

El triaje de las vacunas

Triagem vacinal

Vaccine triage

María Casado¹
Manuel López Baroni²

Resumen

El proceso de vacunación está generando problemas muy similares a los que se plantearon al inicio de la pandemia debido tanto a la escasez de vacunas como a la implacable letalidad del virus. La celeridad con que avanzan los contagios está obligando a establecer criterios de triaje, pero de una naturaleza diferente a la propiamente hospitalaria. En efecto, el número de factores se ha incrementado, ya que no solo hay que tener en cuenta los recursos sanitarios, sino variables geoestratégicas y de equilibrios de poder a escala internacional. En un contexto completamente mercantilizado, los planes de vacunación están tratando de conciliar los principios éticos con la eficacia, en un difícil equilibrio no siempre resuelto satisfactoriamente. En el presente artículo analizaremos el proceso de implementación de las vacunas en Europa, comenzando por las características específicas de las primeras vacunas aprobadas hasta descender a los criterios de ordenación de la población en España.

Palabras clave

Triaje. Vacunación. Geoestrategia. Coronavirus. Pandemia.

Abstract

The vaccination process is creating problems very similar to those that arose at the beginning of the pandemic due to both the shortage of vaccines and the relentless lethality of the virus. The speed with which the infections are progressing is forcing triage criteria to be established, but of a different nature from the hospital itself. Indeed, the number of variables has increased, since it is not only necessary to take into account health resources, but also geostrategic variables and international power balances. In a completely mercantilist context, vaccination plans are trying to reconcile ethical principles with efficacy, in a difficult balance not always resolved. In this article, we will analyze the vaccine implementation process in Europe, starting with the specific characteristics of the first approved vaccines until descending to the criteria for ordering the population in Spain.

Keywords

Triage. Vaccination. Geostrategy. Coronavirus. Pandemic.

Resumo

O processo de vacinação está a criar problemas muito semelhantes aos que surgiram no início da pandemia, devido quer à falta de vacinas, quer à letalidade implacável do vírus. A rapidez com que as infeções progridem está a obrigar ao estabelecimento de critérios de

¹ Doctora en Derecho; Catedrática acreditada de Filosofía del Derecho, Universitat de Barcelona, Barcelona, España; Directora, Observatorio de Bioética y Derecho, Universitat de Barcelona, Barcelona, España. <https://orcid.org/000-0003-1586-9502>. E-mail: mariacasado@ub.edu

² Doctor en Derecho y en Filosofía; Profesor de Filosofía del Derecho, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España. <https://orcid.org/0000-0002-2722-8297>. E-mail: mjlopbar1@upo.es

triagem, mas de natureza diferente do próprio contexto hospitalar. De facto, o número de variáveis tem aumentado, uma vez que não é apenas necessário levar em conta os recursos da saúde, mas também as variáveis geoestratégicas e os equilíbrios de poder internacionais. Num contexto totalmente comercializado, os planos de vacinação procuram conciliar os princípios éticos com a eficácia, num equilíbrio difícil nem sempre resolvido de forma satisfatória. Neste artigo, iremos analisar o processo de implementação de vacinas na Europa, partindo das características específicas das primeiras vacinas aprovadas até aos critérios de ordenação da população em Espanha.

Palavras-chave

Triagem. Vacinação. Geoestratégia. Coronavírus. Pandemia.

Introducción

La pandemia de coronavirus forzó a los sistemas sanitarios a aplicar medidas propias de los conflictos bélicos, esto es, a tener que elegir qué pacientes gozaban más posibilidades de sobrevivir en un contexto de grave escasez de recursos, tanto personales como materiales. Los criterios aplicados han sido objeto de agrios debates, combinando el pragmatismo con la solidaridad, y la eficiencia con los frutos de las políticas adoptadas desde la última crisis financiera. En países como España, la progresiva reducción del sistema sanitario público en la última década ha tenido un coste humano y económico difícil de cuantificar, pero, en cualquier caso, relevante y con un impacto directo en la tasa de supervivencia. No se esperaba que con las vacunas sucediese algo similar. Hay que volver a elegir. Y en este caso se están entremezclando las variables geoestratégicas con las económicas, los nacionalismos con la solidaridad, y el sistema de patentes con la implacable letalidad del virus.

El proceso de vacunación es un fractal de las contradicciones de nuestras sociedades, tanto a escala local como mundial. Todos damos por hecho que determinados países van a fabricar las vacunas y el resto a comprarlas; que determinados sectores de población accederán antes a la vacunación por su poder económico; que determinados países no se vacunarán nunca; que antes permitimos la muerte de miles de personas que cuestionar el sistema de patentes; y que existen formas más eficientes de luchar contra una pandemia a escala mundial, pero que preferimos optar por las más rentables. Y todo ello rodeados de la incertidumbre que provocan los escenarios que cambian constantemente.

En el presente artículo analizaremos los criterios que se están adoptando en el proceso de vacunación, en especial en el ámbito territorial de referencia de los autores, España y Europa.

Geoestrategia

El proceso de vacunación ha reproducido los sistemas de hegemonía, en lenguaje gramsciano, mundial. En efecto, podríamos clasificar las vacunas en función de dos parámetros geoestratégicos.

Vacunas de las democracias occidentales versus vacunas de los aspirantes al cetro mundial

En este caso, los regímenes parlamentarios liberales han fabricado las de Pfizer (Comirnaty), Moderna y AstraZeneca,³ mientras que sus adversarios en el tablero mundial han creado la Sputnik (rusa) y un grupo de vacunas (chinas).

Las características de las vacunas no occidentales son las siguientes: a) se han fabricado en países con dictaduras o regímenes autoritarios;⁴ b) no han pasado por las fases que se exigen en los cánones occidentales; c) son más baratas que las fabricadas por occidente; d) se desconoce si también son más eficaces.

Por el contrario, las vacunas occidentales: a) son mucho más caras; b) han pasado todas las fases exigidas internacionalmente; c) simbolizan el poder, no solo de Occidente, sino del mundo anglo.

El resultado de esta disimetría es que las economías más potentes del planeta se vacunan con las vacunas occidentales, cuesten lo que cuesten, mientras que los países del tercer mundo y los occidentales que no están en el primer grupo económico (v. gr. Argentina) vacunan a su población con las vacunas rusa y/o china. Este Tratado de Tordesillas redivivo ha permitido a las grandes potencias repartirse el planeta para crear y/o reforzar sus respectivas zonas de influencia. Así, mientras China no para de comprar tierras africanas para asegurar una agricultura con la que mantener a su sobredimensionada población, Rusia aspira a reeditar la Guerra Fría regando de vacunas Iberoamérica y el Este europeo, esto es, exporta vacunas en vez de bombas nucleares con un objetivo similar al que se tuvo antes de la caída soviética: rodear Estados Unidos y Europa occidental.

Ahora bien, si las vacunas rusa y china son tan eficientes como las occidentales, además de más baratas, las democracias liberales nunca lo van a reconocer. Antes dejamos

³ En el momento de escribir estas páginas se está aprobando la de Janssen, que es de una única dosis. Además, hay otras en camino. Pero en este trabajo nos centraremos únicamente en las primeras cinco vacunas aprobadas o suministradas, dado que reflejan a la perfección el conflicto geoestratégico que queremos mostrar

⁴ El régimen ruso no es fácil de calificar. Se parece mucho a los autoritarismos existentes en Polonia y Hungría, países miembros de la Unión Europea que bordean los límites del Estado de Derecho. Probablemente, si no se hubiese producido el *Brexit* se les habría expulsado o al menos suspendido. Por eso es difícil de sostener que Rusia es una dictadura mientras que los países de la UE son todos democracias.

morir a parte de la población que aceptar tácitamente la superioridad tecnológica de países que son mirados por encima del hombro por sus características, no solo políticas, sino étnicas. Solo cuando hemos podido constatar que las vacunas occidentales se van a retrasar más de lo deseado se ha planteado la segunda opción: aceptar, al menos, la vacuna rusa, como última alternativa (la china es impensable). Así, no es una sorpresa que los primeros países de la UE que están incorporando la vacuna rusa a su arsenal sanitario pertenezcan a las zonas de influencia de la antigua Unión Soviética (Hungría, Eslovaquia). Mientras tanto, la Unión Europea trata de evitar que los Estados compren la vacuna Sputnik por su cuenta, al mismo tiempo que cuestiona públicamente su eficacia.

Vacunas basadas en ARNm versus vacunas basadas en métodos tradicionales

En Occidente hemos de distinguir, de un lado, las vacunas de Pfizer y de Moderna, y de otro, la de Oxford AstraZeneca.

Las de Pfizer y Moderna presentan las siguientes características:

a) son un prodigio de la biotecnología, dado que se basan en ARNm, creadas además en tiempo récord; b) son algo más que una vacuna, y probablemente contribuyan a revolucionar el mundo de la medicina en los próximos años; c) han sido las primeras en distribuirse, dado que la de Oxford AstraZeneca, basada en técnicas ya empleadas, se retrasó por fallos (increíbles) en su proceso de validación;⁵ f) son las más caras, con diferencia; g) son las más eficaces; h) constituyen un experimento humano a escala mundial, ya que nunca antes se había empleado este tipo de tecnologías, de ahí que se subestimen los riesgos o ni siquiera se planteen, dada la gravedad de la situación y la necesidad de acabar cuanto antes con la pandemia.

Por el contrario, la de Oxford AstraZeneca presenta las siguientes características: a) se basa en técnicas ya empleadas anteriormente (un adenovirus de chimpancé modificado); b) cuenta con el prestigio de la Universidad de Oxford, que aporta la marca, y tras ella, del mundo británico, en un contexto de *Brexit* en el que se quería marcar diferencias con respecto al continente europeo; c) el objetivo no era obtener beneficios con su fabricación, de ahí que se fuese a vender a precio de coste; f) es menos eficaz, en términos porcentuales, que las basadas en ARNm. Por este motivo, en España se decidió no suministrarla a los grupos de población con más riesgo (ancianos y sanitarios en primera línea) (1), al menos

⁵ El nivel de eficacia era más alto en quienes se suministró menos cantidad de dosis, y hubo que comprobar el porqué.

en principio (cuando se iba a hacer, se suspendió la vacunación); g) resulta también menos eficiente frente a las variantes que están apareciendo, en especial, la beta, con la que parece que no sirve para nada, hasta el punto de que Sudáfrica suspendió la vacunación;⁶ h) algunos países europeos acaban de suspender la implementación de la vacunación por dudas sobre los efectos colaterales (trombos); i) se cometió un error surrealista durante la fase de prueba, lo que retrasó su aprobación y benefició a las otras dos, mucho más caras; j) ha despertado recelos y/o sentimientos nacionalistas. En el lado británico, la vacuna se reivindica como una prueba de su *superioridad* étnico/intelectual frente a la Unión Europea: “Somos mucho mejores que los franceses, los belgas o los americanos” (Gavin Williamson, ministro británico de educación) (4). A los latinos ni siquiera se molestaron en citarlos. Los suecos, que cofabrican la vacuna, presumieron en su momento de practicar un *confinamiento inteligente* (con resultados desastrosos, por cierto), lo que les permitió mostrar al resto del continente su también supuesta mayor altura moral e intelectual. Por el contrario, del lado alemán, el otro gran poder fáctico europeo, se ha rechazado expresamente la vacuna de Oxford hasta el punto de que incluso sobran dosis; k) existe una fuerte controversia en Europa sobre el hecho de que los británicos estén recibiendo un mayor número de dosis que en el resto del continente (el porcentaje de su población vacunada supera con diferencia al del resto de países europeos⁷), por lo que la UE ha autorizado a sus países a bloquear las exportaciones hasta que no se cumpla lo prometido. Italia ha sido al primer país europeo en bloquear su exportación, a Australia, en este caso, por el incumplimiento por parte de los fabricantes de suministrar el número de dosis contratada.

Así, mientras que Gran Bretaña parece tener claro que si la vacuna lleva la marca Oxford entonces primero se vacunan ellos, los alemanes se preguntan por qué no tienen suficientes vacunas de Pfizer si se ha fabricado en su país. De hecho, las tres vacunas se aprobaron antes en Gran Bretaña que en territorio UE, en una competición, aunque fuese de tan solo unos días, que sirvió para justificar el *Brexit*. Esta dialéctica reproduce la tensión de la UE, esto es, la autoexclusión británica frente a la querencia alemana por convertir la UE en un Lander más (v. gr., recuérdese la quiebra griega, portuguesa y casi española frente a la inmovilidad alemana durante la crisis financiera de 2008), con el trasfondo de los rusos

⁶ Frente a la variante sudafricana, ofrece tan solo un 10% de eficacia (2). Tampoco está clara la eficacia de la vacuna de Moderna, y la única que parece ofrecer garantías, la de Pfizer, parece inmunizar de forma más reducida que con la cepa original (Wuham) (3).

⁷ A mediados de febrero, casi toda la población escocesa había recibido al menos la primera dosis (2), mientras que España, al igual que el resto de países de la UE, no superaba el 2%.

tratando de introducirse en la trastienda europea como en su momento hiciera Estados Unidos con Iberoamérica.

En resumen, se suele olvidar que en las Olimpiadas existe un medallero en función de los países participantes a partir de la organizada por el régimen nazi en 1933, que quería mostrar su superioridad racialmente considerada. Antes de dicha fecha no era así, y el atleta era una persona que competía con otras personas, no contra otros pueblos. Desde aquella fecha, el objetivo último de la competición es mostrar la jerarquía étnico/política de las naciones, sublimada en el medallero. Esta herencia sigue en Europa, donde cualquier oportunidad es buena para reivindicar el imperialismo decimonónico, de ahí que el proceso de vacunación forme parte del *narcisismo de las pequeñas diferencias* (Freud) occidental.

El sistema de patentes

La humanidad cuenta con farmacéuticas, laboratorios, industrias, etc., suficientes como para abastecer de vacunas a todos los países en un lapso relativamente corto de tiempo. El único motivo por el que el proceso de vacunación es tan lento y selectivo se debe a la imperiosa necesidad de tener que aceptar las reglas del monopolio inherente al sistema de patentes.

En efecto, el problema no reside en la incapacidad de la industria para fabricar las vacunas, sino en que solo unas pocas fábricas cuentan con la autorización para ello. Aceptamos que un número indeterminado de personas se va a contagiar o morir si con ello las multinacionales que han creado dichas vacunas obtienen el retorno esperado. En puridad, si nos atenemos a criterios estrictamente económicos, parece que el coste de respetar el sistema de patentes es superior al coste de liberalizar las patentes y permitir que todo aquel que cuente con medios, las fabrique. Sin embargo, ni siquiera esta presuposición es cierta.

En efecto, la lentitud en el proceso de vacunación incrementa la deuda pública y privada; en esencia, es otra forma de lograr beneficios, solo que a medio y largo plazo. Desde una lógica estrictamente crematística, la vacunación pausada y ordenada de unos pocos genera en los demás unas expectativas (vacunarse más tarde) que les compele a consumir productos financieros (endeudarse). Cabe colegir entonces que el sistema, aunque sea sin reglas explicitadas en ninguna norma o documento, maximiza las posibilidades de obtener beneficios: los primeros afortunados pagarán lo que haga falta para obtener las preciadas

vacunas y al mismo tiempo se endeudarán para que el resto de la población acceda más tarde.

Resulta curioso que un contexto muy propicio a la apelación de la solidaridad (para no contagiar a los demás; para no agotar las escasas ucis existentes; para compartir recursos, etc.), no se cuestione en ningún momento que el problema no reside (solo) en la desigual distribución de las vacunas, como ya hemos comentado, sino fundamentalmente en su fabricación, irracionalmente concentrada en unos pocos proveedores. Difícilmente se puede apelar a la solidaridad mundial si al mismo tiempo aceptamos una contradicción como esta: el monopolio mata gente.

Para terminar de comprender la injusticia estructural del sistema de patentes lo mejor es recordar cómo está organizado en Europa. En efecto, la Oficina Europea de Patentes no depende ni del Consejo de Europa (que agrupa a 47 Estados europeos) ni de la Unión Europea (que agrupa a 27 Estados), sino que es un organismo autónomo, autosuficiente y sin control jurisdiccional alguno. Esto es, ni el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ni el Tribunal de Justicia de la Unión Europea tienen jurisdicción sobre dicha Oficina, que cuenta con sus propios medios de resolución de conflictos (5, p. 77-92) (6, p.131-153).

De esta forma, el monopolio inherente al sistema de patentes carece de control judicial, institucional y democrático en Europa. Se da por hecho que estas son las reglas de juego, por lo que se acepta como si fuese un mandato metafísico, incuestionable por los seres humanos.

La realidad es que las patentes sobre las vacunas afectan de lleno al marco normativo nacional e internacional de las transacciones sobre el cuerpo y sus partes, basado fundamentalmente en la gratuidad y en la solidaridad. El punto de partida es que, invocando la dignidad humana, solo pueden tener precio las cosas, de ahí que el cuerpo humano y sus componentes queden excluidos del mercado. Pero este axioma, que es generalmente aceptado, entra en colisión abierta con la realidad de las prácticas que se llevan a cabo en el ámbito de la salud y de la investigación, y por ende, en una situación como la que vivimos.

Debemos recordar cómo el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (7), del Consejo de Europa, establece en su artículo 2 la primacía del ser humano, indicando que “el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia” y, de forma inequívoca, en su artículo 21 instituye la prohibición del lucro: “el cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro”. El Consejo de Europa ha venido reiterando este principio de no comercialización a lo largo de

los años en pronunciamientos de diverso carácter. Como ejemplos, baste citar el Convenio del Consejo de Europa contra el Tráfico de Órganos y la Declaración sobre la prohibición de cualquier forma de comercialización de órganos humanos, de 2014. Asimismo, es importante mencionar que también la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (8) establece en su artículo 3.c la prohibición de lucro en los tráficos del cuerpo humano y sus partes. Por otro lado, la Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Bioética de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) indica en su artículo 21.5, al tratar sobre las prácticas transnacionales, que “los Estados deberían tomar las medidas adecuadas en los planos nacional e internacional para luchar... contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética” (9) (10, p.600). También la Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos de la UNESCO (11), al proteger los Derechos Humanos respecto de nuevas posibilidades de las tecnologías genéticas, propugna que el genoma es patrimonio de la humanidad, y su artículo 4 establece que el genoma, en su estado natural, no puede dar lugar a beneficios pecuniarios; además, trata de incentivar la cooperación científica para permitir a los países en desarrollo acceder a los beneficios de la biotecnología.

La normativa referida nos recuerda cómo en estos momentos coexisten dos modelos en pugna, uno basado en la dignidad y los derechos (modelo continental) y otro en la sociedad de mercado (modelo anglosajón), con su reflejo en la temática que estamos estudiando.

El punto de partida es la idea de que el cuerpo humano tiene una *dignidad especial*, referida a la totalidad del mismo. Así, las nociones de unidad e integridad se asocian a la dignidad del cuerpo humano, en tanto que es el ser humano – uno e indivisible – quien tiene dignidad y no precio. Sin embargo, cuando se hace referencia a sus componentes y partes separadas, ese pacífico acuerdo desaparece y el estatus de los diversos componentes del cuerpo queda sometido a discusión. En el marco actual de globalización neoliberal sin freno, el mercado pone precio y cosifica, y la ciencia y la tecnología se convierten en operadores indispensables. La doble acometida del mercado y de la tecnociencia divide y trocea órganos, tejidos, células, genes..., de forma que hablar de la dignidad de las partes del cuerpo humano resulta, como mínimo, problemático. Este segundo paradigma, el *troceamiento* de las unidades biológicas, es el que domina el sistema de patentes.

Así, si bien la primera opción, la basada en la dignidad, fue la inicialmente dominante, poco a poco ha ido perdiendo primacía a favor de la segunda. Ya en 2000, Hottois ponía de

manifiesto la existencia de dos modelos opuestos que denominaba *euro-francés* y *anglo-norteamericano* y, en la línea de los trabajos del Consejo de Europa, reivindicaba la prioridad del primero – muy presente entonces en la bioética continental europea y en la latinoamericana –; consideraba al cuerpo humano fuera del comercio, apoyado en la noción de dignidad humana, denunciando al mismo tiempo la deriva mercantilista de la Unión Europea (12, p.243ss). Este enfoque se opone a dejar al cuerpo humano y sus partes al albur de un mercado dominado por el dinero, la tecnología y los deseos individuales. Ello supondría renunciar a una larga y valiosa tradición que se apoya en la prohibición de la instrumentalización del otro y en la consideración de que la utilización por un tercero de una parte del cuerpo humano proviene de un *don* – es decir, de un acto gratuito de solidaridad – (13). Por eso es el Estado – y no la técnica, ni el mercado, ni el dinero – el que debe mediar en esos intercambios, garantizando que los acuerdos sean transparentes y controlando que se atengan al *orden público* en todo momento.

Por el contrario, el planteamiento anglosajón se apoya en cierta interpretación del pensamiento de Locke, tal como ha sido desarrollado por los *libertaristas* que parten de la idea de que los individuos tienen derechos inalienables y que la propiedad es el más importante de ellos; lo que también valdría para el propio cuerpo que – así apropiado – deviene un bien objeto *libre de intercambio*. Esta tradición individualista angloamericana, así como su concepción contractualista del ejercicio de la medicina, ha ido calando finalmente incluso en el pensamiento de nuestro entorno. Asimismo, se mezclan y confunden la libertad individual y los deseos – frecuentemente condicionados por el contexto de cada uno –, que se elevan a la categoría de derechos. Al mismo tiempo,

[...] la ideología del liberalismo económico resulta ser la regla del más fuerte y el darwinismo social, lo que ha convertido a la sociedad en un mercado que — destruyendo los vínculos sociales y la solidaridad — abandona la cohesión social a tecnoestructuras frecuentemente manipuladas por intereses privados⁸.

En síntesis, la regulación de los intercambios de los productos del cuerpo humano depende de la forma en que se percibe al propio cuerpo humano – cuerpo objeto / cuerpo sujeto – y posee diferente cariz según el concepto que cada sociedad tiene de la libertad y la autonomía de la voluntad, así como de la responsabilidad. Si se considera que el cuerpo

⁸ La oposición entre estas dos tendencias que afecta al bioderecho y la biopolítica – en estrecha relación con la bioeconomía – ha sido esquematizada de forma sugestiva por Hottois (12), al decir que el ciudadano americano es propietario de su cuerpo, mientras que el ciudadano francés sólo es el ocupante de un cuerpo que pertenece al Estado.

es una propiedad del sujeto, el límite a la libertad es la posibilidad de regeneración del producto, y la información el requisito para un consentimiento válido. Pero, si se parte de una relación de identidad entre cuerpo y sujeto, incluso las partes separadas del cuerpo humano merecen una consideración distinta que obliga a tomar en serio la noción de gratuidad. Ciertamente, las tecnologías biomédicas han convertido al cuerpo humano y sus componentes en materias primas para la industria, pero es preciso que eso no implique una nueva fuente de discriminación y explotación. Si bien no resulta razonable asimilar las partes del cuerpo humano a su globalidad, a la inversa, tampoco es deseable convertirlas jurídicamente en meras cosas. Quizá convenga instaurar regímenes específicos para los *productos de origen humano* que, en razón de sus diferentes caracteres simbólicos, tampoco cabrían en un concepto único (14, p.207ss).

En el año 2000 todavía podía sostenerse que estábamos ante dos caminos, en 2021, en plena pandemia, resulta claro que la evolución ha llevado aparejada una tendencia a la *reificación* del cuerpo humano de la mano de la técnica y, más aún, del mercado; *divinidad* que hoy no sólo regula la economía sino las relaciones humanas y la sociedad misma (15, p.256). Se ha ido produciendo un paulatino cambio del modelo de la mano de las instituciones financieras, de la educación – persuasión – de la publicidad, o por una racionalización utilitaria de la misma investigación y la idea de *aprovechar* lo que no se usa (por ejemplo, con la *reutilización* de los datos sanitarios en poder de la administración por parte de terceros público-privados, y la instauración del *consentimiento presunto*). Puede constatar que el planteamiento mercantilista del cuerpo humano – y del derecho mismo – está ganando la partida. Esto es evidente no sólo por la proliferación de hechos lamentables de los que se tiene conocimiento cotidianamente. También en las fundamentaciones filosóficas que sirven de apoyo y que, partiendo del pragmatismo, transitan de los hechos a las prescripciones, y del *ser* se encaminan al *deber ser*, incurriendo en una elemental falacia naturalista.

En resumen, las patentes sobre las vacunas de una pandemia de alcance mundial responden a este modelo de cosificación del cuerpo humano, incluso de desmembramiento, a efectos mercantiles, que sacrifica la vida y la salud a escalas impensables hace tan solo unos años. Todas las partes de un cuerpo humano, genes, proteínas, secuencias génicas, células u órganos son en estos momentos objeto de tráfico mercantil. No es de extrañar, por tanto, que también lo sean nuestras vidas. Lo sorprendente es que todo lo referido al proceso

de vacunación se cuestione públicamente, desde la eficacia hasta la fabricación o la distribución, salvo el monopolio inherente a las patentes.

Prioridades en el proceso de vacunación

En España, a la hora de elegir el orden de vacunación se están cruzando los criterios humanitarios con los pragmáticos, y la mala conciencia de lo sucedido en la primera ola (el abandono de los ancianos y su ninguneo en las ucis) con la maximización de los efectos de la vacunación (alcanzar cuanto antes la inmunidad de rebaño). Los principios éticos recopilados son de diverso signo: *necesidad*, a igual necesidad, igual acceso al recurso; *equidad*, valorar la vulnerabilidad, el riesgo, etc., dado que a todo el mundo no le afecta la enfermedad por igual; *reciprocidad*, atender antes a quien soporta más riesgo en beneficio de la sociedad; *solidaridad*, con quienes pueden verse más afectados por el virus; *beneficio social*, vacunar antes a quien resulta prioritario para la sociedad; etcétera. Pero han sido tácitamente acompañados por otros que merecen ser explicitados (v gr., sálvese quien pueda). Vamos a analizarlo a partir de siete ítems.

Obligatoriedad

Se ha optado por la voluntariedad de la vacunación, incluso para el personal sanitario, todo ello “sin perjuicio del deber de colaboración que recae sobre los individuos” (16), frase ambigua dirigida a los sanitarios pero que no se ha concretado en ninguna obligación específica.

Para contextualizar este hecho, es preciso tener en cuenta que en nuestro país todas las vacunas son voluntarias, aunque en el caso de los menores se han dado casos de imposición de la vacunación por parte de los tribunales de justicia en casos muy puntuales. En los casos en que la persona no es competente para decidir, y la familia no quiere, los tribunales están optando por imponer la vacunación. En la tercera actualización de la Estrategia nacional de vacunación se confirmó esta opción (3), imponer la vacunación contra el criterio de la familia, pero en las dos anteriores actualizaciones y en el documento primario se guardó silencio. Una forma indirecta de presión es que está previsto un registro de *no vacunados*. Aunque sea con el fin de conocer las causas de la negativa, dicho registro podría ser empleado con otros fines.

Por otra parte, tanto la normativa europea como la española permitirían imponer la vacunación obligatoria en determinados casos. Así, el Convenio Europeo de Bioética

(Convenio de Oviedo) (7), permite limitar el ejercicio de los derechos por motivos de salud pública (art. 26); el artículo tercero de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril (17), de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, autoriza tácitamente esta posibilidad; y el artículo 4.5 de la Ley de Investigación Biomédica española (18) también supone un límite al principio de autonomía si la información genética puede afectar a los familiares. Es decir, los derechos o principios de la bioética no gozan de un carácter absoluto (v. gr., la autonomía puede ceder frente a la solidaridad).

Por ello, el debate no reside tanto en si la vacunación debe imponerse, sino si en este caso concreto debe ser obligatoria. Atendiendo a numerosas variables (que las vacunas tienen diferente nivel de eficacia; que responden de desigual manera a las variantes del coronavirus; que resulta difícil establecer comparaciones, por ejemplo, entre alguien que ha pasado la enfermedad y quien ha recibido tan solo una dosis; que tampoco está claro qué patologías desaconsejan la vacunación; que determinadas vacunas no se han probado en todos los sectores representativos de la edad – menores, ancianos, etc. –; que no sabemos por cuánto tiempo serán eficaces; tampoco si los ya vacunados pueden contagiar aunque no desarrollen la enfermedad, que los escenarios y la información disponible están cambiando constantemente; que se están produciendo efectos colaterales – v. gr., trombos – imprevistos e imprevisibles, etc.), la opción tomada parece acertada. Prestigiosos bioeticistas, como Itziar de Lecuona o Fernando García también apoyan una política de persuasión en vez de la obligatoriedad (19). Además, el derecho sancionador, ya sea penal o administrativo, necesita unas premisas de seguridad jurídica que en este caso no parecen darse.

La variable de género

En el presente caso, afectó a los dos sexos. Así, se valoró dar prioridad a los hombres a la hora de ser vacunados frente a las mujeres debido a que presentaban datos objetivos de una mayor gravedad y/o mortalidad. Sin embargo, finalmente se desechó este criterio, que probablemente habría sido imposible de asumir públicamente. Por otro lado, se valoró otorgar mayor prioridad a la hora de vacunar a la población en situación de *vulnerabilidad social* (trabajo en precario, sin hogar, al menos 9 millones en España están por debajo del umbral de la pobreza), un colectivo en el que las mujeres están sobrerrepresentadas frente a los hombres. Sin embargo, aunque en la Estrategia nacional de vacunación se estableció el *acceso prioritario* (1), en la práctica esta distinción no se está haciendo.

Criterio de aceptación

Cuando se elaboró el primer documento sobre los criterios de vacunación (2 de diciembre de 2020), el proceso todavía no había comenzado y había fuertes reticencias sociales hacia las vacunas. Por ese motivo, un criterio empleado fue la

[...] valoración de la actitud del grupo de población concreto hacia la vacunación (en función de las coberturas de vacunación alcanzadas frente a otras vacunas y de los resultados de estudios de opinión al respecto). (1)

Atendiendo a este criterio, la vacunación del profesorado de niveles no universitarios no se basó solo en postulados éticos (asegurar el acceso a la docencia presencial de los menores, en un contexto donde la no escolarización perjudica a los hijos de los sectores sociales más débiles), sino en que

[...] puede resultar un estímulo para que actúen como agentes que faciliten una visión positiva de las vacunas entre el alumnado y sus familias, y de esta manera, ayudar al despliegue efectivo de la estrategia de vacunación (...) proporcionará experiencia que será muy útil para la vacunación del resto de la población. (1)

Esto es, la vacunación de este personal ha adquirido un cariz casi de evangelización, donde un factor relevante es dar ejemplo (y asumir los primeros riesgos). Por último, un dato curioso es que el nivel de aceptación de la vacunación, en diciembre, era superior en las clases medias y bajas que en las altas (1).

Estrategia en España

En España se ha optado por garantizar la segunda vacuna en vez de seguir la estrategia (20), iniciada por los británicos, de vacunar al máximo número de personas con la primera dosis a expensas de recibir la segunda después del periodo recomendado (medida no prevista ni siquiera por los fabricantes).

Criterios estratégicos

El porcentaje de población envejecida en los países europeos, consecuencia de una mayor protección social, está teniendo su reflejo en una mayor mortalidad en comparación a, por ejemplo, China (si sus datos son ciertos). Así, en España, 9 millones de personas tienen más de 65 años (sobre un total de casi 47 millones), de los que 4,5 tiene más de 75

años. Italia, el primer país europeo en sufrir la pandemia, goza de un porcentaje similar. Ambos países se esforzaron por enviar a los hospitales también a los mayores en los momentos más crudos de la pandemia, contrastando con criterios más *pragmáticos* y darwinistas de otros países del Norte (v. gr. Holanda). Esto es, la longevidad y calidad de vida de los mayores indica un mayor nivel de conciencia social, lo que se está reflejando en el impacto de la pandemia (cuanta más gente joven, menos infectados graves) y, de forma colateral, en las prioridades en la vacunación. De ahí que se haya optado por incluir a quienes están en las residencias de ancianos en el primer grupo de vacunación, y el resto se haya ordenado por franjas de edad (v. gr., grupo cinco, mayores de ochenta años)

Por otra parte, las personas con *gran discapacidad* (necesitan la atención por parte de otras personas para las funciones básicas) han sido incorporadas a los grupos prioritarios de vacunación, no por la enfermedad en sí (que podría afectar a su supervivencia) sino porque, en caso de ingreso hospitalario, consumirían más recursos (necesitan más atención) que las personas sin dicha discapacidad (20). En este sentido, resulta destacable cómo la vacunación de los enfermos terminales se ha dejado a criterio médico (16).

El principio de reciprocidad

Trata de *premiar* una mayor exposición al coronavirus en beneficio de la sociedad debido a que “estas personas están desempeñando un papel fundamental en la respuesta al COVID-19, trabajando en condiciones extremas, exponiéndose a un riesgo mayor, no solo a ellos mismos sino también a sus familias, por el bien de los demás” (1). Pero esta valoración no afectó solo al personal sanitario, sino también al de supermercados (v g., cajeros/as) y servicios:

La priorización de estas personas trabajadoras se apoya en el principio de reciprocidad (...) trabajando bajo condiciones intensas y desafiantes, poniéndose en mayor riesgo no solo ellos mismos, sino también a las personas de sus hogares, por el bien de los demás (1).

A pesar de las intenciones iniciales, no se están empleando estos criterios, de forma que el personal sanitario, tanto el de primera como el de segunda línea, se está vacunando por su exposición a la pandemia y por la repercusión social que tendría su baja laboral (v. gr., la policía, bomberos, etc., tienen un grado similar de exposición al de sanitarios de segunda línea – grupo tres de vacunación –, pero se están vacunando después de todos los sanitarios – son *personal esencial*, que van al grupo seis, junto a los maestros y

profesores de secundaria). El personal de servicios (v. gr., dependientes, cajeros en supermercados, etc.) no está incluido en ningún colectivo específico, por lo que se vacunarán en función de su edad y con total independencia del trabajo desempeñado (como sucede con los profesores de universidad, grupo nueve, en función de la edad, no de la profesión).

Sálvese quien pueda

Como si se tratara de un recordatorio de los poderes fácticos existentes en España, se han dado casos, minoritarios, pero no inexistentes, de colectivos que se han saltado el orden de vacunación: sacerdotes, militares, policías, políticos, y las hermanas del rey, que han acudido a un país árabe a vacunarse de forma privada. Confundiendo la inmunidad de rebaño con la impunidad ante el rebaño, su actitud contrasta con los esfuerzos de tantos colectivos que han estado en la primera línea del frente cuando no solo no había vacunas, sino ni siquiera mascarillas o equipos de protección.⁹ La ausencia de un sistema de sanciones formales (no solo no es delito, sino ni siquiera sanción administrativa) y la escasa penalización moral (como mucho, dimisiones; también se planteó no suministrarles la segunda vacunación, pero se desechó pensando que se perdería la primera, lo que resulta perjudicial desde un punto de vista grupal) auguran una sistemática repetición de este tipo de comportamientos.

Este hecho contrasta con la negativa del Gobierno español a que Estados Unidos vacunase al personal civil español de las bases militares de Rota (Cádiz) y Morón (Sevilla) (21). La justificación de esta negativa es dar ejemplo, esto es, que nadie se salte el orden de vacunación, aun cuando en este caso la vacunación de este personal se haría a costa de las vacunas norteamericanas y no de las españolas, y sin duda supondría una ventaja tanto para los vacunados como para sus familias y las poblaciones donde viven. A quienes se saltan el orden de vacunación se les permite recibir la segunda dosis para no perder la primera; pero a quienes podrían recibir la vacuna del extranjero se le niega la posibilidad para dar ejemplo...

En resumen, algunos de los criterios iniciales (diciembre de 2020) no se están respetando cuando ha llegado la hora real de la vacunación (v. gr., valga el ejemplo de los supermercados), y los criterios éticos han sido desdibujados con eufemismos (v. gr., reciprocidad) o con medidas más pragmáticas. Aun así, hay cierto consenso social en que

⁹ El 24% de los infectados en la primera ola fue personal sanitario (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica) (1).

los criterios de priorización son razonables, de ahí que prácticamente no se cuestionen públicamente.

Conclusiones

Las tragedias no hacen necesariamente mejores a las personas. Tampoco tienen por qué cambiar nada. En el caso presente, la pandemia solo está ahondando las inercias que ya existían (22).

En esencia, nuestra dependencia de las grandes multinacionales se ha acrecentado (23). A la hora de fabricar vacunas, al menos en Occidente, el sector público claudicó antes de comenzar. La rendición es tan incondicional que en países como España todo el mundo daba por hecho que las vacunas fabricadas con dinero público no iban a llegar a tiempo, tal es la escasa inversión realizada. Si comparamos nuestro endeudamiento a raíz de la pandemia con el coste que tendría un sector público con capacidad científica para afrontar un desafío como el presente, obviamente saldría mucho más barato apostar por la fabricación de vacunas con el respaldo del Estado. Sin embargo, esta pasividad no la ha cuestionado ni siquiera la oposición al Gobierno. Nuestro dinero puede servir para pagar los intereses que genera la deuda pública, comprar vacunas a precios desorbitados al exterior, y hasta adquirir mascarillas adquiridas como si estuvieran laminadas con oro, pero en ningún caso se aceptaría que ese mismo dinero se destinase a reforzar el sistema sanitario o un sector biotecnológico público con capacidad para competir con las grandes multinacionales. Este paradigma está tan arraigado que prácticamente nadie se plantea por qué hemos fracasado de forma tan estrepitosa a la hora de fabricar nuestras propias vacunas.

Por eso, los criterios para la vacunación de la población, elaborados con mayor o menor acierto, son simplemente parches de una situación aceptada de antemano: se pudo hacer muchísimo más de lo que finalmente se ha hecho, pero, sobre todo, de lo que se hará en el futuro. La estrategia básica ha consistido en capear el temporal y movernos lo menos posible hasta que escampe.

Referências

1. Gobierno de España. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. 2 de diciembre de 2020. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_EstrategiaVacunacion.pdf

2. Gobierno de España. Actualización 4. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. 26 de febrero de 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion4_EstrategiaVacunacion.pdf

3. Gobierno de España. Actualización 3. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. 9 de febrero de 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion3_EstrategiaVacunacion.pdf

4. El Mundo. Reino Unido saca pecho por ser los primeros en vacunar contra el covid: somos mucho mejores que los franceses, los belgas o los americanos. 3 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/12/03/5fc8fe8a21efa0ee588b4627.html>

5. López Baroni MJ. Las tres Europas ante la encrucijada genómica. *Revista de Bioética y Derecho*. 2019;(47):77-92.

6. López Baroni M. El criterio de demarcación en las Biopatentes. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*. 2018;52: 131-153.

7. Consejo de Europa. Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina. 1997.

8. Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2000.

9. UNESCO. Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Bioética. 2005.

10. Casado M. (coord.). Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Madrid: Ed. Civitas; 2009. 600 p.

11. UNESCO. Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos. 1997.

12. Hottois GH. Corps humain. In : Hottois GH; Missa N. Nouvelle encyclopédie de bioéthique, Bruselas: Ed. de Boek Université; 2001.

13. Rodotá S. La vida y las reglas. Entre el Derecho y el No Derecho. Madrid: Fundación Alfonso Martín Escudero/Editorial Trotta; 2010. 328 p.

14. Hermitte MA. Commercialisation du corps et de ses produits. In : Hottois GH, Missa N. Nouvelle encyclopédie de bioéthique. Bruselas : Ed. de Boek Université; 2001.

15. Sandel M. Lo que el dinero no puede comprar. Los límites morales del mercado. Barcelona: Debate; 2013. 256 p.

16. Gobierno de España. Actualización 1. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. 18 de diciembre de 2020.
17. Gobierno de España. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
18. Gobierno de España. Ley 14/2007, de 3 de julio. Ley de Investigación Biomédica española.
19. Lecuona I, García F. Vacunación contra la covid-19: convencer mejor que obligar. SINC. 2021. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Opinion/Vacunacion-contr-la-covid-19-convencer-mejor-que-obligar>
20. Gobierno de España. Actualización 2. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. 21 de enero de 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion2_EstrategiaVacunacion.pdf
21. González M. España rehúsa la oferta de EE.UU. para vacunar a los trabajadores de la base de Rota. El País. 08/03/2021.
22. Casado M (coord.). Dossier monográfico sobre cuestiones bioéticas de la pandemia COVID-19. Revista de Bioética y Derecho. 2020;(50):1-4
23. Casado M (coord.). De la solidaridad al mercado. El cuerpo humano y el comercio biotecnológico. México: Editorial Fontamara AS; 2016. 304 p.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo.

Submetido em: 26/03/21
Aprovado em: 29/07/21

Como citar este artigo

Casado M, López Baroni M. El triaje de las vacunas. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2021 jul./set.;10(3):83-100.

<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i3.791>