el virus o en aquellas que están en riesgo de contraerlo. (Bianchini, 2021).

“La Organización Panamericana de la Salud (OPS)” ha publicado un documento que destaca puntos clave para la investigación en seres humanos durante la pandemia, donde se señala que existe un deber ético de realizar investigaciones rigurosas para comprender mejor la enfermedad, desarrollar vacunas, tratamientos y estrategias de gestión. Este deber ético implica una responsabilidad por parte de todos los involucrados, y el Estado tiene la responsabilidad principal de garantizar

que se realicen las investigaciones, estableciendo las pautas para la seguridad de los sujetos de investigación y la accesibilidad a los tratamientos finales.

III.II. DERECHO A LA CIENCIA. DERECHOS Y OBLIGACIONES.

El derecho a la ciencia es un componente de los derechos humanos, y durante la pandemia se convierte en una obligación, siendo el Estado el responsable de garantizarlo. Surge la pregunta: ¿Cuál es la diferencia entre deberes y obligaciones? Una obligación implica un requerimiento, una limitación a nuestra libertad, un mandato que debemos cumplir independientemente de nuestros deseos o preferencias al respecto. Existen diferentes tipos de obligaciones, como las políticas, jurídicas y morales. Según Kant, la distinción entre el deber moral y la obligación política o jurídica radica en la fuente de la obligación: en el primer caso, la coacción proviene internamente (autocoacción), mientras que en el segundo caso existe una coacción adicional externa, a través de la autoridad de un poder central, generalmente el Estado. Existe la obligación moral de que todos los seres humanos tengan una vida digna, lo cual incluye el acceso a servicios de salud. Esta obligación moral genera la obligación política estatal de garantizar, a través de políticas públicas, su accesibilidad. En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en su artículo 27, se menciona el derecho de toda persona a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él se deriven. A este derecho le corresponde una obligación: la de llevar a cabo investigaciones de manera responsable. Según Onora O'Neill, todo derecho conlleva una obligación, pero no toda obligación genera un derecho. Los derechos pueden clasificarse como universales de bienestar o derechos universales de libertad. Los primeros se pueden reclamar o renunciar a ellos solo si se ha establecido un sistema de asignación de instituciones o agentes que cumplan con lo que ese derecho requiere.

Las obligaciones especiales perfectas pueden asignarse a diferentes instituciones y agentes, por lo que se les denomina obligaciones distributivas. En este sentido, el derecho a la ciencia se considera un derecho universal de bienestar que conlleva

ciertas obligaciones, como la obligación moral especial perfecta del Estado de llevar a cabo investigaciones de manera responsable. Esto implica no solo fomentar la investigación y garantizar la seguridad de los sujetos involucrados, sino también asegurar el acceso a los tratamientos que resulten de dichas investigaciones. La naturaleza distributiva de esta obligación radica en que se requieren estructuras institucionales efectivas para su cumplimiento, dividiendo las obligaciones entre diversos agentes dentro de cada institución. (Páez, 2018).

III.III. PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL EN MÉXICO.

El Consejo Nacional de Vacunación en México fue establecido en 1991 mediante un decreto presidencial. Su objetivo es coordinar y promover acciones para controlar y eliminar enfermedades infecciosas a través de un Programa Nacional de Vacunación Universal. La Secretaría de Salud, como órgano rector, unifica criterios y esquemas de vacunación en diferentes instituciones de salud del país. El programa de Vacunación Universal en México es una política pública de salud que busca proteger a la población contra enfermedades prevenibles mediante la aplicación de vacunas. Este programa incluye acciones que deben ser implementadas en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud para lograr el control, eliminación y erradicación de estas enfermedades. Los objetivos del programa de vacunación universal en México son alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación para enfermedades como la poliomielitis, difteria, tétanos, sarampión, rubéola, influenza, entre otras. También se busca prevenir brotes de enfermedades, asegurar el adecuado manejo de los biológicos, y garantizar la detección y seguimiento de eventos adversos relacionados con la vacunación. El derecho a la salud es fundamental en la sociedad, y es responsabilidad del Estado proporcionar este derecho. El propósito del Programa de Vacunación Universal es reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles, alcanzar altas coberturas de vacunación y posicionar la vacunación como un derecho universal y un bien público. En cuanto a la historia de la vacunación en México, el país ha tenido logros significativos en la aplicación y producción de vacunas. Desde la introducción

de la vacuna contra la viruela en 1804, se han realizado diversas campañas de vacunación y se han creado instituciones dedicadas a la producción de vacunas. México ha sido reconocido a nivel internacional por su programa de vacunación y ha contribuido a la erradicación de enfermedades como la viruela. A lo largo del tiempo, el esquema básico de vacunación en México ha evolucionado, pasando de 6 a 14 inmunógenos, lo que lo convierte en uno de los más completos de América Latina. Durante situaciones como la pandemia de influenza H1N1 en 2009, se han implementado mejoras en las técnicas de vacunación y en la infraestructura de salud pública. En resumen, el programa de Vacunación Universal en México es una política de salud pública que busca proteger a la población contra enfermedades prevenibles mediante la aplicación de vacunas. A lo largo de la historia, México ha tenido logros significativos en la vacunación y ha desarrollado un esquema completo de vacunación. La vacunación es considerada una medida preventiva altamente efectiva y beneficiosa tanto para quienes la reciben como para la comunidad en general, se puede considerar un principio ético.

México ha firmado y cumplido varios compromisos internacionales en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles, como la erradicación de la viruela, la eliminación de la poliomielitis, el sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita, la difteria, el tétanos neonatal, y la reducción significativa de otras enfermedades prevenibles, como las diarreas por rotavirus, las enfermedades graves causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B y *Streptococcus pneumoniae*, y el aumento de las tasas de vacunación.

El éxito de estos programas de políticas públicas se debe a la colaboración de la ciudadanía, el gobierno, la solidaridad de la sociedad y una respuesta organizada de los servicios de salud, así como a la ciencia y la tecnología. La participación y aceptación de la población son elementos clave para la introducción de vacunas y la generación de demanda. (Santos, 2002).

En el plan de vacunación universal de 2020 se implementaron las semanas binacionales de salud, que tienen como objetivo beneficiar a miles de trabajadores

migrantes y sus familias que no tienen acceso a servicios médicos. Esta iniciativa es organizada por la Iniciativa de Salud de las Américas, la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, la Universidad de California y diversas entidades públicas y privadas a nivel federal, estatal y local, incluyendo la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSTE y la Secretaría de Relaciones Exteriores. En México, la vacunación es universal, lo que significa que todas las personas que se encuentren en el territorio nacional pueden beneficiarse de ella, incluyendo migrantes, refugiados y desplazados debido a las características geográficas y demográficas del país, así como el riesgo de emergencias o reemergencias de enfermedades infecciosas.¹⁵

III.IV. BREVE HISTORIA DE LA VACUNACIÓN EN MÉXICO.

En México, existe una extensa historia de aplicación y producción de vacunas que ha resultado en importantes logros y éxitos. El programa de vacunación del país ha obtenido reconocimiento gracias a la elaboración de vacunas efectivas, de bajo costo y fácilmente accesibles a gran escala, con efectos protectores duraderos.

La historia de la vacunación en México se remonta a 1804, cuando se introdujo la vacuna contra la viruela, descubierta por Edward Jenner a finales del siglo XVIII. El Rey Carlos IV de España emitió una orden real que anunciaba la introducción de la vacuna contra la viruela en los territorios españoles de América y Asia. El Dr. José Flores propuso una travesía en barcos con ganado bovino para mantener el biológico, estableciendo cuatro objetivos fundamentales que aún se aplican en la actualidad: garantizar el acceso a la vacuna para toda la población, capacitar a la población en la producción del biológico, establecer un registro de las personas vacunadas y conservar la linfa para futuros usos.

¹⁵ Programa de vacunación universal y jornadas nacionales de salud pública lineamientos generales (2020). Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, centro nacional para la salud de la infancia y adolescencia.

En 1803, el Dr. Francisco Xavier de Balmis lideró la llamada expedición filantrópica, en la cual se inoculaba la linfa vacunal de brazo a brazo en 22 niños expósitos. Esta técnica de vacunación se extendió por Puerto Rico, Venezuela, Cuba y llegó a Sisal (Yucatán) en 1804, expandiéndose posteriormente por todo el territorio mexicano. Balmis también llevó la vacuna a Filipinas y China, utilizando niños mexicanos como portadores de la vacuna de brazo a brazo. Esta fue la primera campaña de vacunación contra la viruela, realizada 100 años antes de la creación de la “Organización Panamericana de la Salud (OPS)” y 150 años antes de la “Organización Mundial de la Salud (OMS)”.

En 1868, Ángel Gabiño Iglesias importó de Francia la semilla del virus de la viruela para la producción de linfa antivariolosa, debido a que la vacunación de brazo a brazo implicaba el riesgo de transmitir otras enfermedades infectocontagiosas, como la sífilis.

En 1888, Eduardo Liceaga utilizó la vacuna antirrábica del Instituto Pasteur para salvar la vida de un niño que fue mordido por un perro rabioso. Luego, en 1903, fundó el Instituto Antirrábico Nacional. En ese mismo año se creó el Instituto Bacteriológico Nacional, precursor de BIRMEX, que se transformó en el Instituto de Higiene en 1951 y comenzó a producir la vacuna antirrábica.

En 1926, la vacunación contra la viruela se volvió obligatoria en México, y en 1951 se documentó el último caso de viruela en San Luis Potosí. A partir de entonces, se implementaron diferentes vacunas en el país, como la vacuna BCG contra la meningitis tuberculosa en 1951, la vacuna contra el tétanos en 1954, la vacuna DPT en 1955 y la vacuna inactivada contra la poliomielitis en 1956, que posteriormente fue reemplazada por la vacuna oral antipoliomielítica en 1962.

Desde 1970, se comenzó a producir la vacuna contra el sarampión tipo Schwarz en el Instituto de Virología, y en 1978 se cambió la cepa Schwarz por la Edmonston-Zagreb. En 1973, se inició el Programa Nacional de Inmunizaciones, que ha

experimentado diversas mejoras a lo largo del tiempo. En 1991, se creó el Consejo Nacional de Vacunación, que permitió consolidar el programa y convertirlo en un Programa de Vacunación Universal, garantizando la inclusión de nuevos biológicos y convirtiendo a México en un modelo para la región de las Américas y el mundo.

En 1986, se implementó la cartilla nacional de vacunación para llevar un registro de las vacunas administradas. En 1990, México se convirtió en uno de los siete países en el mundo autosuficientes en la producción de todos los biológicos del Programa Nacional de Inmunizaciones. En ese mismo año, se reconoció que una sola dosis de la vacuna contra el sarampión era insuficiente, por lo que se agregó una segunda dosis al ingresar a la escuela primaria.

En 1991, se estableció el Programa de Vacunación Universal, con acciones permanentes en todas las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud. Se ofrecen cotidianamente vacunas disponibles a la población y se realizan campañas intensivas de vacunación contra la poliomielitis y el sarampión, así como semanas nacionales de salud.

En 1998, con la introducción de la vacuna SRP, México dejó de ser autosuficiente en vacunas y se creó BIRMEX (Biológicos y Reactivos de México) en 1999, encargado de la producción, importación, distribución y comercialización de vacunas, sueros y reactivos para la población mexicana. En ese mismo año, se modificó por primera vez el esquema nacional de vacunación al aplicar la vacuna triple viral contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Durante la gestión del Dr. Juan Ramón de la Fuente como Secretario de Salud, México se convirtió en el primer país en la región en incorporar la vacuna pentavalente (DPT, Haemophilus influenzae B/HB), que permitió incrementar el número de biológicos en una sola inyección en comparación con la tradicional DPT. El Dr. Julio Frenk Mora, exsecretario de Salud, introdujo la cartilla para adolescentes que incluye nuevos biológicos en su esquema.

La vacunación es una intervención de gran relación costo-efectividad y un indiscutible costo-beneficio. Es una medida de salud pública preventiva que contribuye a la promoción de la salud. Las vacunas no solo protegen a las personas que las reciben, sino también a quienes las rodean. México ha logrado reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles mediante la vacunación. A lo largo del programa nacional de inmunizaciones, el esquema básico de vacunación ha experimentado modificaciones, pasando de 6 a 14 inmunógenos, lo cual lo convierte en uno de los esquemas más completos de América Latina (Santos, 2014).

Durante la pandemia del virus de la influenza H1N1 en 2009, se modernizaron el INDRE (Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos) y la Dirección General Adjunta de Epidemiología, implementando nuevas técnicas moleculares para el diagnóstico de enfermedades inmunoprevenibles.

Me pareció importante anexar los antecedentes de la historia de vacunación en México, ya que resalta valores éticos en cuanto a la preocupación por preservar la salud de la población, prevenir enfermedades infectocontagiosas mediante el desarrollo del Plan Nacional de Vacunación que va dirigido a población específica para prevenir la diseminación, y contagio de dichas enfermedades.

A continuación, se analizará lo sucedido durante la pandemia de COVID-19, incluyendo la distribución justa de las vacunas a nivel mundial, así como otros aspectos éticos como la investigación, producción y el compromiso internacional de compartir conocimientos.

III.V. DESABASTO DE VACUNAS EN MÉXICO.

Según el Instituto Farmacéutico (INEFAM). Mientras que en 2018 se adquirieron 45 millones de dosis, en 2019 solo se compraron 20 millones. La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2018 reveló que siete de cada diez niños de dos a tres

años en el país no tienen completo el esquema de vacunación obligatorio establecido por la Ley General de Salud. Además, entre el 28 de febrero y el 31 de mayo de 2020, se registraron 196 casos de sarampión en México, una enfermedad que ya no era endémica en el país.

En 2019, más de 348,000 menores en México no habían recibido la primera dosis de la vacuna combinada contra difteria, tétanos y tosferina (DPT). Para 2020, esta cifra aumentó en un 30%, alcanzando al menos a 454,000 niños mexicanos sin un esquema de vacunación básico, según datos oficiales de la “OMS”, “OPS” y “UNICEF”. Estos organismos internacionales señalaron que las interrupciones en los servicios de vacunación a nivel mundial debido a la pandemia de “COVID-19” provocaron descensos en las tasas de vacunación infantil en la mayoría de los países. Además, muchos recursos y personal se desviaron para combatir el “COVID-19”, lo que resultó en interrupciones en la prestación de servicios de inmunización en diversas partes del mundo. La pandemia ha tenido un impacto negativo en la inmunización infantil, exponiendo a millones de niños a enfermedades mortales y prevenibles. El Dr. Seth Berkley, director general de Gavi, la Alianza para las Vacunas, declaró: "No podemos permitir que el legado de la COVID-19 provoque el resurgimiento del sarampión, la poliomielitis y otras enfermedades mortales". (Pérez, 2021).¹⁶

III.VI. VACUNACIÓN DURANTE LA “PANDEMIA POR COVID-19”.

Como parte fundamental de la estrategia para combatir la pandemia del “COVID-19”, la “OMS” recomendó el uso de vacunas seguras y eficaces, que se distribuirían en todos los países para controlar la transmisión del virus SARS-CoV-2. Se estableció que todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, recibirían dosis de vacuna de manera equitativa y gradual, priorizando a los grupos vulnerables para maximizar el beneficio social.

¹⁶ Pérez, M. (2021) En 2020, cerca de 454,000 menores mexicanos no recibieron sus vacunas básicas. www.eleconomista.com.mx/empresas/En-2020-cerca-de-454000-menor.

El acceso a las vacunas por parte de los países ha dependido de tres factores principales: capacidad de compra, plataforma comercial institucionalizada y aprobación por parte de las autoridades sanitarias nacionales.

La producción mundial de vacunas por parte de los laboratorios con aprobación de emergencia se estima en 12.9 mil millones de dosis. La necesidad global de vacunas durante la pandemia ha impulsado el desarrollo de vacunas a nivel local, gracias a la inversión en ciencia y tecnología, así como a la tradición histórica en el desarrollo de fármacos.

Un ejemplo de esto es la vacuna Abdala en Cuba, que ha permitido que el país sea el primero de ingreso medio en lograr la inmunidad de rebaño mediante la vacunación de su población con esta vacuna de producción nacional. Aunque esta vacuna no ha pasado por los mecanismos médicos internacionales regulatorios, ensayos clínicos internos indican que tiene una eficacia del 92% contra la infección complicada por “COVID-19”.

En México, además de los contratos de compra, el país ha iniciado el desarrollo de una vacuna local contra el COVID-19. La vacuna mexicana, llamada Patria, utiliza un virus recombinante de la enfermedad de Newcastle, que también se utiliza en vacunas veterinarias contra el virus de la influenza. La vacuna ha superado con éxito las fases preclínicas y se espera que se realicen pruebas en 100 voluntarios humanos. La Cofepris ha certificado la seguridad de la planta y los primeros lotes de vacunas, y se espera que esté lista para su uso en emergencia a finales de 2021.

Los primeros países en desarrollar vacunas fueron Estados Unidos, Alemania, China, Reino Unido, Rusia e India. Estos países se han convertido en los principales proveedores de vacunas en todo el mundo a través de contratos de compra y acuerdos de cooperación.

Se estableció una colaboración global llamada “COVAX”, dirigida por la “OMS”, “GAVI” y “CEPI”, con el objetivo de desarrollar, fabricar y distribuir vacunas de manera equitativa para combatir la “COVID-19”. “COVAX” buscaba obtener 2,000 millones de dosis de vacunas antes de finales de 2021, con la intención de facilitar su acceso a países que las recibirían de forma gratuita o que pagarían por ellas. Se asignarían dosis proporcionalmente a la población de cada país, evitando que ningún país recibiera más del 20% de su población hasta que todos hubieran alcanzado ese porcentaje.¹⁷

La asignación de vacunas se basaría en criterios epidemiológicos y éticos, priorizando a los trabajadores de la salud y a las personas de 65 años en adelante con comorbilidades. La distribución equitativa también tomaría en cuenta la vulnerabilidad de los países y se enfocaría en romper la cadena de transmisión de la COVID-19 mediante la inmunización de grupo.

Las propuestas de asignación de vacunas varían en diferentes países y organizaciones, pero se centran en principios de justicia en la priorización, transparencia y evidencia científica. Se consideran factores como el riesgo de infección, la morbilidad grave/mortalidad, el impacto social negativo y la transmisión a terceros.¹⁸

Las vacunas contra el COVID-19 son un bien público de alcance global y la “Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como objetivo principal, mientras la producción sea limitada, reducir la mortalidad y proteger los sistemas de salud. Los principios éticos fundamentales son el bienestar humano, el reconocimiento de la dignidad de todas las personas y tratarlas en consecuencia, garantizar la equidad en el acceso a las vacunas, generar reciprocidad con aquellos grupos en riesgo

¹⁷ OMS, GAVI Y CEPI. COVAX. <https://www.gavi.org/covax-facility>.

¹⁸ Commitment and call to action: Global collaboration to accelerate new covid-19 health technologies.(2020) <https://www.who.int/news-room/detail24-04-2020-commitment-and-call-to-action-global-collaboration-to-accelerate-new-Covid-19-health-technologies>

significativo frente al COVID-19”, y tomar decisiones transparentes a nivel global y nacional sobre la distribución de las vacunas.

La “OMS” ha identificado grupos de población que maximizarían los beneficios de una cantidad limitada de dosis de vacunas: los trabajadores de la salud de primera línea, las personas de 65 años en adelante y aquellas con ciertas comorbilidades. En una primera fase, todos los países deberían recibir cantidades suficientes de vacunas para atender situaciones humanitarias, como personas desplazadas y refugiadas.

La importancia de la cantidad de dosis asignadas en cada ronda se basará en el impacto potencial del COVID-19 según datos epidemiológicos y la vulnerabilidad del sistema de salud de cada país. Este enfoque ha sido criticado por aquellos que defienden una priorización equitativa basada en beneficiar a las personas y limitar el daño, priorizando a los más vulnerables y reconociendo la igualdad de dignidad para todas las personas.

El modelo propuesto por la “OMS” argumenta que la “COVID-19” causa tres tipos de daño: muertes y daños orgánicos permanentes, sobrecarga en los sistemas de salud y deterioro económico. Propone tres fases: la primera busca reducir las muertes prematuras, especialmente en países más pobres, utilizando como medida el año de vida esperado perdido evitado por dosis de vacuna. La segunda fase apunta a reducir las carencias económicas y sociales, utilizando medidas de mejora económica como la reducción de la pobreza absoluta y el ingreso nacional bruto. La tercera fase tiene como objetivo reducir la transmisión comunitaria para facilitar el regreso a las actividades económicas y sociales, y se busca lograr la inmunidad de grupo en todos los países.

Se argumenta que la propuesta de la “OMS” no ha demostrado que al vacunar prioritariamente a los trabajadores de la salud y a las personas con mayor riesgo de fallecer se reducirá la mortalidad por “COVID-19”. Cuando un país tenga suficientes

dosis, la mejor opción sería vacunar a las personas en edad laboral para alcanzar más rápidamente la inmunidad de grupo, algo que no ha sido posible debido a la limitada producción de vacunas.¹⁹

La asignación de vacunas propuesta por la Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos considera tres principios procedimentales: justicia en la priorización, transparencia y fundamentación en evidencia. Se toman en cuenta cuatro criterios de asignación: riesgo de contagio, gravedad de la enfermedad/mortalidad, riesgo de impacto social negativo y riesgo de transmisión a terceros. Propone cuatro fases de asignación que van desde los trabajadores de la salud y grupos de alto riesgo hasta la población en general.

En la lucha contra la pandemia del COVID-19, los científicos, trabajadores de la salud y responsables de políticas públicas han trabajado con datos limitados mientras intentan implementar rápidamente la distribución de vacunas. Han surgido diversas propuestas para llevar vacunas a la mayor cantidad de personas posible, como priorizar la administración de la primera dosis y extender el tiempo entre dosis, o combinar dosis de diferentes fabricantes. Estas propuestas se basan en las graves pérdidas sociales, médicas, económicas y emocionales causadas por el “COVID-19”, aunque solo se justificarían si se salvan más vidas de manera segura en menos tiempo.

Las primeras vacunas aprobadas, las de ARNm, han demostrado que una sola dosis tiene una eficacia del 50 al 92%, pero fueron diseñadas originalmente para administrarse en dos dosis, alcanzando así una eficacia del 95% para prevenir formas graves de la enfermedad.

La confianza pública en la vacunación puede verse afectada cuando las pautas cambian sin una justificación clara y con resultados menos seguros. Actuar sin datos

¹⁹ World Health Organization (2020). WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>.

confiables conlleva el riesgo de perder el objetivo compartido a nivel mundial: salvar la mayor cantidad de vidas lo más rápido posible.

La producción mundial de vacunas por parte de los laboratorios con aprobación de emergencia se estima en 12.9 mil millones de dosis. La necesidad global de vacunas durante la pandemia ha impulsado el desarrollo de vacunas a nivel local gracias a la inversión en ciencia, tecnología y la experiencia histórica en el desarrollo de medicamentos.

Es importante tener en cuenta que los científicos y las autoridades de salud han trabajado con datos limitados para diseñar estrategias de distribución de vacunas, y han surgido propuestas para maximizar la administración de vacunas a la mayor cantidad de personas en el menor tiempo posible. Algunas estrategias incluyen administrar una sola dosis o mezclar dosis de diferentes fabricantes, aunque estas acciones deben basarse en datos confiables y resultados seguros para mantener la confianza pública en la vacunación.

En resumen, la distribución equitativa de vacunas contra la “COVID-19” a nivel mundial es un desafío complejo. Se están realizando esfuerzos para desarrollar y producir vacunas a nivel local, además de los contratos de compra con los principales proveedores. Diferentes propuestas de asignación de vacunas se basan en criterios epidemiológicos y éticos, priorizando a los grupos más vulnerables. La confianza pública en la vacunación es fundamental, por lo que las decisiones deben fundamentarse en evidencias científicas sólidas y ser transparentes en su implementación.

En México, al igual que en muchos otros lugares del mundo, la pandemia de “COVID-19” tuvo un impacto devastador. Los efectos en la salud, lo social y lo económico han sido enormes y han afectado los derechos humanos, como el acceso universal a la salud, la libertad de movimiento, el trabajo, la alimentación, la educación, entre otros.

Ante la limitación inicial en el acceso a las dosis de vacunas, la responsabilidad de distribuir estos bienes recae en el Estado, y se han tenido que tener en cuenta las prioridades de la población para garantizar una asignación adecuada. Algunas vacunas requieren cuidados especiales en el transporte y almacenamiento debido a sus características de fabricación. Por ejemplo, las vacunas de ARN mensajero (mRNA) requieren temperaturas de ultracongelación de alrededor de -70°C , lo cual dificulta enormemente la estrategia operativa de distribución a los puntos de vacunación y su aplicación a los usuarios, y también incrementa los costos. En este sentido, es importante destacar que el gobierno mexicano negoció con Pfizer-BioNTech la donación de la cadena de frío y los ultracongeladores necesarios.

Se consideraron cuatro principios para llevar a cabo la distribución de las vacunas:

1. Capacidad de desarrollo y adquisición de vacunas.
2. Reciprocidad, teniendo en cuenta que en algunos casos, países de bajos ingresos participaron en el proceso de producción de vacunas pero no se beneficiaron de ellas.
3. Capacidad para implementar programas masivos de vacunación, distribuyendo las vacunas en países donde se pueda maximizar los beneficios y reducir el desperdicio de este recurso escaso. Esto implica contar con infraestructura adecuada, como la cadena de frío, sistemas de distribución, suministros y personal capacitado para la administración de vacunas.
4. Justicia distributiva para países de bajos ingresos económicos.

Es necesario contar con un marco de gobernanza que promueva el acceso equitativo a las vacunas contra el “COVID-19” y que cuente con la confianza de la comunidad internacional. En este marco, se deben evitar influencias políticas y comerciales.

México solicitó acceso al mecanismo COVAX, lo que aseguró un acceso inicial que cubría alrededor del 20% de la población del país con un esquema completo de vacunación. Se designaron tres grupos prioritarios dentro del mecanismo: 1) trabajadores de la salud, 2) personas en riesgo de enfermedad grave y muerte, y 3) trabajadores esenciales. Se utilizó la información de las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para determinar el tamaño de cada grupo de edad y se consideraron tres comorbilidades asociadas con un mayor riesgo de casos graves de “COVID-19”.

También se utilizó un análisis de mortalidad basado en datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que considera características individuales e indicadores de pobreza, desigualdad e informalidad laboral a nivel municipal. Los criterios de priorización fueron los siguientes: a) trabajadores de la salud, b) adultos mayores de 80 años (con y sin comorbilidades), c) adultos entre 70 y 79 años (con y sin comorbilidades), d) adultos entre 60 y 69 años (con o sin comorbilidades), e) adultos entre 50 y 59 años (con y sin comorbilidades), f) adultos entre 40 y 49 años (con y sin comorbilidades), g) el resto de la población.

México fue uno de los primeros países en comenzar la campaña de vacunación contra el COVID-19 debido a la compra anticipada de vacunas. El gobierno mexicano comenzó a concretar las compras de vacunas a partir de octubre de 2020, asegurando el acceso a 198 millones de dosis de AstraZeneca, Pfizer y CanSino a través de COVAX. La adquisición de vacunas comenzó el 23 de diciembre de 2020 y la campaña de vacunación se inició el 24 de diciembre, centrándose en el primer grupo prioritario: el personal médico de instituciones públicas.

Durante las negociaciones para la adquisición de vacunas, el gobierno mexicano también utilizó el mecanismo de ensayos clínicos. Los laboratorios que llevaron a cabo ensayos clínicos en el país fueron Novavax, Curevac, Janssen, CanSino y la vacuna Patria. Además, se realizó el envasado de la sustancia activa en laboratorios ubicados en territorio nacional.

III.VII. GRUPO TÉCNICO ASESOR DE VACUNAS EN MÉXICO.

En México, se implementó el Grupo Técnico Asesor de Vacunas (GATV) a finales de 2019, siguiendo las recomendaciones de la “OPS/OMS”. Este grupo se creó para asesorar a la Secretaría de Salud federal en el uso de vacunas contra el COVID-19 en México. Se tomaron en cuenta factores como el acceso global, la producción limitada, las prioridades de vacunación, la infraestructura de recepción y distribución, así como la vigilancia de eventos adversos y el impacto en la estrategia de vacunación.

Los criterios para la distribución de vacunas se basaron en la información epidemiológica, considerando la edad y las comorbilidades como la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad y la inmunosupresión. Se priorizó la vacunación de adultos mayores de 60 años, seguidos por personas con enfermedades crónicas y la población indígena debido a su mayor riesgo. Los profesionales de la salud también fueron considerados prioritarios debido a su exposición al virus.

Basándose en la información epidemiológica obtenida del Sistema para el Registro de Información sobre Casos Probables de Enfermedades Respiratorias Virales (SISVER), el Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) y la Dirección General de Epidemiología (DGE), los criterios más frecuentes utilizados para la distribución de recursos escasos en el ámbito de la salud son la maximización de la utilidad esperada y el principio de justicia distributiva, dando prioridad a aquellos con mayores necesidades.

El sistema de semáforo implementado en México permitió observar que la transmisión de la infección por “COVID-19” no era uniforme en todo el territorio nacional. Se encontró que el grupo de edad con mayor contagio predominaba en adultos de 25 a 60 años, sin distinción de género, y se asociaba a comorbilidades como la hipertensión arterial sistémica y la obesidad, por mencionar algunas, así como al embarazo.

El análisis sobre pobreza, inequidad y “COVID-19” demostró que la combinación de pobreza, pobreza extrema (indicadores de privación de bienes individuales), marginación (indicadores de privación de bienes comunitarios y sociales) y menor acceso a servicios de salud se relacionaba con una mayor probabilidad de fallecer por “COVID-19” en México. Además, se observó una mayor propagación del virus en entornos densamente poblados y con poca ventilación, debido a factores sociales y culturales en México, donde es común encontrar viviendas donde conviven más de dos generaciones de familia y donde la gente en edad productiva no podía trabajar desde casa y necesitaba salir.

El criterio más importante para definir la prioridad de vacunación fue reducir la probabilidad de muerte, y la edad resultó ser la variable más relevante, especialmente en grupos de 60 años o más. El segundo grupo prioritario, en función de la probabilidad de fallecer, fue el de personas con enfermedades crónicas, como enfermedad renal, diabetes, obesidad, inmunosupresión e hipertensión arterial sistémica.

En México, la población indígena ha experimentado históricamente condiciones de exclusión social. Esta población tiene un mayor riesgo de dar positivo en las pruebas y también una mayor probabilidad de fallecer, por lo que su vacunación debe ser priorizada. Según el principio de diferencia de Rawls, que sostiene que las desigualdades injustas deben corregirse, surge el principio de compensación. Las desigualdades basadas en el origen y las características naturales son injustas, es necesario compensarlas de alguna manera. Para tratar a todos con igualdad, la sociedad debe prestar atención a aquellos que nacieron en situaciones sociales desfavorables. La ocupación también es un indicador importante de riesgo, especialmente en aquellos trabajos vinculados a un nivel socioeconómico más bajo, aunque no todas las ocupaciones tienen la misma probabilidad de acceder a una prueba o recibir atención médica de manera oportuna, lo que dificulta la priorización basada únicamente en la ocupación.

Los profesionales de la salud, debido a su alto contacto con personas infectadas con COVID-19, se consideraron de mayor exposición y, siguiendo el principio de reciprocidad y su papel central en la atención a los enfermos, se les otorgó prioridad. El género no se utilizó como indicador para la priorización de la vacunación. Aunque se demostró que los hombres tenían una mayor probabilidad de contagio, de dar positivo en la prueba y de enfermar y fallecer en comparación con las mujeres, desde una perspectiva de género se reconoció que las mujeres también podían contagiarse en segundo plano y, debido a su papel principal como cuidadoras, no se realizó ninguna distinción en la priorización de la vacunación.

La estrategia de vacunación en México se enfrentó a desafíos en la cadena de suministro y distribución, lo que llevó a disparidades en la vacunación en diferentes regiones del país. Se realizó un análisis de la infraestructura del programa nacional de vacunación, incluyendo sistemas de información, distribución, recursos humanos, cadena de frío y gestión de desechos.

III.VIII. ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN.

En México, un país con una población de 128 millones de habitantes, la cadena de suministro ha sido un desafío importante para el gobierno mexicano durante la campaña de vacunación. La distribución de las vacunas no ha sido uniforme en todo el país. Algunos estados, como Baja California Norte, han tenido el mayor porcentaje de vacunación, seguidos de la Ciudad de México. Esto refleja los desafíos en la distribución y suministro de vacunas para llegar a todo el territorio nacional.

Se realizó un análisis de la infraestructura del programa nacional de vacunación para evaluar la situación actual. Este análisis incluyó aspectos como: 1) contar con un sistema de información nominal de vacunación, 2) distribución nacional hacia las entidades federativas y los puntos de vacunación, 3) recursos humanos (reforzamiento, capacitación y reclutamiento), 4) cadena de frío adecuada y certificada para cada tipo de vacuna, 5) insumos necesarios para el

almacenamiento, distribución y aplicación de las vacunas, 6) manejo adecuado de los desechos generados por la preparación y aplicación de las vacunas, y 7) implementación de un sistema de vigilancia posterior a la introducción de las vacunas.

Una cadena de suministro eficiente requiere un almacenamiento, manipulación y gestión adecuados de las dosis de vacunas, un control riguroso de la temperatura durante el transporte y almacenamiento en cadena de frío, y sistemas de información adecuados para la gestión logística. Es crucial garantizar la disponibilidad constante de vacunas de calidad, desde su fabricación hasta su entrega en los puntos de vacunación, para evitar la pérdida de oportunidades de inmunización debido a la falta de disponibilidad de vacunas.

El esfuerzo para vacunar a toda la población requirió la participación de múltiples instituciones y sectores de la sociedad. La Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, asociaciones civiles y la industria privada se unieron al sector salud, incluyendo al IMSS y al ISSSTE, para llevar la vacuna a sus beneficiarios. Sin embargo, se enfrentaron dificultades para llegar a poblaciones remotas, como el mantenimiento de la cadena de frío. Esto implicó la adaptación del sistema nacional de vacunación, incluyendo la adquisición e instalación de ultracongeladores por parte de la Secretaría de Salud, mejoras en la red eléctrica y la adquisición de insumos necesarios para la preparación de las vacunas, como en el caso de la vacuna Pfizer-BioNTech.

La comunicación y la información a la población por parte de las autoridades fue un factor importante. Se utilizó un lenguaje claro y transparente para informar sobre la estrategia de vacunación y evitar generar falsas expectativas que no se pudieran cumplir.

La Política Nacional de Vacunación contra “COVID-19 en México” estableció diversos objetivos, como reducir la carga de enfermedad y defunciones causadas

por la COVID-19, vacunar a las personas más susceptibles a complicaciones, reducir hospitalizaciones y muertes, facilitar la reapertura económica y lograr la inmunidad de grupo vacunando al 70% de la población.

Para lograr estos objetivos, el gobierno mexicano consolidó la precompra de 300 millones de dosis en enero de 2021, considerando la población de 128 millones de habitantes. En la primera fase, se planificó la aplicación de 125,000 esquemas de vacunación con la vacuna Pfizer/BioNTech en la Ciudad de México y Coahuila.

En un principio, se comenzó vacunando al personal de salud de las instituciones públicas, seguido del personal de salud de instituciones privadas que estaban en la primera línea de combate contra el “COVID-19”. Posteriormente, se priorizó la vacunación por grupos de edad, lo que generó críticas fundamentadas en la situación de saturación del sistema de salud, donde algunos médicos en su práctica privada atendían a pacientes con “COVID-19” en sus consultorios.

Como muestra de solidaridad, el gobierno de Estados Unidos donó más de un millón de dosis de la vacuna Janssen, y el gobierno mexicano organizó la inmunización para un tercio de la población mexicana de 18 a 39 años en los 38 municipios fronterizos con Estados Unidos, con el objetivo de facilitar la reapertura de actividades en la frontera.

México también ha demostrado liderazgo diplomático y político al donar vacunas a países de Centroamérica, utilizando dosis envasadas a granel que se adquirieron de los laboratorios AstraZeneca y CanSino. El registro y la documentación de la vacunación se realizaron mediante la captura de datos oficiales de la población en una plataforma en línea a cargo de la Secretaría de Gobernación, donde también se podía obtener el comprobante de vacunación (Félix, 2021). Sin embargo, se puede hacer la reflexión de que la vacuna no se distribuyó como se hubiera esperado debido a factores políticos del momento, como se mencionó al principio, al inicio del sexenio del Presidente López Obrador, hubo recortes al presupuesto

destinado a la salud, incluyendo la investigación que habitualmente se realiza en los Institutos Nacionales de Salud.

III.X. VACUNACIÓN CONTRA “COVID-19” EN NIÑOS.

En el caso de los niños menores de 5 años con condiciones médicas de alto riesgo, tanto los pediatras como los padres deberían tener la capacidad de decidir si vacunar o no a los niños, incluso si no se recomienda por parte de la FDA.

La FDA ha aprobado completamente la vacuna Pfizer-BioNTech contra el COVID-19 con una dosis de 30 microgramos para personas mayores de 16 años. La misma dosis se ha utilizado en niños de 12 a 15 años bajo uso de emergencia, y en niños de 5 a 11 años se administran dos dosis de 10 microgramos cada una, también bajo uso de emergencia. La vacunación no autorizada ha demostrado que los riesgos conocidos siguen siendo bajos, y se han observado beneficios anticipados de la vacunación. Aunque es probable que los niños tengan casos leves de COVID-19, algunos pueden experimentar enfermedades graves o incluso la muerte (Lanphier, 2022).

En México, ha habido casos de menores de edad que han buscado ampararse legalmente para recibir la vacuna contra el COVID-19 debido al riesgo de desarrollar una forma grave de la enfermedad debido a una comorbilidad. En la actualidad, la inmunización en México contra el COVID-19 continúa avanzando y la vacuna disponible es la Abdala, producida en Cuba. Esta vacuna recibió la aprobación de COFEPRIS en noviembre de 2022 para uso de emergencia. Según la “OPS”, para lograr una efectividad del 92%, se requieren tres dosis de esta vacuna. A pesar de la desconfianza de algunos ciudadanos en cuanto a su efectividad y seguridad, esta es la vacuna actualmente disponible para completar esquemas de vacunación o para aquellos que deseen iniciar la inmunización con ella. Aunque muchas vacunas no previenen la infección por COVID-19, sí reducen la posibilidad de enfermarse

gravemente e incluso morir. Como se mencionó anteriormente, la vacunación contra el COVID-19 no tuvo costo monetario, ya que se consideró una ayuda humanitaria. Recientemente se anunció que la vacuna Patria ya está disponible, para su uso en las unidades de salud del país.

La enfermedad por "COVID-19" y el virus "SARS-CoV-2" que la causa se han vuelto endémicos, al igual que la influenza. Por lo tanto, es importante estar atentos a posibles exacerbaciones de la infección. En cuanto a las vacunas, quedan preguntas por responder: ¿se comercializarán? ¿se incluirán en el Plan Universal de Vacunación en México? Estas son interrogantes que aún no tienen respuesta.

El Comité de Emergencias de la "OMS" declaró el fin de la emergencia de salud pública el 5 de mayo de 2023.²⁰

III.XI. OTROS PROBLEMAS ÉTICOS EN RELACIÓN CON LA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19.

A pesar de que muchas personas alrededor del mundo tenían esperanzas de que la rápida llegada de una vacuna contra el COVID-19 pondría fin rápidamente a la pandemia, nos encontramos con lo que los expertos denominaron "infodemia": la rápida propagación de noticias falsas en contra de las vacunas. Incluso hay personas que, bajo el pretexto de la religión, decidieron no vacunarse y difundir información falsa sobre las vacunas. Por ejemplo, algunos grupos católicos afirmaron que no se vacunarían porque las vacunas se desarrollaron utilizando células de fetos no nacidos. Es cierto que existen muchos otros medicamentos, como el paracetamol, y otras vacunas que se desarrollaron utilizando líneas celulares de embriones, pero no se produjeron mediante abortos con ese propósito. Las investigaciones se realizan utilizando líneas celulares de embriones que se conservan desde hace años. (Prusak, 2021).

²⁰ <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua>.

Otros dilemas éticos que surgieron fueron sentimientos de culpabilidad al recibir la vacuna, especialmente entre personas jóvenes y sin comorbilidades, simplemente por trabajar en el sistema de salud. Algunos se preguntaban si otra persona merecía recibir la vacuna antes que ellos. Además, en el contexto mexicano, hubo personas que tuvieron los recursos para viajar y vacunarse en Estados Unidos o Canadá, esto último se hubiera podido evitar si se hubiera permitido la compra y distribución de vacunas por parte de personas e instituciones a nivel privado, se hubiera logrado de forma más rápida la inmunidad de rebaño, pero en el afán del gobierno de controlar dichos recursos retraso este proceso. En resumen, aunque esto pudiera parecer injusto, todo se enfoca en protegerse a uno mismo y al colectivo de la infección. Estos son temas que nos invitan a reflexionar sobre la justicia distributiva. (Ferguson, 2021).

Otro dilema ético que surge es la investigación en seres humanos, particularmente en relación a los estudios de desafío, en los cuales se induce la infección en un sujeto de investigación. Estos estudios solo pueden ser considerados éticos en principio cuando existe un remedio o tratamiento para abordar dicha enfermedad. En el caso del COVID-19, sin contar con un tratamiento específico para la infección, llevar a cabo este tipo de estudios no sería ético.

IV. CONCLUSIONES.

La bioética es un campo interdisciplinario que se dedica al análisis de la moralidad de las acciones humanas que afectan la vida en general y la vida humana en particular. Aunque es un campo relativamente nuevo, se tiene registro de su existencia desde 1927. A menudo se confunde con la ética médica y se ha centrado en resolver dilemas éticos relacionados con el aborto, la eutanasia y, más recientemente, la manipulación genética, dejando de lado problemas de justicia y distribución de recursos.

Autores como Daniels han investigado sobre temas de justicia y han hablado de las dimensiones macro y micro de la bioética. La dimensión micro se enfoca en cuestiones personales e individuales como la privacidad, responsabilidad y autonomía de las personas. La dimensión macro se refiere al aspecto social de la bioética, como la distribución de recursos, especialmente en el área de la salud. Se han propuesto principios como autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia para abordar los problemas éticos en bioética. Estos principios están interrelacionados, ya que no se puede hablar de autonomía sin considerar la beneficencia y la justicia. La justicia distributiva ha ganado importancia, especialmente en el contexto de la pandemia, donde los gobiernos buscan garantizar una cobertura de salud universal.

Desde la teoría de Rawls, se plantea la justicia como equidad y se derivan diferentes teorías de justicia en relación a la salud. Las teorías igualitarias, y el acceso a la justa igualdad de oportunidades como las propuestas por Dworkin y Daniels respectivamente, reconocen que el Estado debe proporcionar un mínimo de atención sanitaria para garantizar la igualdad de oportunidades. Además, se considera la responsabilidad como un criterio importante de distribución.

En cuanto al derecho a la salud, se puede considerar un derecho negativo de no interferencia, mientras que el derecho a la asistencia sanitaria sería un derecho positivo. Los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad y el deber de promover la salud de sus poblaciones, así como el deber de asistencia global.

Durante la pandemia del COVID-19 en México, es importante destacar el historial exitoso del país en el manejo de otras pandemias, gracias a políticas públicas bien establecidas para enfrentarlas. Sin embargo, lamentablemente, la pandemia llegó al país en un momento de cambio de gobierno, con una ideología diferente a las administraciones anteriores. Pocos meses antes de la llegada del COVID-19 a nuestro territorio, la actual administración decidió reducir el presupuesto destinado a la salud y la investigación. A pesar de contar con organismos rectores como el Consejo Nacional de Salubridad, no se siguieron sus pautas y recomendaciones. La comunicación fue vaga y contradictoria, al principio se minimizó la gravedad de

la infección e incluso se hicieron referencias al uso de estampas y motivos religiosos como medida de prevención.

La reducción del presupuesto de salud también afectó la disponibilidad de pruebas diagnósticas y la promoción del uso de cubrebocas y el aislamiento. Además, muchos ciudadanos no podían dejar de trabajar y salir a la calle para sostener a sus familias, lo cual contribuyó a la propagación de los contagios. El mensaje de "quedarse en casa" tuvo como resultado un empeoramiento de la situación y la saturación de los servicios de emergencia y cuidados intensivos en los hospitales de todo el país. Es importante mencionar que estamos hablando de una enfermedad nueva, sin tratamiento, y que la muerte de miles de personas y el colapso de los servicios de salud fueron una realidad global.

México ocupó los primeros lugares en mortalidad por COVID-19, así como en mortalidad general por otras causas. También encabezó la lista en cuanto a la muerte del personal de salud y la orfandad.

En cuanto a las vacunas, se ha señalado que aunque no previenen por completo los contagios ni la enfermedad, sí reducen significativamente la posibilidad de tener una enfermedad grave o morir. Cuando se trata de contar con una vacuna, la coordinación internacional a través de COVAX garantizó un acceso justo y equitativo para todos los países, incluyendo México, gracias a las negociaciones realizadas por la Secretaría de Gobernación. Las vacunas son una medida ética de prevención contra enfermedades transmisibles y tienen un impacto no solo en la protección individual, sino también en la protección de la comunidad.

En cuanto a la vacunación contra el COVID-19 en México, se siguió la orientación proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aunque las autoridades mexicanas recibieron críticas por no vacunar a todo el personal de salud, incluyendo aquellos que no estaban afiliados a instituciones de salud públicas o privadas.

En un principio, el presidente de la República manifestó su apoyo para iniciar la vacunación en pacientes mayores de zonas alejadas, de difícil acceso y con cierto grado de marginación. Sin embargo, la plataforma tecnológica de algunas vacunas dificultó este enfoque debido a la infraestructura necesaria, especialmente la cadena de frío requerida. Esto llevó a que, en un principio, la vacunación se centrara en áreas específicas del país, lo cual permitió un rápido retorno a las actividades sociales y económicas. Gracias a la variedad de vacunas disponibles, aquellas que no requerían una cadena de frío de -70°C pudieron ser distribuidas en zonas de difícil acceso, aprovechando la infraestructura establecida por el plan nacional de vacunación de México, que es motivo de orgullo para Latinoamérica.

La pandemia evidenció la desigualdad en salud a todos los niveles, como vimos en el primer capítulo al hablar de sindemía, lo que nos lleva a pensar en la justicia global y los determinantes sociales de la salud, como la pobreza. Así como a nivel global en México, un país con evidentes desigualdades socioeconómicas, la pobreza se convierte en un obstáculo para el desarrollo humano adecuado, para el cual es necesario contar con salud, y muchas veces el acceso a esta se encuentra restringido.

La justicia distributiva y la asistencia global son aspectos fundamentales para garantizar una atención de salud equitativa. Además, se deben buscar soluciones inclusivas y resilientes que aborden las desigualdades sociales y promuevan el bienestar de la sociedad en su conjunto.

El Estado sigue siendo responsable de garantizar un nivel mínimo de atención en salud, ya que esto está contemplado como un derecho en la “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” y en la “Declaración de Derechos Humanos”. Un modelo de salud que busca cumplir con este derecho de manera efectiva es el de los países socialdemócratas. En México, el Seguro Popular fue una iniciativa que

intentó abarcar a muchos mexicanos sin seguridad social y, en teoría, sería una buena idea si se lograra evitar la corrupción y la impunidad.

Es importante destacar el principio de responsabilidad, tanto del Estado como de los individuos, para dar cumplimiento a las leyes y garantizar el derecho a la salud, y la responsabilidad como criterio de justicia distributiva. La responsabilidad colectiva e individual desempeñan un papel crucial en todas las áreas, especialmente en situaciones como la pandemia. A nivel colectivo, implica respetar el distanciamiento social y usar cubrebocas, entre otras medidas. Cuantas más personas se vacunen, más seguros estaremos todos. Aquí también entra en juego la responsabilidad individual, que se traduce en solidaridad hacia los demás.

En el contexto de la globalización, si bien tiene aspectos negativos, en el caso de la cooperación para investigar y distribuir vacunas, ha habido una gran respuesta a nivel internacional.²¹

²¹ El concepto de justicia global se refiere a la aplicación de principios de justicia más allá de las fronteras nacionales. La globalización ha llevado a una mayor interconexión entre las sociedades, economías, políticas y culturas, lo que ha generado desigualdades y niveles de pobreza en todo el mundo. En este contexto, surge la pregunta de si es posible garantizar un nivel mínimo de atención médica más allá de las naciones.

V. BIBLIOGRAFIA.

1. Aristóteles (1985). *Ética Nicomáquea*. Traducción Julio Palli Bonet. Editorial Gredos. Madrid, España.
2. Arneson, R. (2011). *Luck Egalitarianism-A Primer*. Responsibility and Distributive Justice. Oxford Press University. PP 24-49.
3. Alma-Ata (1978). *Atención primaria de la salud*. <https://www.who.int>.
4. Avila, M (2011). En torno a la sentencia de Anaximandro. Dos interpretaciones o sobre la justicia y la reparación. *Universitas Philosophica*. 56 (28). Pp. 61-83.
5. Barboza Vergara, A. C. (2018). *Justicia y salud pública: dos concepciones igualitarias de la justicia distributiva: igualitarismo rawlsiano versus igualitarismo de la suerte* (Doctoral dissertation, Universitat Pompeu Fabra).
6. Beauchamp, T. Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Ed. Masson, S.A. Barcelona. España. pp 131-372.
7. Bianchini, A (2021). Una justificación del deber de investigar: COVID-19, derecho a la ciencia y obligaciones distributivas. *Rev. Bio y Der*;51:5-20.
8. Bollyki TJ (2020). The equitable distribution of Covid-19 therapeutics and vaccines. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 323(24):2462. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.664120>.
9. Cabral, J. R. P. (2018). Capacidades, salud y sistemas. Re-pensar la salud de mano de la justicia distributiva. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (7), 1-9.
10. Callaway E. (2020). The unequal scramble for coronavirus vaccines. *Nature*. 584: 506-7.

11. Casado Da Rocha, A. (2011). Principio de Responsabilidad. Enciclopedia de Bioética y Bioderecho. Comares, Granada.pp 1469-1470.
12. Casas, M. (2003). Sobre la distribución de Recursos para la salud. El problema de los costos de los medicamentos. Biblioteca jurídica Virtual de la U.N.A.M. <https://goo.gl/5tPhpH>. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv>
13. Commitment and call to action: Global collaboration to accelerate new covid-19 health technologies. (2020). <https://www.who.int/news-room/detail24-04-2020-commitment-and-call-to-action-global-collaboration-to-accelerate-new-Covid-19-healt-technologies>
14. Consejo de salubridad general.www.csg.gob.mx.
15. . Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Const.). Artículo 4º. 1983.
16. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Const.). Artículo 73. 1983.
17. Covid-19. N Engl J Med. 382(21): 2049-2055. <https://doi.org/10.1056/nejmsb2002114>
18. Covid-19 in Latin America: a humanitarian crisis. (2020). The Lancet. (395) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32328-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32328-X).
19. Dal-Ré R, Camps V (2021). ¿A quién habría que vacunar primero frente a La COVID-19? Med Clin (Barc). 156(4): 177-1790.
20. Daniels, N. (2011). Individual and social Responsibility for Health. Responsibility and Distributive Justice. Edited by Knight C. Oxford University Press. Pp 266. 285.
21. Drane, J. F. (1990). Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 108 (5-6), mayo.-jun. 1990.
22. De la Cruz, C. (2013). Los sentidos de la responsabilidad desde el prisma de la justicia ¿Quién es responsable de las injusticias estructurales de nuestra sociedad? Sal Terrae. 101. Pp 663-676.

23. De Ortúzar, M. G., & Suárez-Ruiz, E. J. (2021). Bioética después de la COVID-19: Derecho a la salud y garantía de bienes públicos en el contexto post-pandemia. *Cuadernos filosóficos*, (18).
24. Dieterlen, P. (2004). Justicia distributiva. In *Filosofía política contemporánea* (pp. 95-142). Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección General de Bibliotecas de la UNAM.
25. Dieterlen, P. (2007). Los derechos humanos en el ámbito de las teorías de la justicia distributiva. *Los derechos humanos económicos, sociales y culturales*, 35-63.
26. Dieterlen Paulette. (2015). Justicia Distributiva y Salud. Fondo de Cultura Económica. U.N.A.M.
27. Duro, E., Sotomayor, M. (2018). El impacto social de la comunicación en las epidemias: perspectivas bioéticas y de salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*. No. 07. Pp 1-16. [http//DOI: 10.14422/rib. i07.y2018.007](http://DOI: 10.14422/rib. i07.y2018.007)
28. <https://elpais.com/mexico/2023-04-26/morena-aprueba-la-extincion-del-insabi-que-queudara-bajo-el-brazo-del-imss-bienestar.html>. Recuperado el 21 de mayo 2023.
29. Emanuel EJ (2020). An ethical framework for global vaccine allocation. *Science*. 369:1309-12.
30. Emanuel EJ (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *New England Journal of Medicine*. 382:2049-2055.
31. Estévez A. (2008). Intención y Responsabilidad. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. UNESCO. Red bioética. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Pp 121-123.
32. Fajardo G. (2018). Ritmo y rumbo de la salud en México. *Conversaciones con los secretarios de salud 1982-2018*. Fondo de cultura económica.
33. FAO (2022). Recuperado el 27 de marzo del 2023. <https://www.fao.org/3/cc0573en/cc0573en.pdf>
34. Félix, A (2021) Desarrollo, distribución y cadena de suministro de vacunas contra el COVID-19 en Chile, Cuba y México. COVID-19 Respuesta www.cepal.org/es/publications

35. Ferrer Lues, M. (2003). Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. *Acta bioethica*, 9(1), 113-126.
36. Ferrer, J. (2003). Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Ed. Comillas Madrid. 2ª edición. Pp 141- 144.
37. Gaceta UNAM 2021. <http://www.gaceta.unam.mx>
38. Gómez Carina. (2017). El Sistema de Salud en México. *Revista Conamed*. 22(3) pp129- 135.
39. Gómez, O., Sesma, (2011). Sistema de salud en México. *Salud Publica de México*. 53(2) pp220-232.
40. Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Eudema Madrid. pp 199-299
41. Gracia, D. (1990). ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?: Principios para la asignación de recursos escasos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 108 (5-6), mayo.-jun. 1990.
42. Gracia, D. (2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Editorial Triacastela. Madrid, España.
43. Gracia, D., & Lázaro, J. (2020). La pandemia insostenible: una deliberación. *Perifèria. Cristianisme, postmodernitat, globalització*, 7(7).
44. Gracia, D. (2004). Max Weber y la ética de la responsabilidad: <https://www.march.es/es/madrid/conferencia/balance-moral-siglo-xx-etica-responsabilidad-max-weber-etica-responsabilidad>.
45. (2020). Guía Jurídica por afectaciones derivadas del COVID-19. octubre 25,2021, de Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM sitio web <https://www.juridicas.unam.mx>
46. Grupo Técnico Asesor de Vacunación Covid. (2021). Priorización inicial y consecutiva para la vacunación contra SARS-CoV-2 en la población mexicana. *Recomendaciones preliminares*. *Salud pública mex*. 63(2):286-307.
47. Jahr, Fritz. Bio-ética: una perspectiva de las relaciones éticas de los seres humanos con los animales y las plantas. *Revista internacional sobre Subjetividad, política y arte*. 8(12) abril 2013. Pp. 18-23.

48. Jonas, H. (1994) .*El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tec- nológica*, Herder, Barcelona. pp 212-213.
49. Knaul, F. (2021). Punt Politics as Failure of Health System Stewardship: Evidence from the COVID-19 Pandemic Response in Brazil and Mexico. *The lancet Regional Health-Americas* (4) pp: 1-11.
50. Knight, C. (2011). *Responsability and Distributive Justice*. Oxford University Press. United Kingdom. Pp1-23.
51. Kumate, Jesús (1994). *Sistemas Nacionales de Salud en las Américas. Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos y México*, Ed. El Colegio Nacional/Secretaría de Salud. México.
52. Lanphier, E (2022). *Whith Pediatric Hospitalizations Rising, Reconsider Off-Label Covid Vaccination for Young Children*. Children and Families, Covid-19 Ethics Resource Center, Hastings Bioethics Forum
53. Ledesma F. *Comité de bioética del Hospital J.P. Garrahan. Facultad de Medicina UBA.*
54. Lie, R (2020). *Global Allocation of Coronavirus Vaccines*. Covid-19 Ethics Resource Center, Global Health, Hastings Bioethics Forum.
55. Luévano Cayón, Ana (2016). *Justicia Sanitaria. Las teorías de la justicia distributiva aplicadas al ámbito de la salud*. Tesis doctoral.
56. Luévano Cayón, A. R. (2019). *Igualitarismo de la suerte. Análisis de la responsabilidad como criterio de distribución de recursos en la salud*. *Tópicos (México)*, (56), 417-444.
57. Nussbaum, Martha (1998). "Capacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristotélico" en *Necesitar, de-desear vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*, Reichmann, Jorge (comp) Ed. Los libros de la Catarata, Madrid.
58. Nussbam, Martha (2022). *Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades*, Ed. Herder, Barcelona.
59. Nussbam, Martha (2012). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Ed. Paidos, Barcelona.

60. Macklin, R (2020). Human Challenge Studies for Covid-19 Vaccine: Questions about Benefits and Risk. Covid-19 Ethics Resource Center, Global Health Hastings Bioethics Forum, Research Ethics.
61. Martin-Fumadó, C., Gómez-Durán, E. L., & Morlans-Molina, M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 119-126
62. Meagher KM (2020). Covid-19 Ethics and Research. Mayo clinic proceedings. 95(6):1119-1123. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.04.019>
63. Mejía-Ortega, L. M., & Franco-Giraldo, Á. (2007). Protección social y modelos de desarrollo en América Latina. *Revista de Salud pública*, 9(3), 471-483.
64. Meltzer, L. (2019). An overview of Public Health Ethics in Emergency Preparedness and Response. The Oxford Handbook of Public Health Ethics. Pp.767-77. <https://doi:10.1093/oxfordhb/9780190245191.013.66>.
65. Mill, J. (2017). El utilitarismo. Ed. Alianza. 3ª edición. pp126-167
66. Milmoie, P., Darragh M. (1997). Bioethics Research Library. A Just Share: Justice and Fairness in Resource Allocation. Pp 1-15. <http://bioethics.georgetown.edu>
67. Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Revista IIDH*, 40(1), 291-313.
68. Moreira AC. (2020). Soberanía Estatal y Cooperación internacional. Reflejos del Derecho Internacional frente al desafío de la COVID-19. Cuadernos de Derecho Público. 8:71-90.
69. Mustafa, S., Zhang, Y. (2021). COVID-19 Preparedness and Response Plans from 106 countries: a review from a health systems resilience perspective. Health Policy and Planning. No. 00. Pp 1-14. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab089>.
70. Organización Mundial de la Salud (7 de abril 1948). Definición de salud. <https://www.who.int>
71. OMS, GAVI Y CEPI. COVAX. <https://www.gavi.org/covax-facility>.

72. Páez, R. (2018) Pautas bioéticas. La industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado. 2ªEd. Universidad Nacional Autónoma de México. Fondo del Cultura Económica.
73. Páez, R. Bioética. (2002). Segmentos Revista de Filosofía. No. 3. pp113-138
74. Páez, R. (2021). COVID-19 en un país sin justicia social. Revista CONAMED. 26(2) pp 101-103.
75. Páez, R. Martínez Bulle Goyri, V. (2021). Bioética, Biojurídica y la vacunación en tiempos de COVID-19. [Webinar]. Facultad de Ciencias y Tecnología- Universidad de Itapúa.
76. Páez, R. (2022). Vacunas para todos [Webinar]. Seminario de bioética CISAV.
77. Se acaba la emergencia por pandemia de COVID-19. (2023). <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-perocovid19.continua>
78. Pamplona, F. (2021). La pandemia de COVID-19 en México y la otra epidemia. Espiral Guadalajara. 27(78)
79. Peñaranda, F. (2015). Sujeto, justicia social y salud pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 987-996.
80. Pérez, M. El ayer y hoy de los juristas romanos. www.juridicas.unam.mx
81. Pérez, M. (2021). En 2020, cerca de 454,000 menores mexicanos no recibieron sus vacunas básicas. www.eleconomista.com.mx/empresas/En-2020-cerca-de-454000-menor
82. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
83. Post S. (3ª Ed.) Encyclopedia of Bioethics. (2004) Editorial Board.
84. Programa de vacunación universal y jornadas nacionales de salud pública lineamientos generales (2020). Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, centro nacional para la salud de la infancia y adolescencia.
85. Programa sectorial de salud. Gobierno de México (2013-2018). Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes sociales. <http://evaluación.ssm.gob.mx>

86. Prusak B (2021). What Warrants Religious Exemption from Covid Vaccine Mandates? Covid-19 Ethics Resource Center, Hastings Bioethics Forum, Medicine y Religion
87. Puyol, Á. (2018). Del derecho a la salud a la ética del racionamiento sanitario. In *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* (Vol. 52, pp. 43-65).
88. Raffoul, F. (2010). The origins of responsibility (Studies in continental thought). Indiana University Press.
89. Rawls, J. *Economic Justice*. (1973). Capitulo 4º, sección 13, pp 319-362. *Distributive Justice Ensayo*.
90. Rendtorff, J. Kemp, P. (2000). Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw. Centre for Ethics and Law, Copenhagen, Denmark and Institut Borja de Bioética, Barcelona, Spain. Vol I. pp 341-354.
91. Rendtorff, J. (2020). Principios éticos de la bioética y bioderecho europeos: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad. Traducido al español por Erick Valdés. *Revista Principia Iuris*. 17(36) pp. 1-14.
92. Roa, C. E., & Mora, A. C. (2008). Utilitarismo y contractualismo: la justicia distributiva en Rawls y Nozick. *Chapters*, 1.
93. Rodríguez de Romo, Ana Cecilia y Rodríguez Pérez, Martha Eugenia Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos* [online]. 1998, v. 5, n. 2 [Accedido 25 octubre 2021], pp. 293-310. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>>. E pub 23 Ene 2006. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>.
94. Ruiz Pérez, L.(2017). Antecedentes y evolución de la salubridad pública en el México Independiente. www.juridicas.unam.mx. “Recuperado el 10 de noviembre del 2021”.
95. Salaverry García, O. (2013). La inequidad en salud: Su desarrollo histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 709-713.
96. Sánchez- Talanquera., M, González Eduardo. (2020). *La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso*. “Recuperado el 19 de septiembre del

- 2021” “del” UCSF Institute for Global Health Sciences.
<https://globalhealthsciences.ucsf.edu>
97. Santos, I. L. D. (2020). Igualdad, equidad y justicia en la salud a la luz de la bioética. *Revista bioética*, 28, 229-238.
98. Santos JI (2002). El programa nacional de vacunación: orgullo de México. *Revista de la Facultad de Medicina*. 45(3): 142-153.
99. Santos JI (2014). La vacunación en México en el marco de las décadas de las vacunas: logros y desafíos. *Gaceta Medica de México*. 150:180-8
100. Segall, S (2011). Luck Prioritarian Justice in Health. Responsibility and Distributive Justice. Edited by Knight C. Oxford University Press. Pp 246-266
101. Smith, M., Upshur R. (2019). Pandemic Disease, Public Health, and Ethics. *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*. pp 797-811.
102. Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud (s.f.). *Plan nacional para la preparación y respuesta ante la intensificación de la influenza estacional o ante una pandemia de influenza*. “Recuperado el” 19 de septiembre del 2021. De [plan_nacional_de influenza](https://www.gob.mx/salud).
<https://www.gob.mx/salud>
103. Toner E. (2020). Interim Framework for COVID-19 Vaccine Allocation and Distribution in the United States. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Center for Health Security:1-46
104. Torjesen I. (2020). Covid-19: Pre-purchasing vaccine-sensible or shellfish. *BMJ* 370/doi:10.1136/bmj.m3226
105. Urbiztondo, L (2020). Vacunas contra el coronavirus. *Vacunas*; 21(1): 69-72.
106. Valente, F. (2020). La Justicia sanitaria en el contexto de la COVID-19: lectura bioética desde la justa igualdad de oportunidades de Norman Daniels. *Revista Iberoamericana de Bioética*. Número 14. pp1-14.
107. Veatch, R (1998). The Place of Care in Ethical Theory. *Journal of Medicine and Philosophy*. 23(2). Pp 210-224
108. Varo Baena, A (2020). Bioética de vacunaciones y salud pública. *Vacunas* 21(1):57-63

109. Vélez Arango, A. L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 63-78.
110. Villareal, Pedro (2019). Pandemias y Derecho: Una perspectiva de gobernanza global. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Número 867.
111. World Health Organization (2020). A global framework to ensure equitable and fair allocation of COVID-19 products.
112. World Health Organization (2020). WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>.
113. World Health Organization (2020). Fair allocation mechanism for COVID-19 vaccines through the COVAX facility. <https://www.who.int/publications/m/item/fair-allocation-mechanism-for-covid-19-vaccines-trough-the-covax-facility>.
114. Yanus M (2020). COVID-19 vaccines a global common good. *Lancet Health Longev.* 1: 6-8.
115. Zemborain, L. (2019). Una teoría de justicia distributiva para interacciones sociales y de mercado. *Cultura Económica*, 29(81-82), 64-79.
116. Zerega, G. (2023). El gobierno mexicano anuncia que ya está lista la vacuna Patria contra COVID-19. <https://elpais.com/mexico/2023-05-03/el-gobierno-mexicano-anuncia-que-ya-esta-lista-la-vacuna-patria-contra-la-covid-19.html>[01/06/2023]
117. Zonenszain Y (2021). Las vacunas contra el Covid-19: dos dilemas éticos a considerar. *Medicina y Ética*. 32(1): 215-231 <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/549470/discover>
118. Zuani, A. (2020). ¿Cuál es el papel del Consejo de Salubridad General en nuestra Constitución? Octubre 25, 2021. Revista Nexos. Sitio web: nexus.como.mx.

