



ÁREA DE ÉTICA, DERECHOS Y BIENES PÚBLICOS GLOBALES

POSGRADO PROGRAMA DE BIOÉTICA

Título tesis:

LA POBREZA EXTREMA COMO CRITERIO DE PRIORIDAD EN LA
DISTRIBUCIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV2 EN SUDAMÉRICA:
EL ENFOQUE PRIORITARISTA DE LA VENTAJA TOTAL

Tesis para optar por el grado académico de Máster en Bioética

Tesista:

Dr Carlos Augusto Yabar Varas

Directora de tesis:

Dra Romina Rekers

Fecha: 29/08/2023

AGRADECIMIENTOS

- A Dios porque siempre me regala nuevos retos en la vida.
- A mi esposa Camucha y a mis hijos Carlitos Joaquín y Carlita Sofía Belén por su constante apoyo y comprensión.
- A mi mamita Nelly y a mis hermanos Tavo, Luchito y Clarita por alentarme siempre.
- Al INS por apoyarme con los permisos para estudiar la Maestría.
- A mis colegas del laboratorio de VTS, familiares y amigos.
- A mi directora de tesis Romina Rekers por acompañarme en este largo pero satisfactorio proceso de aprendizaje, de quien aprendí muchísimo y a quien tengo especial consideración y admiración.
- A mis profesores de FLACSO: Florencia Luna, Ignacio Mastroleo, Luis García y Tim Daly por sus sabias recomendaciones y acertados consejos
- Al Programa de Bioética de FLACSO - Argentina (PAHO/WHO Collaborating Center for Bioethics) - Research Ethics Training Program FLACSO. Fogarty International Center of the National Institutes of Health, Grant/Award Number: R25TW001605, por darme la oportunidad de conocer el fascinante mundo de la bioética y la argumentación.

DEDICATORIAS

A todas las víctimas del COVID-19, especialmente a aquellos que pasaron inadvertidos por la ayuda médica y social, debido a su situación de pobreza extrema

"Si una sociedad libre no puede ayudar a sus muchos pobres, tampoco podrá salvar a sus pocos ricos".

John F. Kennedy

RESUMEN

El desarrollo y disponibilidad de la vacuna contra el virus SARS-CoV2, responsable de la pandemia por COVID-19, juega un rol importante en la toma de decisiones para su distribución, principalmente en países de medianos y bajos ingresos, los cuales deben adoptar criterios de prioridad estrictos y más costosos.

Esta tesis tiene como objetivo identificar las razones a favor de adoptar la pobreza extrema como un criterio de prioridad en la distribución de vacunas contra la COVID-19 en Sudamérica considerando como casos de estudio Argentina, Brasil, Chile y Perú. La tesis principal sostiene que el prioritarismo es el enfoque ético más adecuado para diseñar los esquemas de asignación de vacunas contra COVID-19 y que la pobreza extrema debe ser un criterio de priorización.

Para alcanzar el objetivo propuesto se ha recurrido al equilibrio reflexivo para integrar datos y teorías que permitan identificar las razones ético-morales a favor de la adopción de la pobreza extrema como un criterio de prioridad en los esquemas de asignación de vacunas contra el COVID-19.

El análisis empírico determinó que durante la pandemia el país más afectado en cuanto a pobreza y extrema pobreza actual fue Argentina (42% y 10.5% respectivamente). De otro lado, se pudo establecer la estrategia de vacunación de Chile como la más exitosa en términos de cobertura (75% de cobertura).

Se apeló al análisis de tres casos hipotéticos de dilemas de priorización de la vacunación contra la COVID-19 según el utilitarismo y prioritarismo lo cual permitió identificar el enfoque ético de las estrategias de vacunación de cada país seleccionado. Además, se diseñó un modelo de distribución hipotética para esclarecer los beneficios de la vacunación contra SARS-CoV2 según las características socio-económicas y de co-

morbilidad de la población. Del mismo modo, la propuesta de un sistema de puntuaciones según grupos priorizados permitió identificar quien está peor en términos absolutos siguiendo los argumentos prioritaristas del enfoque de la ventaja total. Todos los argumentos presentados fueron concatenados en un simple escenario denominado “modelo del incendio”, que permitió identificar y defender que, la pobreza extrema, sea adoptada como un criterio de prioridad para la vacunación contra la COVID-19. Finalmente, y para completar un ejercicio de equilibrio reflexivo, se consideraron cinco objeciones con sus respectivas respuestas enfocadas en 1) los beneficios de la vacuna contra la COVID-19 según las características de la población, 2) el análisis del QALY como unidad de medida para valorar a quién beneficia la vacuna contra la COVID-19, 3) la donación internacional de vacunas contra la COVID-19 y su efecto sobre la atención de necesidades domésticas del país donador, 4) la pobreza extrema como unidad moral relevante en comparación con las necesidades básicas o capacidades de las poblaciones y, 5) el enfoque de la ventaja total y las políticas internas de cada país en la asignación de la vacuna contra la COVID-19.

Se concluye que la pobreza extrema debe ser adoptada como un criterio de prioridad en los planes de vacunación contra la COVID-19 en Sudamérica sobre la base de: 1) Los fundamentos empíricos que demuestran que la pandemia afectó negativamente a esta población; 2) El prioritarismo, el cual promueve el bienestar de quienes están peor, en este caso, en la población viviendo en pobreza extrema debido a su importancia moral marginal; 3) La mayor sensibilidad del enfoque prioritarista frente al origen estructural e histórico de la pobreza extrema, la cual está alineada con la realidad de los países analizados; 4) La defensa del enfoque de la ventaja total de quienes están peor buscando evitar el incremento y la severidad del daño, minimizando las quejas que surgen frente a

las cargas severas impuestas por la pandemia y haciendo visible la pobreza extrema frente a la sociedad, a través del despliegue de sus particularidades.

Índice

CAPÍTULO I:	10
DE LOS OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA	10
1. INTRODUCCIÓN	10
2. PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	18
5. METODOLOGÍA	19
CAPÍTULO II:	23
INFORMACIÓN EMPÍRICA SOBRE POBREZA Y COVID-19 EN LATINOAMÉRICA	23
6. INTRODUCCIÓN	23
7. POBREZA, POBREZA EXTREMA Y VULNERABILIDAD	24
8. POBREZA EXTREMA Y PANDEMIA POR COVID-19 EN LATINOAMÉRICA 27	
9. POBREZA EXTREMA EN SUDAMÉRICA: LOS CASOS DE PERÚ, CHILE, ARGENTINA Y BRASIL ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19	33
10. ESTRATEGIA SANITARIA DE VACUNACIÓN DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y PERÚ FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19	40
CAPÍTULO III:	49
ENFOQUES ÉTICOS EN LAS ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN DE LOS PAÍSES SELECCIONADOS	49
11. INTRODUCCIÓN	49
12. UTILITARISMO	50
13. ¿A QUIÉN PRIORIZAR?: EL PRIORITARISMO	53
14. EL PRIORITARISMO Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS	55
15. UTILITARISMO Y PRIORITARISMO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA CONTRA LA PANDEMIA POR COVID-19: VACUNAS Y POBREZA EXTREMA	57
16. ANÁLISIS DE LOS TRES CASOS HIPOTÉTICOS PRESENTADOS DESDE UTILITARISMO Y EL PRIORITARISMO	60
17. ENTRE EL UTILITARISMO Y PRIORITARISMO PARA LA ASIGNACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS	63
17.1. Análisis de la población prioritaria elegida por cada país para la vacunación contra la COVID-19	63

17.3. Análisis de la priorización de la vacuna en población con co-morbilidad	78
18.3.1. Modelo de distribución hipotética: Analizando los beneficios de la vacunación contra SARS-CoV2 según las características socio-económicas y co-morbilidad	81
19. Posibles efectos de la falta de vacunación y pobreza extrema	86
CAPÍTULO IV:	89
EL ENFOQUE DE LA VENTAJA TOTAL EN EL CONTEXTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN POBLACIÓN VIVIENDO EN POBREZA EXTREMA	89
20. INTRODUCCIÓN	89
22. POBREZA EXTREMA, PLURALIDAD DE DESVENTAJA Y VACUNACIÓN	91
24. DESVENTAJA POR MUERTE PREMATURA Y POBREZA EXTREMA	93
25. PROPUESTA DE SISTEMA DE PUNTUACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA PLURALIDAD DE DESVENTAJA	94
26. SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 PROPUESTOS POR LA OMS	96
27. EL MODELO DEL INCENDIO	98
28. IMPLEMENTACIÓN DEL CRITERIO DE POBREZA EXTREMA EN LA ASIGNACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19	100
CAPÍTULO V	103
OBJECIONES Y RESPUESTAS	103
CAPÍTULO VI	115
29. CONCLUSIONES	115
30. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
31. ARTÍCULOS PUBLICADOS DURANTE EL DESARROLLO DE LA PRESENTE TESIS	131

CAPÍTULO I:

DE LOS OBJETIVOS, JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN

Sobre la estructura y organización de la tesis

Para un mejor abordaje del estudio propuesto se ha considerado organizar la tesis en seis capítulos. En el Capítulo I se realiza una breve introducción con información empírica relativa a los casos de estudio, describiendo en ella las acciones que vienen realizando los organismos internacionales en torno a la vacuna contra SARS-CoV2. Seguidamente se realiza el planteamiento del problema de investigación en el cual se analiza cómo la pandemia genera una situación de “carrera contra el tiempo” que impulsa a la comunidad científica a un rápido desarrollo de la vacuna motivando a que muchos países con mayores recursos tomen medidas para asegurar la protección de su población, mientras que los principales organismos internacionales tratan de promover una distribución equitativa de este insumo para países con medianos y bajos recursos. Este planteamiento del problema permite la formulación de tres preguntas de investigación, las cuales giran en torno a determinar si existe la necesidad de priorizar la vacunación en población viviendo en extrema pobreza en los cuatro países seleccionados. Del mismo modo, estas preguntas conducen a plantear el enfoque de la ventaja total como marco ético para considerar la necesidad de priorizar a la población en pobreza extrema en los programas de vacunación contra la COVID-19. A partir de estas secciones, se plantea el objetivo del estudio consistente en identificar las razones para adoptar la pobreza extrema como un criterio de prioridad en la distribución de vacunas contra la COVID-19 en

Sudamérica considerando como casos de estudios Argentina, Brasil, Chile y Perú. Este objetivo se correlaciona con la hipótesis que la pobreza extrema debe constituir un criterio de priorización para la distribución de las vacunas contra COVID-19.

Para lograr alcanzar el objetivo y demostrar la hipótesis planteada, se adoptó como metodología el equilibrio reflexivo para integrar datos y teorías que permitan identificar las razones ético-morales a favor de la adopción de la pobreza extrema como un criterio de priorización en los esquemas de asignación de vacunas contra el COVID-19.

En el capítulo II, se describe con mayor detalle el problema de la pobreza y la pobreza extrema, el impacto que genera la pandemia por COVID-19 sobre esta, la situación socio-económica de los países latinoamericanos con énfasis en Argentina, Brasil, Chile y Perú antes y después de la pandemia, y las estrategias sanitarias que emplearon estos países para lograr la cobertura de la vacunación, principalmente en poblaciones que viven extrema pobreza.

En el capítulo III se realiza una revisión de los conceptos éticos sobre el utilitarismo y prioritarismo, tomando como referencia y eje central del estudio el enfoque de la ventaja total de Sharp and Millum¹. Para ello, se realiza un análisis de estos conceptos teóricos sobre situaciones sanitarias dilemáticas que sirven como punto de partida para realizar el análisis ético en el siguiente capítulo.

En el capítulo IV, se aplican cada uno de los enfoques éticos revisados en los planteamientos estratégicos de la distribución de la vacuna contra la COVID-19, formulados por cada país seleccionado desde su realidad, los resultados obtenidos

¹ Sharp D & Millum J (2015). Prioritarianism for Global Health Investments: Identifying the Worst Off. *Journal of Applied Philosophy* doi: 10.1111/japp.12142. [Consultado el 3 de diciembre de 2021]

y los posibles efectos sobre la población en extrema pobreza. Aquí también se discuten los argumentos y contra-argumentos identificados en torno al enfoque de la ventaja total.

En el Capítulo V, se presentan objeciones frente a los argumentos desarrollados a favor del enfoque de la ventaja total que defiende la pobreza extrema como un criterio para la priorización de la vacuna contra la COVID-19. Asimismo, se consideran sus respectivas respuestas.

Finalmente, en el Capítulo VI se presentan las principales conclusiones.

Organismos internacionales y vacunas contra el SARS-CoV2:

Ante la situación inminente de contar con una vacuna segura y eficaz contra la COVID-19, su distribución mundial se ha convertido en un verdadero desafío, principalmente por su limitada disponibilidad en un corto y mediano plazo. Además, las vacunas tienen un valor ético-moral, ya que permiten reducir la mortalidad prematura, el colapso de los sistemas sanitarios, reactivar la economía de los países, y con ello restaurar paulatinamente las libertades, y las actividades sociales y económicas, en concordancia con las tres fases que persigue el Modelo de Prioridad Equitativa². De manera complementaria, uno de los principios sobre el cual se apoyan las decisiones de priorización y asignación global de vacunas es la equidad nacional, que es un término empleado para tomar en cuenta las vulnerabilidades, riesgos y necesidades que subyacen en factores biomédicos, sociales y geográficos en cada país³. En ese sentido, países latinoamericanos

² Emanuel EJ, Persad G, Kern A, Buchanan A, Fabre C, Halliday D, Heath J, Herzog L, Leland RJ, Lemango ET, Luna F, McCoy MS, Norheim OF, Ottersen T, Schaefer GO, Tan KC, Wellman CH, Wolff J, Richardson HS. (2020). An ethical framework for global vaccine allocation. *Science*. 369(6509):1309-1312.

³ World Health Organization. [Publicación en línea] "WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination". <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>> [Consulta: 15/11/2020]

recibieron el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través del PAHO *Revolving Fund*⁴ para la compra de dosis de vacunas, mediante negociaciones con GAVI (*The Vaccine Alliance*) y COVAX (*COVID-19 Vaccines Global Access*) para garantizar un acceso rápido y equitativo a las vacunas contra la COVID-19⁵.

Sin embargo, es importante considerar la realidad socio-económica que enfrentan estos países, principalmente debido a la situación de las poblaciones que viven en pobreza extrema. Esta población en particular presenta múltiples capas de vulnerabilidad⁶ que la conducen a un alto riesgo de muerte prematura, por lo tanto, debería ser priorizada en los programas de vacunación contra la COVID-19. Para defender este argumento, el presente trabajo realizará una revisión sobre la situación de pobreza extrema en cuatro países latinoamericanos tales como Perú, Chile, Argentina y Brasil, sus respectivos planes de vacunación para enfrentar el problema de la COVID-19 y el correspondiente análisis ético en torno a cada uno de estos planes.

2. PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Las vacunas son consideradas un medio eficaz para la prevención de enfermedades tanto emergentes como reemergentes⁷. Es así como, la vacuna contra el virus SARS-CoV2 responsable de la pandemia por COVID-19, ha permitido reducir de manera significativa la tasa de transmisión y mortalidad,

⁴ Andrus JK et al. "Perspectives on Battling COVID-19 in Countries of Latin America and the Caribbean". *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2020;103(2):593-596. Doi: 10.4269/ajtmh.20-0571.

⁵ World Health Organization. [Publicación en línea] "Fair allocation mechanism for COVID-19 vaccines through the COVAX Facility". <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-covid19-vaccine-allocation-final-working-version-9sept.pdf?sfvrsn=e1d0376_2&download=true> [Consulta: 9/09/2020]

⁶ Luna F. "Identifying and evaluating layers of vulnerability - a way forward". *Dev World Bioeth*. 2019;19(2):86-95.

⁷ Brisse M, Vrba SM, Kirk N, Liang Y, Ly H. Emerging Concepts and Technologies in Vaccine Development. *Front Immunol*. 2020;11:583077. doi: 10.3389/fimmu.2020.583077

especialmente en poblaciones con condiciones de salud preexistentes⁸. Sin embargo, la vacunación como estrategia para el control de la pandemia puede traer consigo diferentes problemas éticos debido a la complejidad de asegurar su distribución equitativa en circunstancias de escasez, especialmente en poblaciones compuestas por grupos más vulnerables debido a sus diferentes capas de vulnerabilidad⁹.

Para su distribución, las políticas públicas de cada país, especialmente de aquellos que invirtieron fuertes cantidades de dinero para el desarrollo de las vacunas, han considerado diferentes enfoques respecto a los criterios de priorización¹⁰. Uno de dichos criterios es el “nacionalismo de vacuna”. Este se define como la adquisición o producción de la vacuna priorizando las necesidades domésticas por encima de las necesidades de nacionales de otros países¹¹. En algunos casos el nacionalismo de vacunas ha conducido a la prohibición de la exportación de este insumo hacia aquellos países que lo requieren con mayor urgencia¹² e incluso a la monopolización de dosis de producción limitada considerando las obligaciones con los nacionales como prioritarias¹³.

La escasez combinada con los nacionalismos de vacuna ha motivado que, agencias internacionales como GAVI, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la

⁸ Haghpanah F, Lin G, Levin SA, Klein E. Analysis of the potential impact of durability, timing, and transmission blocking of COVID-19 vaccine on morbidity and mortality. *EclinicalMedicine*. 2021;35:100863. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100863.

⁹ Luna F. *op cit*.

¹⁰ Nhamo G, Chikodzi D, Kunene HP, Mashula N. COVID-19 vaccines and treatments nationalism: Challenges for low-income countries and the attainment of the SDGs. *Glob Public Health*. 2021;16(3):319-339. doi: 10.1080/17441692.2020.1860249.

¹¹ Lagman J. (2021). Vaccine nationalism: a predicament in ending the COVID-19 pandemic. *Journal of public health (Oxford, England)*, 43(2), e375–e376.

¹² Vanderslott, S., Emary, K., Te Water Naude, R., English, M., Thomas, T., Patrick-Smith et al (2021). Vaccine nationalism and internationalism: perspectives of COVID-19 vaccine trial participants in the United Kingdom. *BMJ global health*, 6(10), e006305.

¹³ Yanqiu Rachel Zhou (2021): Vaccine nationalism: contested relationships between COVID-19 and globalization. *Globalizations*. DOI: 10.1080/14747731.2021.1963202.

Coalición para la Promoción de Innovaciones en Pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI por sus siglas en inglés), aliados de la plataforma de Acceso Global a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX) definen que cada país de mediano y bajos ingresos debe recibir una cobertura de vacunación proporcional a su población. Esta cobertura iría incrementando de 3% hasta 20%¹⁴. Sin embargo, no todos los países lograron alcanzar una buena cobertura, especialmente los menos favorecidos desde el punto de vista económico, trayendo como consecuencia, un incremento en las tasas de transmisión y mortalidad tras la aparición de las diferentes olas epidémicas¹⁵.

En ese sentido, es importante señalar que en países de bajos recursos con población en extrema pobreza, la presencia de algunos factores tales como las inequidades sanitarias, las características epidemiológicas y los determinantes socio-económicos podría incrementar su vulnerabilidad en el contexto de la pandemia COVID-19¹⁶. En el caso de Latinoamérica, diversos países han sido seriamente afectados por la pandemia debido a múltiples factores comunes tales como la alta informalidad laboral, elevadas deudas con otros países y organismos internacionales y limitada capacidad de los sistemas de salud que los han conducido a un resquebrajamiento general de su economía^{17,18}. Esto ha agravado aún más la situación de las poblaciones en extrema pobreza existente en esta región y ha aumentado el número absoluto y relativo de personas en extrema

¹⁴ Excler JL, Privor-Dumm L, Kim JH. Supply and delivery of vaccines for global health. *Curr Opin Immunol*. 2021;71:13-20. doi: 10.1016/j.coi.2021.03.009

¹⁵ Emanuel *et al.* 2020 *op.cit.*

¹⁶ Acharya KP, Ghimire TR, Subramanya SH. Access to and equitable distribution of COVID-19 vaccine in low-income countries. *NPJ Vaccines*. 2021;6(1):54. doi: 10.1038/s41541-021-00323-6

¹⁷ López-Feldman A, Chávez C, Vélez MA, Bejarano H, Chimeli AB, Féres J, Robalino J, Salcedo R, Viteri C. Environmental Impacts and Policy Responses to Covid-19: A View from Latin America. *Environ Resour Econ (Dordr)*. 2020 Jul 13:1-6. doi: 10.1007/s10640-020-00460-x.

¹⁸ Bautista-Molano W, Ferreyra Garrot L, Toro C; PANLAR Joven. Exploring the Impact of COVID-19 in Latin America. *J Clin Rheumatol*. 2020 Sep;26(6):218-219. doi: 10.1097/RHU.0000000000001523.

pobreza. Las especificidades de este contexto conducen a las siguientes preguntas de investigación:

1. Tomando en cuenta los factores socioeconómicos determinantes de la pobreza extrema, de manera específica, en los cuatro países de Sudamérica seleccionados en este estudio, a saber, Argentina, Brasil, Chile y Perú ¿Debe la pobreza extrema contar como un criterio de priorización en la asignación de vacunas contra el SARS-CoV2?

2. ¿Es posible abordar esta pregunta de manera universal si consideramos que la pobreza extrema podría asociarse con diferentes grados de vulnerabilidad según las características sociales, políticas y económicas de cada país?

3. ¿La extrema pobreza determina el mismo grado de necesidad de ser inmunizado en cada país analizado? ¿amerita, por lo tanto, que la vacuna contra la COVID-19 sea asignada reconociendo a la pobreza extrema como un criterio de prioridad a nivel doméstico o nacional?

4. ¿Cómo se originó la pobreza extrema en Argentina, Brasil, Chile y Perú en el siglo XX, cómo la enfrentaron los gobiernos locales, en qué condiciones socio-económicas llegó la pandemia de la COVID-19 en dichos países?

5. ¿Cómo afectó la pandemia por COVID-19 al índice de pobreza extrema en Argentina, Brasil, Chile y Perú? Y de acuerdo con ello ¿Cuáles fueron las estrategias que emplearon los países para asegurar la vacunación en esta población? ¿Cuál fue el enfoque ético adoptado por cada país para considerar la asignación de la vacuna?

6. ¿Cuáles son las razones por las que la pobreza extrema debería ser adoptada como un criterio de prioridad en los planes de vacunación contra el SARS-CoV2 en Sudamérica?
7. ¿Puede el enfoque prioritarista de la ventaja total superar las objeciones que harían del utilitarismo una mejor alternativa para el diseño de un esquema de asignación de vacunas que no incluye la pobreza extrema como un criterio de prioridad?
8. ¿Es posible abordar este problema considerando que la pobreza extrema podría asociarse con diferentes grados de vulnerabilidad según las características sociales, políticas y económicas de cada país?
9. ¿Qué concepción de justicia resulta más adecuada para un esquema de distribución doméstica de la vacuna contra SARS-CoV2 en un contexto social, como el sudamericano, marcado por la pobreza extrema estructural e histórica?

3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio permitirá justificar la priorización de las poblaciones en extrema pobreza en la distribución doméstica o nacional de las vacunas contra el SARS-CoV2. Con ello, se buscará otorgar mayor atención y relevancia a esta población, cuya realidad y estado de vida no siempre es tomada en cuenta, principalmente por los estratos sociales más favorecidos. Bajo dicha consigna, se espera que el presente estudio sirva como insumo para esclarecer dilemas éticos y sociales que permitan volcar la atención de priorización sanitaria sobre las poblaciones en extrema pobreza afectados no solo durante esta pandemia sino también a través de sus diversas epidemias locales, además de otras patologías que

todavía no han sido descritas. Del mismo modo, este estudio permitirá identificar la adopción del prioritarismo como criterio ético para la distribución de las vacunas contra la COVID-19 en la realidad latinoamericana, con el fin de construir nuevas ideas y recomendaciones en el campo de la salud, incluyendo otros ámbitos de las ciencias y las humanidades. Para ello aplicará el enfoque de la ventaja total identificando las razones morales a favor de adoptar la pobreza extrema como un criterio de asignación prioritaria en los planes nacionales de vacunación.

4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Objetivo general

Identificar las razones a favor de adoptar la pobreza extrema como un criterio de prioridad en la distribución de vacunas contra la COVID-19 en Sudamérica considerando como casos de estudios Argentina, Brasil, Chile y Perú.

4.2. Objetivos específicos

- Realizar una descripción y análisis comparativo general de datos estadísticos y empíricos sobre la realidad socio-epidemiológica y económica actual de los países seleccionados, su grado de afectación a raíz de la pandemia y las estrategias adoptadas por cada país analizado para la asignación de la vacuna contra la COVID-19
- Presentar el concepto de pobreza desde diferentes enfoques.
- Definir la vulnerabilidad como fenómeno vinculado a la pobreza y la extrema pobreza en diferentes niveles.

- Analizar y comparar dos enfoques éticos a saber: Utilitarismo y Prioritarismo.
- Analizar si las estrategias adoptadas por los países seleccionados se alinean con los fundamentos del Prioritarismo.
- Evaluar si las estrategias de vacunación de los países seleccionados van en concordancia con otras consideraciones éticas y con los resultados obtenidos de la cobertura de la vacunación de cada país y con relación a la pobreza extrema.
- Considerar los argumentos del enfoque prioritarista de la ventaja total para establecer si la pobreza extrema debe ser considerada como un criterio de priorización en el contexto de la vacunación contra la COVID-19 en Sudamérica.
- Mostrar la necesidad de desarrollar fundamentos y metodologías para identificar los criterios de priorización en el ámbito de la distribución doméstica de vacunas.
- Considerar y responder cinco objeciones frente a los argumentos presentados a favor del enfoque prioritarista de la ventaja total.

4.3.Hipótesis

“La pobreza extrema debe contar como un criterio de priorización para la distribución de las vacunas contra COVID-19”

5. METODOLOGÍA

Esta tesis emplea el equilibrio reflexivo¹⁹ para integrar datos y teorías que permitan identificar las razones ético-morales a favor de la adopción de la pobreza extrema como un criterio de priorización en los esquemas de asignación de vacunas contra el COVID-19.

¹⁹ Daniels, N., (1996), *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 21–46.

Este método se caracteriza por brindar un enfoque de múltiples niveles el cual busca ordenar de manera coherente tres conjuntos de creencias: 1) Juicios morales, por los cuales se ha considerado presentar diferentes casos hipotéticos 2) Principios morales, donde se incluyeron teorías que compiten tales como el utilitarismo, el prioritarismo y el enfoque de la ventaja total y, 3) Teorías de fondo relevantes, consideradas en este trabajo para analizar la realidad socio económica de cada país y sus planes de vacunación.

Seguidamente, y siguiendo la metodología propuesta, se realizó la integración de las creencias morales y empíricas para probar los argumentos presentados a través de una justificación moral²⁰, y con ello convencer a los agentes para que actúen de acuerdo con los requisitos de estos argumentos²¹.

Para ello se consideraron los siguientes elementos:

- Descripción de la situación socio-epidemiológica y económica a partir de datos cuantitativos, cualitativos y narrativas de Perú, Chile, Argentina y Brasil antes y durante la pandemia por COVID-19.
- Análisis cuantitativo y cualitativo de las políticas sanitarias de los países seleccionados con énfasis en la adquisición de vacunas y planes de vacunación contra la COVID-19.
- Identificación de las razones ético-morales a favor de la adopción de la pobreza extrema como un criterio de priorización en los esquemas de asignación de vacunas contra el COVID-19 y caracterización de los factores moralmente relevantes de priorización.

²⁰ Arras JD. "Methods in Bioethics, The way we reason now". Edited by Children J. & Adams M. Oxford University Press 2017. pp 224.

²¹ Davies, R., Ives, J., & Dunn, M. (2015). A systematic review of empirical bioethics methodologies. BMC medical ethics, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0010-3>

- Recorte geográfico y temporal de la situación socioeconómica y política de cada país para determinar el impacto de la pandemia en los índices de pobreza extrema y en la situación de las poblaciones en pobreza extrema prepandémica. El recorte geográfico se delimita a cuatro países de Latinoamérica: Perú, Chile, Argentina y Brasil. El recorte temporal varía en cada caso de estudio comenzando en la última crisis económica-social determinante para el aumento de la pobreza extrema en cada país. Luego se considera el inicio de la pandemia como un momento de quiebre y la etapa posterior hasta la actualidad.

5.1. Criterios de selección de los cuatro países

La selección de los cuatro países adoptados como muestra se basó en las siguientes características:

- 5.1.1.** Características demográficas: Los países seleccionados presentan diferencias importantes en el tamaño poblacional, lo que permite enriquecer el análisis de las estrategias planteadas por cada país para lograr la distribución de la vacuna.
- 5.1.2.** Características geográficas: Éstas constituyen un factor importante para lograr la distribución de la vacuna, principalmente debido al problema de la accesibilidad y transporte de este recurso. Los países seleccionados presentan diferentes características geográficas, que, sin embargo, la mayoría de los países latinoamericanos también comparten. Por lo tanto, será de suma importancia analizar qué estrategias empleó cada país para lograr la distribución de la vacuna con base a las diferencias geográficas de sus territorios.
- 5.1.3.** Características socioeconómicas: Los países seleccionados han pasado por diferentes experiencias económicas en los últimos 30 años logrando un desarrollo diferente en cada caso. Sin embargo, la pandemia, ha generado un impacto

económico mundial, por lo que es de esperar que en los países citados la COVID-19 haya tenido un efecto en el incremento de los índices de pobreza extrema de acuerdo con el manejo de sus economías. Las estrategias que emplearía cada país para lograr que las vacunas logren distribuirse en estas poblaciones será un tema importante de análisis en el presente trabajo.

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

CAPÍTULO II:

INFORMACIÓN EMPÍRICA SOBRE POBREZA Y COVID-19 EN LATINOAMÉRICA

6. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se abordará el concepto de pobreza desde diferentes enfoques, con el fin de entender la dimensión integral de esta condición e identificar la brecha existente con relación a la pobreza extrema. A su vez se definirá la vulnerabilidad como fenómeno vinculado a la pobreza y la extrema pobreza en diferentes niveles, y que va calando profundamente en la situación de la población afectada a tal punto de convertirse en el reflejo de la peor situación de vida posible.

Finalmente, se responderán a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo se originó la pobreza extrema en Argentina, Brasil, Chile y Perú en el siglo XX, ¿cómo la enfrentaron los gobiernos nacionales, en qué condiciones socioeconómicas llegó la pandemia de la COVID-19 en dichos países? ¿Cómo afectó la pandemia por COVID-19 al índice de pobreza extrema en Argentina, Brasil, Chile y Perú? Y de acuerdo con ello ¿Cuáles fueron las estrategias que emplearon los países para asegurar la vacunación en esta población? Por último, ¿Cuál fue el enfoque ético planteado por cada país para considerar la asignación de la vacuna?

7. POBREZA, POBREZA EXTREMA Y VULNERABILIDAD

7.1.Pobreza

El concepto de pobreza es complejo y puede ser abordado desde diferentes enfoques²²:

1) Enfoque de los ingresos (o de la línea de pobreza), 2) Enfoque biológico, 3) Enfoque de la desigualdad, 4) Enfoque de la privación relativa, 5) Enfoque de los recursos, 6) Enfoque de las capacidades.

El enfoque de ingreso mide la pobreza según la ganancia o consumo de una persona por familia, cuyo valor es menor a 1.90 dólares por día²³. Por su parte, el enfoque biológico, se refiere a la ausencia de ingresos suficientes para cubrir las necesidades físicas de una persona, requerimientos nutricionales, incluyendo las capacidades reproductivas²⁴. El enfoque de la desigualdad se centra en aquellos que representan a los estratos sociales más bajos debido a sus bajos ingresos económicos que generan desigualdad de oportunidades²⁵. En el enfoque de la privación relativa, una persona determinada es pobre porque no puede acceder o le es negada la posibilidad de tener un nivel suficiente de vida (acceso a amenidades, dieta, servicios, etc), lo cual puede ser también relativo o subjetivo. Desde este punto de vista, la privación relativa conduce a la exclusión social por diferencia de condiciones²⁶. De otro lado, el enfoque de los recursos está referido a los bienes a los que una persona no puede acceder (recursos inaccesibles), que dependen en algunas circunstancias de los índices del

²² Cancio SJ. "Pobreza Global: La Responsabilidad de los individuos y sus implicancias para los Estados". [Publicación en línea] Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. <<http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/724/>> [Consultado el 11 de octubre de 2021]

²³ World Bank. World Bank. "Poverty". [Publicación en línea] <<https://www.worldbank.org/en/topic/poverty>> [Consultado el 11 de octubre de 2021]

²⁴ Caloca O, Leriche C, Briseño N.(2017). La pobreza desde las teorías de Ricardo y Sen. Análisis Económico, XXXII(79),149-176. [Consultado el 23 de Diciembre de 2021]

²⁵ Yang L. (2017). "The relationship between poverty and inequality: Concepts and measurement". The London School of Economics and Political Science.

<<https://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/casepaper205.pdf>> [Consultado el 23 de diciembre de 2021]

²⁶ Bourgignon F. (1999). "Absolute poverty, relative deprivation and social exclusion". [Publicación en línea]. <<https://gdsnet.org/BourgignonRelativeDeprivation.pdf>> [Consultado el 23 de diciembre de 2021].

producto bruto interno (PBI) de cada país, los ingresos de un individuo más impuestos, recursos personales e impersonales (este último referido a cualidades como fuerza, inteligencia, por ejemplo), entre otros²⁷. Finalmente, el enfoque de las capacidades gira en torno a dos consideraciones normativas: La libertad para lograr el bienestar y la capacidad de ser y de hacer (casarse, tener hijos, educarse) y de funcionamiento (capacidades que se han realizado)²⁸. Todo ello engloba libertades reales o sustantivas que no se encuentran condicionadas por derechos y libertades formales, pero que, sin embargo, no llegan a su plenitud debido a la situación de pobreza.

En síntesis, el concepto de pobreza abarca diferentes dimensiones, sin embargo, todas se refieren a la cualidad de no acceder o a carecer de lo mínimo indispensable para llevar una vida digna.

7.2.Pobreza extrema

Se define como pobreza extrema a “aquella en donde la persona carece de elementos básicos para la supervivencia (comida, agua, abrigo, etc.)”²⁹. Es referida por Sachs y McGord como el tipo de “pobreza que mata”, porque traen consigo la pérdida de millones de vidas (conduce a una baja expectativa de vida y alta tasa de mortalidad)³⁰.

Si bien las métricas utilizadas por el Banco Mundial pueden resultar reduccionistas al

²⁷ Cancio SJ. *op.cit*

²⁸ Robeyns, I, Byskov MF (2021). "The Capability Approach". [Publicación en línea]. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.) <<https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/capability-approach/>>. [Consultado el 23 de diciembre de 2021]

²⁹ Cancio SJ *op.cit*.

³⁰ Sachs J D & McCord G. "extreme poverty." The New Palgrave Dictionary of Economics. Second Edition. Eds. Steven N. Durlauf and Lawrence E. Blume. Palgrave Macmillan, 2008. The New Palgrave Dictionary of Economics Online. Palgrave Macmillan. 12 May 2008 http://www.dictionaryofeconomics.com/article?id=pde2008_E000293 [Consultado el 11 de octubre de 2021]

definir pobreza extrema como el número de personas que viven por debajo de 1.9 dólares al día,³¹ el Informe sobre el Desarrollo Humano (HDR por sus siglas en inglés) ha incluido, además, otras consideraciones denominadas capacidades multidimensionales (salud, educación y conocimiento, seguridad humana frente a las crisis y acceso a las nuevas tecnologías), donde la puntuación de carencia a estas capacidades en situación de pobreza extrema sería de 50% a más³². Integrando ambos conceptos, la definición de pobreza extrema conlleva una conjunción de factores que conducen a la persona o familia afectada a una situación de daño, debido a que la calidad de vida está afectada negativamente a tal punto de generar un riesgo de muerte prematura. Con el propósito de unificar el análisis de la pobreza extrema en cada caso de estudio, se recurrirá al enfoque monetario del Banco Mundial.

A continuación, se abordará de manera general la situación de extrema pobreza en Latinoamérica antes y después de la Pandemia por COVID-19, y se profundizará la información en los cuatro países seleccionados como casos de estudio.

7.3. Vulnerabilidad

Con relación a la vulnerabilidad, según Feito³³ es posible abordarla bajo dos miradas: una dimensión antropológica correspondiente a la vulnerabilidad del ser humano como tal, y una dimensión social, referida al medio o las condiciones de vida. La primera dimensión se refiere a la susceptibilidad de padecer algo malo o doloroso, lo cual puede ser la enfermedad y en el peor de los casos la muerte. La segunda dimensión está íntimamente ligada a la situación socio-económica que aumenta la

³¹ World Bank. *op. Cit.*

³² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2019. [Publicación en línea]. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf> [Consultado el 14 de setiembre de 2021]

³³ Feito L. (2007) "Vulnerabilidad". [Publicación en línea] *An. Sist. Sanit. Navar.* 30 (Supl. 3): 7-22. [Consultado el 3 de diciembre de 2021]

susceptibilidad al daño. Si en este último caso, la situación económica conduce a la persona, familia o comunidad a la pobreza extrema, entonces la predispondría a una situación de amenaza como efecto de la injusticia social, la cual está íntimamente ligada a una situación de inequidad en salud³⁴. En tal sentido, todos estos elementos se irían manifestando unos tras otros a través de un efecto en cascada siguiendo el modelo de las múltiples capas de vulnerabilidad propuesto por Luna³⁵. Como consecuencia de ello, las vulnerabilidades ya existentes en las personas en situación de pobreza extrema se irán exacerbando y al mismo tiempo dando origen a nuevas vulnerabilidades. El efecto dominó visto en este escenario es el más dañino al que una población puede exponerse, lo que exige tomar acciones urgentes de prevención o de minimización.

8. POBREZA EXTREMA Y PANDEMIA POR COVID-19 EN LATINOAMÉRICA

8.1. Pobreza extrema pre-Pandemia

La pobreza extrema en Latinoamérica llegó a afectar a 70 millones de personas (11.3%) en el año 2019. Esta cifra es el resultado de un incremento paulatino desde el año 2015, cuando el porcentaje alcanzaba el 8.7%. Los países más afectados, cuya tasa de pobreza extrema superó el 10%, fueron Bolivia, Colombia, México y Honduras³⁶.

³⁴ Benfer EA. "Health Justice: A Framework (and Call to Action) for the Elimination of Health Inequity and Social Injustice". *Am Univ Law Rev.* 2015;65(2):275-351

³⁵ Luna F. "Identifying and evaluating layers of vulnerability - a way forward". *Dev World Bioeth.* 2019;19(2):86-95.

³⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). "Panorama Social de América Latina, 2020" [Publicación en línea].

En Latinoamérica, la pobreza extrema se ha incrementado debido en parte a la crisis económica que sufrió cada país y por la situación de desigualdad social que afecta esta región³⁷. Asimismo, el grupo más afectado por la pobreza extrema son las mujeres, cuya frecuencia es 12.7% mayor que los varones, mientras que los grupos poblacionales que sufren esta situación pertenecen a las áreas rurales, principalmente indígenas y afrodescendientes, niños, niñas y adolescentes, personas con menos años de estudio y hogares monoparentales y extensos¹⁵.

8.2. Pobreza extrema durante la Pandemia

El problema sanitario generado por la actual pandemia representa uno de los principales factores que ha conducido a aproximadamente 100 millones de personas en el mundo a la pobreza extrema³⁸. En el caso de Latinoamérica, la pandemia COVID-19 ha generado un fuerte impacto socio-económico debido al elevado índice de mortalidad y a la disminución del crecimiento económico experimentados en la región^{39, 40}. Con relación a la tasa de mortalidad por COVID-19, Latinoamérica reportó un mayor índice en comparación con Europa y EE. UU. De acuerdo con las cifras reportadas durante el año 2020, el índice de mortalidad estuvo en el rango de

<https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46687/8/S2100150_es.pdf> [Consultado el 13 de setiembre de 2021]

³⁷ Filgueira & Peri. (2004). "América Latina: los rostros de la pobreza y sus causas determinantes". [Publicación en línea]. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7192/1/S045458_es.pdf> [Consultado el 13 de setiembre de 2021]

³⁸ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *op.cit*

³⁹ Cifuentes-Faura J. COVID-19 Mortality Rate and Its Incidence in Latin America: Dependence on Demographic and Economic Variables. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6900. doi: 10.3390/ijerph18136900.

⁴⁰ Bolaño-Ortiz TR, Camargo-Caicedo Y, Puliafito SE, Ruggeri MF, Bolaño-Díaz S, Pascual-Flores R, Saturno J, Ibarra-Espinosa S, Mayol-Bracero OL, Torres-Delgado E, Cereceda-Balic F. (2020). Spread of SARS-CoV-2 through Latin America and the Caribbean region: A look from its economic conditions, climate and air pollution indicators. *Environ Res*. 191:109938. doi: 10.1016/j.envres.2020.109938.

12% a 36%, siendo muy amplio el rango de edades de personas afectadas, el cual abarcó también a menores de 50 años⁴¹.

Estas cifras han sido asociadas con la disponibilidad de la atención sanitaria, el porcentaje de empleos vulnerables⁴² y el índice de PBI per cápita, siendo este último el de mayor influencia sobre la tasa de mortalidad por COVID-19 en Latinoamérica¹⁸. Estos datos en conjunto sugieren que la tasa de mortalidad debido a la pandemia es un reflejo del deterioro de la economía de los países, el cual tiene un efecto sobre el incremento de los índices de pobreza. De hecho, durante el año 2020, 22 millones de personas han pasado a una situación de pobreza debido a la pandemia COVID-19. Esto representa al 33.7% de la población total latinoamericana (209 millones de personas). Con respecto a la extrema pobreza, esta llegó a afectar a alrededor de 78 millones de personas (8 millones más que 2019)⁴³ cifra que representa al 12.5% de la población total.

8.3. Desigualdad y pobreza extrema en pandemia

Las poblaciones viviendo en pobreza extrema no se encuentran en las mismas condiciones que los demás grupos sociales. Si a ello se suma el problema de la pandemia por COVID-19, es un hecho suponer que un gran porcentaje estaría enfrentando un elevado riesgo de muerte prematura.

⁴¹ Berniell L. "Demografía y pandemia: qué revelan las muertes por Covid-19 en América Latina". *Blog del Banco de Desarrollo de América Latina*. 9 de octubre de 2020. [Publicación en línea] <<https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2020/10/demografia-y-pandemia/>> [Consultado el 13 de octubre de 2021]

⁴² Se define como trabajo vulnerable al tipo de trabajo que es mayormente inseguro y vulnerable a las fluctuaciones en los ciclos económicos como trabajador por cuenta propia sin empleados y como trabajador familiar no remunerado. Referido por IGI Global. Publisher in Timely Knowledge. [Publicación en línea] <<https://www.igi-global.com/dictionary/youth-employment/59268>> [Consultado el 26 de octubre de 2021]

⁴³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). *Op. sit.*

A pesar de que muchos gobiernos han impuesto medidas para abastecer con ingresos de emergencia a estas poblaciones, los esfuerzos sólo han sido temporales, debido principalmente a que los niveles de extrema pobreza en número de afectados han sobrepasado cualquier registro antes reportado en los últimos 20 años. Es por tanto imprescindible analizar a qué tipo de riesgos asociados a la no vacunación se enfrentan estas poblaciones, principalmente los grupos más afectados que provienen en su mayoría de áreas rurales y corresponden a población infantil, adolescentes, indígenas y afrodescendientes. Para ello es necesario definir el término desigualdad con el fin de buscar su aplicación dentro de este contexto.

Desigualdad

Se refiere a la distribución desigual de recursos y oportunidades a nivel de los individuos, entre grupos de una población y finalmente entre países, lo cual ocurre en un determinado momento en el tiempo, o a través del tiempo. Este concepto se puede abordar desde dos puntos de vista: Desde el punto de vista de los resultados (referido a ingresos y dimensiones materiales del bienestar fuera del control de uno mismo) y desde el punto de vista de las oportunidades, las cuales pueden ser interdependientes y complementarias⁴⁴. Con fines de medición, la desigualdad puede valorizarse a través de diferentes parámetros siendo el más representativo el Coeficiente de Gini⁴⁵, el cual pondera a la perfecta igualdad con el valor 0 y completa desigualdad con 1.

⁴⁴ Yang L. *op. cit.* menciona que “Los bajos niveles de ingresos y otros resultados pueden restringir las oportunidades y generar desigualdades en las dimensiones de los resultados”

⁴⁵ Cowell, F. (2011) *Measuring Inequality*, 3rd ed.; Oxford University Press: Oxford, UK

Riesgos y consecuencia del efecto de la pandemia por COVID-19 sobre la población en extrema pobreza

La pandemia por COVID-19 ha llevado 5 millones de personas más en Latinoamérica a la pobreza extrema. Esta nueva situación revela que un mayor número de personas se encuentran ahora sufriendo desigualdad debido a la carencia de alimentos, discriminación social, falta de acceso a las vacunas contra SARS-CoV2 y recientemente por exposición a desastres naturales debido al cambio climático⁴⁶.

Dentro de ese conjunto de eventos, un reciente estudio realizado en población brasileña entre abril y julio de 2020 reveló diferencias sustanciales en los índices de mortalidad por la COVID-19 entre varios estados brasileños de diferente estrato socioeconómico, demostrando que en las sociedades más pobres el porcentaje de mortalidad es mayor debido a su alto grado de vulnerabilidad frente a las peores condiciones de estructura pública de salud, seguridad, saneamiento y urbanismo, manteniendo elevado los valores del Coeficiente de Gini con relación al incremento de la COVID-19⁴⁷. Del mismo modo, un reciente estudio realizado considerando personas de diferentes estratos socioeconómicos reveló que el riesgo de hospitalización y muerte por la COVID-19 en población viviendo en las áreas más pobres era mayor que aquellas que tenían un mejor *status* económico. Este resultado se asoció con diferencias en el acceso a servicios de salud de calidad, la imposibilidad de mantener el distanciamiento social y la alta prevalencia de co-morbilidades⁴⁸. En

⁴⁶ International Federation of Red Cross And Red Crescent Societies. (2022). "Americas: Five million more people in extreme poverty and highly exposed to disasters after two years of COVID-19 pandemic" [Publicación en línea] <<https://reliefweb.int/report/panama/americas-five-million-more-people-extreme-poverty-and-highly-exposed-disasters-after>> [Consultado el 25 de abril de 2022]

⁴⁷ Demenech, L. M., Dumith, S. C., Vieira, M., & Neiva-Silva, L. (2020). Income inequality and risk of infection and death by COVID-19 in Brazil. *Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 23, e200095. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>

⁴⁸ Li, S. L., Pereira, R., Prete, C. A., Jr, Zarebski, A. E., Emanuel, L., Alves, P., Peixoto, P. S., Braga, C., de Souza Santos, A. A., de Souza, W. M., Barbosa, R. J., Buss, L. F., Mendrone, A., de Almeida-Neto, C.,

un estudio multivariado realizado a partir de datos públicos de la ciudad de México, se observó que el nivel de mortalidad por COVID-19 incrementó de manera proporcional al porcentaje de pobreza en una determinada municipalidad, siendo las principales causas la falta de distanciamiento social, el alto riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y la falta de acceso a servicios de salud⁴⁹. Estas características de desigualdad que afectan a las poblaciones viviendo en extrema pobreza de países latinoamericanos también han sido reportadas en los estratos más pobres de los países que tienen mayores ingresos económicos tales como EEUU⁵⁰ e Inglaterra⁵¹. Como es de apreciar, la situación de pobreza extrema expone a la población a una mayor tasa de mortalidad por COVID-19 debido a diferentes factores que incrementan la desigualdad y con ello el riesgo de sufrir muerte prematura.

Oportunidad de vacunación, riesgo de infectarse y pobreza extrema

Es importante plantear si el acceso prioritario a la vacunación contra la COVID-19 en la población viviendo en pobreza extrema podría disminuir, no solo los índices de mortalidad en este grupo humano, sino también en toda la población general. Respecto a ello, un reciente modelo matemático determinó que brindar un mayor acceso a la vacuna contra la COVID-19 en países con menores ingresos económicos, generaba un impacto positivo en la disminución de la transmisión viral y la aparición

Ferreira, S. C., Salles, N. A., Marcilio, I., Wu, C. H., Gouveia, N., Nascimento, V. H., ... Messina, J. P. (2021). Higher risk of death from COVID-19 in low-income and non-White populations of São Paulo, Brazil. *BMJ global health*, 6(4), e004959. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-004959>

49 Gutierrez, J. P., & Bertozzi, S. M. (2020). Non-communicable diseases and inequalities increase risk of death among COVID-19 patients in Mexico. *PLOS ONE*, 15(10), e0240394. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240394>

⁵⁰ Tan, A. X., Hinman, J. A., Abdel Magid, H. S., Nelson, L. M., & Odden, M. C. (2021). Association Between Income Inequality and County-Level COVID-19 Cases and Deaths in the US. *JAMA Network Open*, 4(5), e218799. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.8799>

⁵¹ Butler P. (2021). "Jaw-dropping fall in life expectancy in poor areas of England, report finds" [Publicación en línea]. < <https://www.theguardian.com/uk-news/2021/jun/30/life-expectancy-key-to-success-of-levelling-up-in-uks-poorer-areas-covid-pandemic> > [Consultado el 27 de abril de 2022]

de nuevas olas epidémicas en todos los países en general⁵². Por tanto, y según esta predicción, la clave del control epidémico por COVID-19 es priorizar la vacunación en países con menos recursos económicos, donde se encuentran en mayor proporción las poblaciones que viven pobreza y pobreza extrema.

Tomando en conjunto estos datos, es posible identificar la situación de desigualdad que existe entre los diferentes estratos sociales con respecto a la población viviendo en pobreza extrema, frente al riesgo que impone la pandemia por COVID-19; así como la desigualdad reflejada en las consecuencias *per se* debido a la falta de oportunidad de la vacunación en las poblaciones viviendo en pobreza extrema.

9. POBREZA EXTREMA EN SUDAMÉRICA: LOS CASOS DE PERÚ, CHILE, ARGENTINA Y BRASIL ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

9.1.El caso de Argentina

La situación económica de Argentina está marcada por tres procesos históricos⁵³: la Argentina agraria (1880-1945), la industrial (1946-1975), la de renta y financiera (1976-2001) y la de desarrollo con inclusión social, que empezó a partir del año 2003. Entre 1976 y 2002 (26 años) hubo un incremento importante en el número de desempleados (de 4.5% a 17.8%), reducción del PBI por habitante de 8000 a 7200 dólares e incremento de la pobreza de 4.7% a 54.3%.

Sin embargo, el período de mayor crisis económica en Argentina sería registrado hacia fines de 1980, durante una etapa de hiperinflación que ocasionaría el incremento de

52 Ye, Y., Zhang, Q., Wei, X., Cao, Z., Yuan, H.-Y., & Zeng, D. D. (2022). Equitable access to COVID-19 vaccines makes a life-saving difference to all countries. *Nature Human Behaviour*, 6(2), 207-216.

<https://doi.org/10.1038/s41562-022-01289-8>

⁵³ Calcagno AE (2013). La situación económica de la Argentina. *Economíaunam* (12):36e

precios de hasta 2.100 millones de veces entre 1976 y abril de 1991⁵⁴. A partir del año 2003 hasta el 2014, Argentina experimenta una fase de crecimiento económico, donde el PBI por habitante se elevó nuevamente de 7.1 mil dólares a 13.1 mil dólares y el porcentaje de desocupación decreció de 21.5% a 7.2%⁵³. A esto se suma la disminución del índice de pobreza que hacia el año 2015 se redujo a 29.8% en comparación con el año 2002 que fue de 65.5%⁵⁵. Sin embargo, a partir de 2015, Argentina experimenta un período de recesión al caer la actividad económica: La devaluación del peso argentino lleva al gobierno a solicitar préstamos al Fondo Monetario Internacional (FMI) lo que trae como consecuencia el alza de la inflación a 300% y el incremento del índice de pobreza de 29.8% a 40.8% hacia el año 2019⁵⁶. Con el surgimiento de la pandemia COVID-19 en 2020, la situación económica del país se agravó aún más. De acuerdo con ello, el índice de pobreza en Argentina en el año 2019 fue de 18.7%, mientras que el de extrema pobreza fue de aproximadamente 9%⁵⁷. Sin embargo, cuando llegó la pandemia, el índice de pobreza se elevó a 42% (equivalente a 12 millones de personas), mientras que el de pobreza extrema se incrementó a 10.5% (cerca de 3 millones de personas)⁵⁸.

⁵⁴ Rojas M. (2003). Historia de la crisis argentina. Ed. Timbro/SFN y Fundación CADAL. Primera Edición. Argentina.

⁵⁵ Díaz G, Kessler G, della Paorela G, Karczmarczyk M. (2020). "Impacto social del COVID-19 en Argentina". [Publicación en línea] <<https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2020/10/197-DT-PS-Impacto-social-del-COVID-19-en-Argentina.-D%C3%ADaz-Langou-Kessler...-1.pdf>> [Consultado el 27 de setiembre de 2021]

⁵⁶ Gozza MA, Fontana RM. (2020) [Publicación en línea] "Impacto de una pandemia en la economía Argentina". Universidad Nacional de San Martín. <<https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/1310/1/TFPP%20EEYN%202020%20GMA-FMR.pdf>>. [Consultado el 27 de setiembre de 2021].

⁵⁷ Acevedo I, Castellani F, Flores I, Lotti G, Székely M. (2021) [Publicación en línea]. "Implicaciones sociales del Covid-19: Estimaciones y alternativas para América Latina y El Caribe". Banco Interamericano de Desarrollo. <<https://publications.iadb.org/es/implicaciones-sociales-del-covid-19-estimaciones-y-alternativas-para-america-latina-y-el-caribe>> [Consultado el 22 de setiembre de 2021]

⁵⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censos. República de Argentina. (2020). [Publicación en línea]. Informe Técnico "Condiciones de vida" Vol 4 N° 181" <https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_200703093514.pdf> [Consultado el 22 de setiembre de 2021].

9.2.El caso de Brasil

Brasil sufrió una severa recesión durante los años 2014 y 2016, lo que trajo como consecuencia que el 2.7% (5.6 millones) de los brasileños cayeran en la pobreza. Si bien a partir del año 2017 el país empezó a recuperarse económicamente, un año después el 4.5% (9.3 millones) de los brasileños se vio afectado por la extrema pobreza⁵⁹.

Con una población de hasta 212.559.409 habitantes⁶⁰, Brasil viene reportando en la actualidad un índice de pobreza de 12.8% y de pobreza extrema de 4.5% (9.4 millones de personas)⁶¹.

Durante el transcurso de la pandemia por COVID-19, los sectores económicos más afectados fueron de los de servicio y construcción, los cuales fueron suspendidos provocando despidos masivos entre el 44% – 45% de los trabajadores del sector. Se estimó una caída del PBI de 5.3% en 2020 siendo este valor uno de los más bajos jamás registrados⁶².

El problema de la seguridad alimentaria debido a la pandemia y a la grave crisis económica del país viene conduciendo al hambre a 19 millones de personas, casi el doble de la grave crisis experimentada en el año 2018⁶³.

⁵⁹ World Bank Group. (2020) [Publicación en línea] “Poverty and Equity Brief. Brazil”. https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_BRA.pdf. [Consultado el 23 de noviembre de 2021]

⁶⁰ Expansión. Datosmacro.com (2020). [Publicación en línea] “Brasil-Población”. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/brasil> [Consultado el 23 de noviembre de 2021]

⁶¹ Canzian F. (2021). “Brasil começa 2021 com mais miseráveis que há uma década” [Publicación en línea]. <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2021/01/brasil-comeca-2021-com-mais-miseraveis-que-ha-uma-decada.shtml> [Consultado el 23 de noviembre de 2021]

⁶² Comisión Económica para América latina y el Caribe (2020). “Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2020”. [Publicación en línea] <
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46501/9/BP2020_Brasil_es.pdf> [Consultado el 23 de diciembre de 2021]

⁶³ The New York Times. [Publicación en línea] “Brasil, devastado por la covid, enfrenta una epidemia de hambre” <https://www.nytimes.com/es/2021/04/23/espanol/covid-brasil-hambre.html?action=click&module=RelatedLinks&pgtype=Article> [Consultado el 27 de octubre de 2021]

9.3.El caso de Chile

De acuerdo con el informe del Ministerio de Desarrollo Social y Familia del gobierno chileno, la definición financiera de pobreza equivale a tener un ingreso mensual de 471,348 pesos chilenos para un hogar de cuatro integrantes, mientras que la pobreza extrema correspondería a menos de $\frac{3}{4}$ de dicho monto⁶⁴. Esto significa que en Chile una persona en pobreza extrema tendría un ingreso menor a 3.66 dólares diarios. Si se considera que en Chile la canasta básica alimentaria mensual por persona equivale a 60 dólares mensuales⁶⁵, o bien a 2 dólares diarios, esto significa, que una persona en pobreza extrema solo podría satisfacer la necesidad de alimentarse, o bien prescindir de ello para satisfacer otras necesidades básicas.

Desde el punto de vista económico, Chile afrontó su mayor crisis en 1982 la cual provocó una de las mayores caídas del (PBI) (13.6%)⁶⁶, generando un incremento en los índices de pobreza de hasta 45% en 1987⁶⁷. Este valor fue decreciendo a través de los años hasta llegar a 6.3% de población pobre y 2.3% en extrema pobreza³³. Sin embargo, el índice de pobreza también se vio afectado por la pandemia, aunque el impacto no fue tan alto en comparación con otros países de Sudamérica⁶⁸. En la actualidad, se estima que alrededor de 2.1 millones de personas (10.8%) viven en

⁶⁴ Ministerio de Desarrollo Social y Familia. [Publicación en línea] “Informe Desarrollo Social 2020”. <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2020.pdf> [Consultado el 22 de setiembre de 2021]

⁶⁵ Sub-Secretaría de Evaluación Social. [Publicación en línea] “Valor de la Canasta Básica de Alimentos y Líneas de Pobreza” <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cba/nueva_serie/2021/Valor_CBA_y_LPs_21.01.pdf> [Consultado el 22 de setiembre de 2021].

⁶⁶ Sanhueza G. “La crisis financiera de los años ochenta en Chile: análisis de sus soluciones y su costo”. [Publicación en línea]. <<https://si2.bcentral.cl/public/pdf/revista-economia/1999/abr/BCCCh-rec-v02n1abr1999p043-068.pdf>> [Consultado el 27 de setiembre de 2021].

⁶⁷ Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza. [Publicación en línea] “La Pobreza en Chile: Un Desafío de Equidad e Integración Social”. <<http://www.superacionpobreza.cl/cp/pobreza-en-chile-un-desafio-de-equidad-e-integracion-social/>> [Consultado el 22 de setiembre de 2021]

⁶⁸ Naciones Unidas. [Publicación en línea] El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. <https://peru.un.org/sites/default/files/2020-07/SG%20Policy%20brief%20COVID%20LAC%20%28Spanish%29_10%20July_0.pdf> [Consultado el 27 de octubre de 2021]

situación de pobreza en Chile, y más de 830 mil personas (4.3%) se encuentran en condición de extrema pobreza⁶⁹.

9.4. El caso de Perú

La pobreza extrema en el Perú se ha definido como la incapacidad de cubrir una canasta mínima de alimentos mensual, equivalente en la actualidad a 201.50 soles por persona (50.25 dólares), o a 806 soles (201.10 dólares) para una familia de 4 miembros⁷⁰. En términos monetarios del Banco Mundial, esto equivale a la capacidad de ganar aproximadamente 1.9 dólares diarios.

La principal causa de pobreza extrema en el Perú fue la hiperinflación sufrida en el año 1988⁷¹, lo que agravó la situación de pobreza en hogares peruanos, principalmente debido a la calidad del trabajo del jefe del hogar, la cual no brinda oportunidad de mejorar la economía pese a contar con más de un empleo. Otro factor importante es aquel donde la única fuente de ingreso es la mujer, debido a las pocas oportunidades de trabajo, a las características sociales patriarcales del país y en general a todo tipo de privaciones desproporcionadas a la que se encuentra sujeta debido a su género. Finalmente, se ha considerado como cuarto factor, el tamaño del

⁶⁹ Ministerio de Desarrollo Social y Familia. *op. cit*

⁷⁰ Miñán, W. Costo de canasta básica de alimentos subiría a S/ 806 por alza de precios. [Publicación en línea] < <https://gestion.pe/economia/canasta-basica-costo-de-canasta-basica-de-alimentos-subiria-a-s-806-por-alza-de-precios-apoyo-consultoria-noticia/?ref=gesr> >

⁷¹ Verdera, Francisco. [Publicación en línea] “Causas del agravamiento de la pobreza en el Perú desde fines de la década de 1980” En: “Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina”. Buenos Aires: CLACSO, 2001. ISBN: 950-9231-57-6. 2001 pp: 127-165. <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101029064855/8puyana.pdf>> [Consultado el 23 de noviembre de 2020]

hogar, donde el alto número de integrantes juega un papel adverso en la economía de la familia⁷².

Con relación a las características demográficas de la población peruana, el número de habitantes experimentó un incremento constante de hasta 17.7 veces, desde el primer registro del año 1836 hasta la fecha⁷³. Hasta antes de la pandemia, el último censo nacional del año 2017 registró un total de 31.237.385 habitantes. Hoy en día el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEN) registró que la población peruana asciende a un total de 33.035.304 habitantes. Paradójicamente, el índice de pobreza extrema experimentó una disminución desde el año 1991, donde se reportó una incidencia de 23%, llegando a disminuir hasta a 2.9% en el año 2019.

Sin embargo, la pandemia de la COVID-19 trajo consigo una paralización de la actividad económica debido al confinamiento sanitario, cuyo efecto provocó en el Perú un incremento del índice de pobreza de 20% en 2019 a 30% en 2020, afectando a más de 9.6 millones de peruanos. Con ello, también afectó el índice de pobreza extrema el cual incrementó de 2.9% (2019) a 5.1% (2021), lo cual equivale a 1.6 millones de peruanos⁷⁴. Esto significa que, como efecto de la pandemia, casi dos millones de personas no lograron satisfacer sus necesidades mínimas de alimentación, exponiéndose a la inanición.

⁷² Villacorta M. (2011). "Perú: determinantes de la pobreza, 2009". [Publicación en línea]. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0942/libro.pdf> [Consultado el 2 de diciembre de 2020]

⁷³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Publicación en línea]. "Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario, 2021". <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1803/libro.pdf>

⁷⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). "Evolución de la pobreza monetaria 2009 - 2020" [Publicación en línea] <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2020/Pobreza2020.pdf> [Consultado el 14 de setiembre de 2021]".

Con relación a la población rural, hasta el año 1996 fue la más afectada por la pobreza extrema a nivel nacional, experimentando un índice de 71%⁷⁵. Sin embargo, en los siguientes 20 años este valor fue disminuyendo paulatinamente⁷⁶. Al llegar la pandemia, la balanza se inclinó nuevamente hacia estas zonas, experimentando un incremento de 3% en 2020, y afectando al 13% de la población rural, principalmente en la zona sur del país⁷⁷.

9.5. Comparación de los índices de pobreza extrema en los casos de estudio

En la tabla 1 se realiza una comparación estadística de los índices de pobreza y pobreza extrema entre los cuatro países descritos. De acuerdo con estos datos, el país más afectado en cuanto a pobreza y extrema pobreza es Argentina, mientras que Chile y Brasil presentan los valores más bajos. Sin embargo, considerando valores absolutos, el mayor número de personas en peor situación económica se concentra en Brasil, donde el número de personas viviendo con extrema pobreza supera la sumatoria total de Argentina, Chile y Perú.

⁷⁵ Quispe E. "Causas de la pobreza en el Perú". Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM. 1999; 4:109-127.

⁷⁶ Instituto Peruano de Economía. [Publicación en línea]. "La pobreza extrema en el Perú aumentó en el 2019". <<https://www.ipe.org.pe/portal/la-pobreza-extrema-en-el-peru-aumento-en-el-2019/>> [Consultado el 22 de setiembre de 2021]

⁷⁷ Instituto Peruano de Economía. [Publicación en línea]. *op sit*

Tabla 1

Índices de pobreza y pobreza extrema en Argentina, Brasil, Chile y Perú

		% pobreza		
	Habitantes	% pobreza actual	extrema actual	Referencias
	(millones)	(2020-2021)	(2020-2021)	
Argentina	45.38	42	10.5	51
Brasil	212.56	12.8	4.5	55
Chile	19.46	10.8	4.3	42
Perú	33.04	30	5.1	32

10. ESTRATEGIA SANITARIA DE VACUNACIÓN DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y PERÚ FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19

En esta sección se realizará una revisión de las acciones y políticas de vacunación adoptadas por cada país en torno a la pandemia COVID-19. De manera específica, se describirán cuáles fueron los grupos prioritarios que cada país consideró para la vacunación, las pautas éticas que algunos países plasmaron en sus planes de vacunación para la selección de los grupos prioritarios, las metas de cobertura y los logros alcanzados hasta la fecha.

10.1. Estrategia sanitaria de vacunación en Argentina

En Argentina, el primer caso de SARS-CoV2 fue reportado el 03 de marzo de 2020 y el primer fallecimiento se reportó el 09 de marzo de ese mismo año. La

cuarentena fue implementada a partir del 20 de marzo y finalizó el 3 de abril⁷⁸, donde el gobierno decretó principalmente el distanciamiento social y otras medidas sanitarias para evitar los contagios. El plan de vacunación en Argentina se enfocó en la vacuna rusa Sputnik para la cobertura de 60 millones de ciudadanos, iniciando la campaña el 29 de diciembre de 2020⁷⁹.

Con relación a la estrategia de vacunación en Argentina, siguió un enfoque de priorización y escalonamiento adoptando un marco bioético de “igualdad y dignidad de derechos, equidad, beneficio social y reciprocidad”⁸⁰. Bajo este contexto, la política de priorización estaría destinada a atender a aquellas poblaciones propensas a desarrollar enfermedad grave o presentar complicaciones por COVID-19 y en aquellas con la probabilidad de una mayor exposición al virus. En ese sentido, el Plan Argentino de Vacunación contra la COVID-19 clasifica a la población objetivo tomando en consideración dos aspectos: riesgo y vulnerabilidad.

Considerando el riesgo y la función estratégica se ha desarrollado la vacunación priorizando los siguientes grupos:

1. Personal de salud, de seguridad y personal de servicios penitenciarios.
2. Personal docente y no docente de centros educativos inicial, primaria y secundaria.

⁷⁸Gonzales G. (2021). “Cifras y planes de vacunación en América Latina” [Publicación en línea]. <<https://www.dw.com/es/cifras-y-planes-de-vacunaci%C3%B3n-en-am%C3%A9rica-latina/a-56128462>> [Consultado el 24 de noviembre de 2021]

⁷⁹ Harrison Ch, Horwitz L, Zissis C. Americas Society Council of the Americas (2022). Cronología: Rastreado el camino hacia la vacunación en América Latina. [Publicación en línea]. <<https://www.as-coa.org/articles/cronologia-rastreando-el-camino-hacia-la-vacunacion-en-america-latina>> [Consultado el 22 de febrero de 2022]

⁸⁰ Ministerio de Salud Argentina. (2020) “Plan estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina”. [Publicación en línea]. <<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-estrategico-para-la-vacunacion-contra-la-covid-19-en-argentina>> [Consultado el 30 de noviembre de 2021]

3. Otras poblaciones estratégicas definidas por las jurisdicciones y la disponibilidad de dosis (autoridades y funcionarios públicos)

Considerando el riesgo de enfermedad grave se incluyeron:

1. Adultos de 70 años y más.
2. Personas mayores residentes en hogares de larga estancia.
3. Adultos de 60 a 69 años.
4. Adultos 18 a 59 años de grupos en riesgo.

Finalmente, tomando en cuenta la vulnerabilidad, se incluyeron:

1. Barrios populares
2. Personas en situación de calle/Pueblos originarios/Personas privadas de libertad
3. Migrantes
4. Docentes universitarios
5. Otros grupos

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

Hasta el 17 de enero de 2023, Argentina ha logrado realizar la vacunación del 76% de la población⁸¹.

⁸¹ Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino Ch, Hasell J, Macdonald B, Dattani S, Beltekian D, Ortiz-Ospina E, & Roser M. (2020). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. [Publicación en línea] https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL [Consultado el 22 de febrero de 2022]

10.2. Estrategia sanitaria de vacunación en Brasil

En Brasil, se reportó el primer caso en Sudamérica de SARS-CoV2 el 26 de febrero de 2020, y el primer fallecimiento el 17 de marzo⁸². A diferencia de los demás países, el presidente Bolsonaro motivó a los ciudadanos a seguir manteniendo las actividades económicas, criticando las medidas de distanciamiento social y aplicando al mismo tiempo, estrategias de implementación de programas de transferencia directa a sectores pobres⁸³.

Con relación al Plan de vacunación de Brasil, este siguió cuatro fases, de las cuales, la primera inicia el 3 de diciembre del 2020, con el fin de cubrir al 24% de la población hasta junio de 2021 con la vacuna de Pfizer-BioNTech⁸⁴.

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

⁸² Gonzales G. (2021). *Op.cit.*

⁸³ Stuenkel O. (2021) "Brasil: polarización y riesgos para la democracia". En: Thomas Carothers y Andreas E. Feldmann (Ed) *Divisionismo Político y Riesgos Democráticos en América Latina*. (pp 9 -13). Carnegie Endowment for International Peace [Publicación en línea] <https://carnegieendowment.org/files/Carothers_Feldmann_Polarization_in_Latin_America_ES_web_final.pdf>. [Consultado el 22 de febrero de 2022]

⁸⁴ Ministerio da Saude Brasil (2021). "Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19". 11ª edição. [Publicación en línea] <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view>> [Consultado el 30 de noviembre de 2021]

El cronograma de vacunación se extendió hasta julio de 2021 para culminar la inmunización de esta población, para luego continuar con la población general de 18 a 59 años. Hasta el 17 de enero de 2022 Brasil ha logrado la vacunación con dosis completa del 81% de la población total⁸⁵.

10.3. Estrategia sanitaria de vacunación en Chile

En Chile, el primer caso por COVID-19 se reportó el 03 de marzo, siendo el primer fallecimiento reportado el 21 de marzo de 2020. Como medida de importancia sanitaria, se estableció el uso obligatorio de la mascarilla en el transporte público⁸⁶. La campaña de vacunación empezó el 24 de diciembre de 2020, cuyo plan nacional obedece a vacunar a 15 de los 18 millones de ciudadanos en dicho país. Esta primera fase de vacunación se realizó con la vacuna Pfizer-BioNTech⁷⁵.

La estrategia de vacunación de Chile se plasmó en el documento técnico “Lineamiento Técnico Operativos Vacunación contra SARS-CoV2” el cual sigue las pautas de la OMS para reducir la morbilidad y mortalidad estableciendo una estrategia de vacunación gradual por grupos objetivo, definidos según priorización⁸⁷. De acuerdo con el orden de prioridad se consideran los siguientes grupos:

1. Población crítica: personas con riesgo aumentado de infección por SARS-CoV-2, y/o que desarrollen funciones consideradas críticas para la mantención de los servicios sanitarios y actividades esenciales para el país. En este grupo se

⁸⁵ Mathieu et al. 2020. *op. cit.*

⁸⁶ Gonzales G. (2021). *Op. cit.*

⁸⁷ Ministerio de Salud de Chile. “Lineamientos Técnicos Operativos Vacunación contra SARS-CoV2 2021” [Publicación en línea]. Febrero 2021.< <https://oiss.org/se-aprueba-lineamientos-tecnico-operativos-vacunacion-sars-cov-2/>> [Consultado el 29 de noviembre de 2021]

consideraron: personal de salud, estudiantes en práctica clínica, servicio nacional de menores, establecimientos de larga estadía para adultos mayores, residencias sanitarias, personal con funciones esenciales de atención directa a la ciudadanía, personal de farmacias, personal de laboratorios, personal de fuerza de orden y seguridad y personal que desarrolla funciones críticas del estado.

2. Población sana (entre 18 y 59 años): Se considera que vacunarlos permitiría indirectamente proteger a las personas más vulnerables, por edad o condición de salud (estrategia capullo).
3. Población de riesgo: Personas con un riesgo aumentado de tener morbilidad grave, secuelas o muerte debido a la infección por coronavirus, ya sea por edad o condiciones subyacentes.

Para lograr estos objetivos, el gobierno ha planteado un enfoque de “abajo hacia arriba”, o estrategia ascendente, el cual inicia en el establecimiento de salud para luego integrarse a la comuna (municipio o extensión territorial que comprende zonas rurales, urbanas y mixtas) bajo la supervisión y apoyo del nivel regional y nacional. La meta del gobierno chileno es alcanzar una cobertura de vacunación del 80% durante el año 2021, siguiendo una secuencia estructurada que inicia desde la captación, vacunación, monitoreo, supervisión y evaluación. La vacunación en Chile empezó en febrero de 2021 considerando a la población crítica y la población de riesgo. Hasta febrero de 2022, ya superó la meta de vacunación nacional adoptada en este plan (88.9%)⁸⁸.

⁸⁸ Mathieu et al., 2020. *op. cit.*

10.4. Estrategia sanitaria de vacunación en el Perú

En el Perú, el primer caso positivo de SARS-CoV2 se reportó el 06 de marzo, siendo el primer deceso reportado el 19 de marzo del 2020⁸⁹. El gobierno decretó cuarentena y toque de queda, el cual se extendió hasta el 30 de junio⁸⁰. Con relación a la vacunación, esta empezó el 09 de febrero de 2021 con la vacuna china Sinopharm, priorizando en una primera fase al personal de salud, fuerzas armadas y policiales, estudiantes de la salud y miembros de mesas electorales, mientras que en una segunda fase se considerarían a personas con co-morbilidad, mayores de 60 años, personas privadas de la libertad, y comunidades nativas e indígenas. Finalmente, la fase III incluiría personas entre 18 y 59 años⁹⁰. Sin embargo, este plan sufrió modificaciones debido al incremento exponencial de la pandemia, lo que motivó al gobierno a realizar una modificación del Plan Nacional⁹¹. De acuerdo con ello, la distribución de la vacuna se basó en consideraciones éticas referidas a las necesidades de la población a vacunar: vulnerabilidad, accesibilidad geográfica y cadena de frío disponible. Asimismo, este plan incluyó un nuevo rubro denominado “Fases de Vacunación” la cual obedece a las siguientes modificaciones:

- 1) Adultos mayores: los cuales serán vacunados simultáneamente con los trabajadores de salud, fuerzas armadas y policiales.

⁸⁹ Gonzales G. (2021). *op. cit.* “Cifras y planes de vacunación en América Latina” [Publicación en línea]. <<https://www.dw.com/es/cifras-y-planes-de-vacunaci%C3%B3n-en-am%C3%A9rica-latina/a-56128462>> [Consultado el 24 de noviembre de 2021]

⁹⁰ Ministerio de Salud de Perú. [Publicación en línea] “Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Resolución Ministerial 848-2020/MINSA”. <<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1293043-848-2020-minsa>> [Consultado el 24 de noviembre de 2021]

⁹¹ Ministerio de Salud del Perú (2021). “Documento técnico: Plan Nacional Actualizado de vacunación contra la COVID-19”. [Publicación en línea] <<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1805113/Plan%20Nacional%20Actualizado%20contra%20la%20COVID-19.pdf>> [Consultado el 24 de noviembre de 2021]

- 2) Estrategia territorial de vacunación. Especificando puntos de vacunación ubicados de manera estratégica lo más cercano a las viviendas de los residentes con el fin de acceder eficazmente a la población adulta mayor.
- 3) Recomendaciones adicionales. De acuerdo con el Equipo Consultivo de Alto Nivel y dentro del contexto de la estrategia territorial, la vacunación prosiguió con la siguiente secuencia: Por grupo de edad decreciente, co-morbilidad, territorialidad (áreas de difícil acceso y con mayor densidad poblacional), comunidades indígenas de sierra y selva (en paralelo con adultos mayores) y poblaciones fronterizas. Adicionalmente, el gobierno peruano incluyó dentro de su plan de vacunación a los residentes extranjeros sin importar la nacionalidad y el *status* migratorio⁹². Estas personas vienen siendo acogidas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR). Finalmente, el 12 de octubre de 2021, se aprobó la vacunación en menores de 12 a 17 años, en las que se incluyeron la vacunación con AstraZeneca, Pfizer o Sinopharm.

Hasta el 21 de febrero de 2022, el país ha logrado alcanzar una cobertura de vacunación de 70%⁹³.

En la tabla 2 se realiza un resumen del total de personas que han recibido una o dos dosis de vacuna contra la COVID-19 y la cobertura de vacunación alcanzada por cada país de acuerdo con sus estrategias comentadas anteriormente.

⁹² Plan de vacunación COVID-19 [Publicación en línea] < <https://www.veninformado.pe/vivir-en-peru/salud/vacunacion-covid/> > [Consultado el 29 de noviembre de 2021]

⁹³ Mathieu et al., 2020. *op cit.*

Tabla 2

Avances en la cobertura de vacunación contra la COVID-19 en los cuatro países estudiados en la presente tesis

País	Habitantes (millones)	Millones de dosis de vacunas administradas			% de la población completamente vacunada ⁹⁴	Estrategia de vacunación (visión ética identificada en este estudio)
		Total	Una dosis	Dos dosis		
Argentina	45.38 ⁹⁵	92.6 ⁹⁶	40.2 ⁹³	36.1 ⁹³	78	Por fases: Personal indispensable y vulnerable. (Visión utilitarista y prioritarista)
Brasil	212.56 ⁹⁷	387.09 ⁹⁸	171.5 ⁹⁵	153.76 ⁹⁵	72	Por fases: Edad, riesgo, vulnerabilidad y accesibilidad. Visión mixta: utilitarista y prioritarista
Chile	19.46 ⁹⁹	17.72 ⁹¹	0.59 ⁹¹	17.12 ⁹¹	89	Población crítica y vulnerable (Visión utilitarista)
Perú	33.04	25.26 ⁹¹	2.01 ⁹¹	23.25 ⁹¹	70	Por fases: Edad, riesgo y extensión poblacional (Visión utilitarista y prioritarista)

⁹⁴ Mathieu et al., 2020. *op cit.*

⁹⁵ Instituto Nacional de Estadística y Censos. República de Argentina. *op cit.*

⁹⁶ Ministerio de Salud de Argentina. Monitor Público de Vacunación. [Publicación en línea] <<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>> [Consultado el 22 de febrero de 2022]

⁹⁷ Expansión. Datosmacro.com (2020). *op. cit.*

⁹⁸ Divulgação e coleta de números da COVID-19 no Brasil em tempo real. [Publicación en línea] <<https://coronavirusbra1.github.io/>> [Consultado el 22 de febrero de 2022]

⁹⁹ Expansión. Chile-Población. (2020). [Publicación en línea] <<https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/chile>> [Consultado el 22 de febrero de 2022]

CAPÍTULO III:

ENFOQUES ÉTICOS EN LAS ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN DE LOS PAÍSES SELECCIONADOS

11. INTRODUCCIÓN

¿Qué concepción de justicia resulta más adecuada para un esquema de distribución doméstica de la vacuna contra SARS-CoV2 en un contexto social, como el sudamericano, marcado por la pobreza extrema estructural e histórica?

Para responder esta pregunta este capítulo se focalizará en dos enfoques. En primer lugar, en el utilitarismo por ser el enfoque más influyente en los debates sobre la asignación de recursos escasos. Tal grado de influencia se explica parcialmente gracias a la prioridad disciplinar de la economía de la salud¹⁰⁰. En segundo lugar, se considerará el prioritarismo por tratarse de un enfoque frecuentemente definido como una alternativa al utilitarismo y al igualitarismo.¹⁰¹ Adicionalmente, se presenta como un enfoque sensible al peso moral intrínseco de la situación de quienes se encuentran peor.

Luego se procederá a realizar una evaluación de la estrategia que adoptó cada país para la asignación de la vacuna contra la COVID-19 y se analizará si las decisiones adoptadas se alinean con los fundamentos del prioritarismo. También se evaluará si las estrategias de vacunación van en concordancia con otras consideraciones éticas y

¹⁰⁰ Hilsenrath, P., & Borders, T. (2020). Ethics and Economics of the COVID-19 Pandemic in the United States. *Health services research and managerial epidemiology*, 7, 2333392820957661. <https://doi.org/10.1177/2333392820957661>

¹⁰¹ Parfit, D. (2001). "Equality or Priority?," in *Bioethics*, ed. J. Harris. Oxford: Oxford University Press: 347–86.

los resultados obtenidos de cobertura de la vacunación en cada país y su rol con relación a la pobreza extrema.

A través del presente capítulo se propone al prioritarismo como un enfoque moral alternativo y superador del utilitarismo. A pesar de que el utilitarismo ha sido hasta ahora más influyente en el área de la salud pública, especialmente a través del desarrollo de la economía de la salud, el prioritarismo aparece como un fundamento ético-moral que cobra fuerza en la justificación de la asignación de recursos con el fin de mejorar la situación de los que están peor en términos de bienestar, no en función de otros, sino porque se encuentran en el más bajo nivel de desventaja absoluta.

Además, este capítulo muestra la necesidad de desarrollar fundamentos y metodologías para identificar los criterios de priorización en el ámbito de la distribución doméstica de vacunas. Esta necesidad ha sido cubierta en el plano global a través del desarrollo de propuestas como el *fair priority model*¹⁰², pero todavía se encuentra en desarrollo para el plano doméstico donde las circunstancias de la justicia y condiciones de fondo varían.

12. UTILITARISMO

El utilitarismo es una de las teorías morales más importantes del pensamiento filosófico, cuya caracterización frecuentemente resulta de la convergencia de cuatro rasgos constitutivos: consecuencialismo, bienestarismo, hedonismo y aditismo. Sin embargo, el utilitarismo, también tiene variantes que constituyen formas alternativas representadas por los utilitaristas universales (buscan el bienestar de todas las personas afectadas por la acción), egoístas (se restringen al bienestar del propio agente), maximizadores (la acción correcta es aquella cuyo estado de bienestar es máximo), satisfaccionistas (consideran si

¹⁰² Emanuel et al., 2020. *op. cit.*

el estado de bienestar es el suficiente); y considerando además las formas directas de utilitarismo (cuando la acción correcta está dada por el beneficio que reporta cada acción que otorga) e indirectas (cuando la acción correcta se determina por el beneficio que reporta una práctica o institución con independencia de los beneficio producidos en cada caso) (Revisado por Stafforini)¹⁰³.

Asimismo, Kymlicka¹⁰⁴ señala que el utilitarismo tradicionalmente establece que el acto o política moralmente correcta es aquella capaz de otorgar la mayor felicidad para el mayor número de personas de una sociedad determinada. Si bien el término “felicidad” se interpreta frecuentemente desde un punto de vista hedonista, no todos los defensores del utilitarismo siguen dicho pensamiento. De hecho, de acuerdo con Kymlicka podemos identificar cuatro versiones de utilitarismo:

- a) Hedonismo del bienestar, donde el fin primordial del hombre es la experiencia que produzca el mayor bienestar o placer.
- b) Utilidad no hedonista de estados mentales, por el cual se requiere tener un abanico de estados mentales que garanticen una experiencia satisfactoria o valiosa, pero no necesariamente placentera.
- c) Satisfacción de preferencias, define la utilidad como la acción que nos otorgará la potestad de satisfacer nuestras preferencias brindando como consecuencia de ello el bienestar.
- d) Preferencias informadas, se centra en identificar al principal bien del hombre, el cual se produce cuando se satisfacen sus preferencias racionales.

¹⁰³ Stafforini, P. (2018) El utilitarismo. Clase 2. Bloque I. Especialización en Bioética: Fundamentos teóricos de la Bioética, FLACSO Argentina, disponible en flacso.org.ar/flacso-virtual

¹⁰⁴ Kymlicka W. Capítulo 2. El Utilitarismo. En: Filosofía Política Contemporánea. Una introducción. Editorial Ariel. Barcelona. 1990. pp 333.

Hoy en día, el utilitarismo aplicado en la bioética moderna enfatiza la esencia técnica-instrumental como razón para lograr un fin, tomando en consideración que el medio empleado sea el adecuado para maximizar la utilidad. Esto significa que la acción que se realiza para alcanzar un objetivo no es ni buena ni mala, sino correcta cuando a través de ella se logra maximizar la utilidad¹⁰⁵.

Considerando esto último, la pobreza absoluta, denominada así por Peter Singer¹⁰⁶, no debería pasar inadvertida para quienes tienen la posibilidad de tomar acciones de ayuda, siempre y cuando estas acciones no signifiquen un sacrificio de importancia moral comparable. Esto da a entender que, para el utilitarismo, no sería ético dejar de ayudar a los más pobres cuando se tiene la posibilidad de hacerlo a un costo razonable. Sin embargo, cuando se trata de elegir a quiénes ayudar, un utilitarista elegiría a quiénes a través de dicha ayuda los impulsaría a seguir adelante, pero excluiría a los que, a pesar de recibir asistencia, seguirían sin esperanzas de sobrevivir (acción sin efecto o resultado inútil). Este último argumento también tiene una aplicación práctica en el campo de la atención clínica y de la salud pública en general, especialmente, cuando se trata de asignar recursos escasos. De acuerdo con ello, un utilitarista descartaría la idea de asignar recursos a un paciente cuyas posibilidades de vida son escasas frente a otro que tiene más posibilidades de vivir, o bien, desistir de seguir manteniendo la vida del paciente en estado vegetativo si sus posibilidades de tener una buena calidad de vida fueran mínimas al despertar, o de evitar asignar un tratamiento inmediato a un paciente que llega primero

¹⁰⁵ Germán Zurriarán, Roberto. (2008). El utilitarismo ético en la investigación biomédica con embriones humanos. *Persona y Bioética*, 12(1), 16-28. [Publicación en línea].

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100003&lng=en&tlng=es> [Consultado el 24 de enero de 2022]

¹⁰⁶ Singer, P. *Ética Práctica*, Segunda edición. Cambridge University Press. Barcelona, Ariel, 1995.

no sin antes evaluar sus pronóstico de recuperación frente a otro paciente que podría llegar después, y cuyas posibilidades de supervivencia fueran mayores¹⁰⁷.

Un escenario parcialmente similar tendría lugar en el caso de la asignación de vacunas, donde, para un decisor político utilitarista, sus estrategias de vacunación no necesariamente priorizarían a las poblaciones en pobreza extrema, debido a sus características de “sobrevivir en unas circunstancias de miseria y degradación (...) cuya esperanza de vida es tres veces más baja”¹⁰⁸. La OMS, en su “Guía para el manejo ético de brotes de enfermedades infecciosas”, considera que toda acción que se realiza es correcta en la medida en que promueva el bienestar de los individuos o las comunidades, y que el esfuerzo por maximizar la utilidad requiere realizar un balance entre los beneficios obtenidos frente al riesgo de daño, bajo la luz de las evidencias científicas o experiencias similares. Con relación a ello, la OMS considera importante emplear un enfoque utilitarista que permita dar mayor importancia a aquellas personas que son esenciales en la atención de un brote epidémico, que aquellas que por sus características sociales no guardan relación con estos servicios críticos¹⁰⁹.

13. ¿A QUIÉN PRIORIZAR?: EL PRIORITARISMO

Para responder a esta pregunta es necesario primero entender en qué consiste el prioritarismo. Según Derek Parfit, el prioritarismo centra su atención en aquellos que

¹⁰⁷ Savulescu, J., Persson, I., & Wilkinson, D. (2020). Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*, 34(6), 620–632. <https://doi.org/10.1111/bioe.12771>

¹⁰⁸ Singer P. *op. cit*

¹⁰⁹ La OMS en la Guía para el Manejo de los Aspectos Éticos en Brotes de Enfermedades Infecciosas (World Health Organization. (2016). “Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks” [Publicación en línea] <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>> [Consultado el 26 de enero de 2022]) menciona: “*The principle of utility states that actions are right insofar as they promote the well-being of individuals or communities. Efforts to maximize utility require consideration of proportionality (balancing the potential benefits of an activity against any risks of harm) and efficiency (achieving the greatest benefits at the lowest possible cost)*”.

se encuentran en la peor situación¹¹⁰. Mientras que para los utilitaristas el beneficio moral recae sobre cuán grande sea ese beneficio, para los prioritaristas, esto depende de cuán mal esté la persona que recibirá dicho beneficio. Ello significa, que tenemos razones independientes de los beneficios y costos para priorizar a los que están peor. Para una mejor comprensión del enfoque prioritarista, Parfit recurre al caso hipotético de dos niños hermanos. El primero es sano y feliz, mientras que el otro sufre de una dolorosa minusvalía. Si el primer niño fuera trasladado a vivir a un suburbio sería plenamente feliz, mientras que si el segundo niño fuera movilizadado a la ciudad recibiría un especial tratamiento para su dolencia. ¿A quién se le daría prioridad? Parfit refiere lo señalado por Thomas Nagel en su manuscrito *Mortal Question*¹¹¹, (Cambridge: Cambridge University Press, 1979), pages 123–4, a través del siguiente párrafo: “la ganancia para el primer niño de mudarse al suburbio es sustancialmente mayor que la ganancia para el segundo niño de mudarse a la ciudad. Y agrega en su análisis “...algunas personas pueden estar en peor situación que otras, en formas moralmente relevantes (...), estas diferencias pueden ser cuestiones de grado”. Con relación a este último párrafo, Parfit propone establecer valores a cada situación través de un sistema de puntuación (ver Tabla 3) el cual permitiría apreciar con mayor claridad “una diferencia mucho mayor para el primer niño (...), pero que, en ambos resultados, el segundo niño estaría mucho peor”. En resumen, esta propuesta propone que si el primer niño es trasladado al suburbio recibe cinco puntos más en términos de beneficios (mayor felicidad) que, si fuera movilizadado a la ciudad, lo cual sería aceptado por un utilitarista como criterio de priorización (más adelante se profundizará el concepto de utilitarismo). En cambio, si el segundo niño es trasladado a la ciudad recibe menos beneficios que el primero, sin embargo, dichos beneficios

¹¹⁰Parfit, D. *op. cit.*

¹¹¹ Nagel, Thomas (1979). *Mortal Questions*. Cambridge University Press.

serían fundamentales para su bienestar. Por tanto, su puntuación es mayor que si fuera movilizado al suburbio. En todos los casos, sus ganancias en términos de beneficios están en un nivel muy por debajo del primero, por lo tanto, el segundo niño está en la peor situación, y sería priorizado desde el enfoque del prioritarismo.

Tabla 3

Sistema de puntuación propuesto por Parfit

	El primer niño (sano y feliz)	El segundo niño (que sufre una dolorosa desventaja)
Se traslada a la ciudad:	20	10
Se traslada al suburbio:	25	9

Es importante señalar que esta concepción que identifica quién está peor no es comparativa debido a que, según Parfit, aquellos que están peor deben ser considerados de manera prioritaria sin que importe cómo su posición se define en referencia o relación comparativa con otras personas.

14. EL PRIORITARISMO Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS

De acuerdo con Parfit el mejor arreglo distributivo es el que se ocupa de mejorar la situación de quienes están peor en términos absolutos¹¹². Esto significa que es moralmente requerido beneficiar primero a quien está peor porque está peor y no por los beneficios marginales que reportaría hacerlo. Bajo esa premisa, la asignación de bienes o recursos a los que están en peor situación tiene prioridad moral, no debido a que están peor en comparación con otros, sino simplemente debido a su nivel absoluto de escasez o privación.

¹¹² Parfit, D. *op. cit.*

Mientras que para los utilitaristas destinar recursos a quienes están peor resulta en una disminución de la utilidad (debido a que los recursos tienen una utilidad marginal decreciente), para el prioritarismo transferir recursos a personas que están en peor situación significa que, los beneficios obtenidos, no sólo serán simplemente mayores en sí mismos debido al efecto de la utilidad marginal decreciente, sino que también serán más importantes por su valor moral. En consecuencia, priorizar a los que están en peor situación genera una utilidad que tiene una importancia moral marginal. Es por ello que el prioritarismo debe ser considerado como un posible marco ético cuando se trata de asignar recursos escasos, como las vacunas, en el contexto de una pandemia.

En el ámbito de la salud pública el prioritarismo justifica y requiere la asignación de recursos de manera prioritaria a quienes están peor. En el contexto de la pandemia COVID-19 un recurso cuyo patrón de asignación se encuentra en debate son las vacunas. En ese sentido, el prioritarismo ha sido considerado como un marco moral adecuado para la distribución de las vacunas a nivel global¹¹³. Como surge del capítulo anterior, el prioritarismo informa alguno de los criterios de asignación de vacunas en los planes de vacunación de los países sudamericanos seleccionados. Estos criterios conviven o compiten con criterios utilitaristas que se dirigen a reducir los males y riesgos asociados a la pandemia, o a maximizar los beneficios de la vacunación. Pero aun cuando pueda acordarse que el prioritarismo es el mejor enfoque para el diseño de los planes nacionales de vacunación, resta por determinar quiénes son las personas o grupos que deben ser priorizados y por qué. Para la OMS, debería asignarse recursos a aquellos que están peor, entre los que destacan principalmente “pobres, enfermos y vulnerables”¹¹⁴.

¹¹³ Emanuel E, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. (2020b) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *New Engl J Med*; 382 (21): 2049-2055.

¹¹⁴ World Health Organization. (2016). *op. cit.*

Tomando en consideración estas precisiones, en esta tesis argumento a favor de que la pobreza extrema debe contar como un criterio de priorización en la distribución de la vacuna contra la COVID-19. Este argumento parte de la premisa de que, si bien todas las poblaciones están igualmente expuestas a un riesgo de muerte debido a esta enfermedad, no todas están en la misma situación de desventaja. En ese sentido, las poblaciones con extrema pobreza, debido a sus características de total privación, se encuentran en la peor situación posible frente a la pandemia y las medidas de contención no farmacológicas, lo que significa que de no ser priorizadas su posibilidad de sobrevivir sería mínima o nula.

15. UTILITARISMO Y PRIORITARISMO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA CONTRA LA PANDEMIA POR COVID-19: VACUNAS Y POBREZA EXTREMA

En este apartado realizaré una revisión de los conceptos de utilitarismo y prioritarismo con el fin de contar con los fundamentos teóricos que permitan identificar el enfoque ético de las estrategias planteadas por los cuatro países seleccionados en torno a la distribución de la vacuna contra SARS-CoV2. A través de ello, se logrará identificar si cada estrategia de vacunación está alineada con la propuesta del prioritarismo y los posibles efectos que dichas estrategias podrían tener sobre la población con extrema pobreza.

El utilitarismo y el prioritarismo aplicados al ámbito de la asignación de vacunas pueden ofrecer respuestas diferentes en dos planos. Pueden diferir primero en el plano de las razones, es decir del tipo de justificación que puede ofrecerse a favor de un esquema de asignación sobre otro. El utilitarismo puede justificar la priorización de población en pobreza extrema en función de la utilidad marginal obtenida al mejorar la posición de quien se encuentra en esa situación. Por su parte, el prioritarismo ofrece

otro tipo de razones. La razón para asignar prioridad a quien se encuentra en pobreza extrema no es la utilidad que reporta sino el hecho de que se encuentra en una de las peores posiciones.

Aunque las razones que justifican los esquemas de asignación tienen relevancia moral y política, es en el plano práctico donde emergen las diferencias más relevantes. Así, ambos enfoques favorecen diferentes cursos de acción o esquemas distributivos en casos relevantes. A continuación, analizo un conjunto de casos hipotéticos que muestran las diferentes respuestas que apoyaría cada enfoque.

Caso 1: La comunidad de la Amazonia peruana

Existe una comunidad viviendo en extrema pobreza localizada en un área de escasa accesibilidad de la Amazonia peruana, mientras que otra comunidad selvática se ubica más cerca de la ciudad y presentan condiciones de vida económica y social más favorables. Para llegar a las comunidades más alejadas se requerirá primero realizar un viaje por helicóptero seguido de otro en lancha, de modo que el costo de vacunar a la primera comunidad se elevaría significativamente ¿A quién se debería priorizar?

Caso 2: Dos candidatos con diabetes

Considere dos personas, una forma parte de la población en pobreza extrema mientras que la a una población de medianos recursos. Ambas sufren de una enfermedad, diabetes, que exacerba la severidad del COVID-19). Si en ese momento se encuentran ambos en la sala de espera y solo queda una dosis de la vacuna ¿A quién se debería vacunar y a quién citarlo para el día siguiente?

Caso 3: Dos comunidades en la sierra

Existen dos comunidades rurales de la sierra (montaña) donde la pandemia de COVID-19 golpeó sus economías de manera sustancial, pero una de ellas ya venía padeciendo pobreza extrema por generaciones, mientras que la segunda corresponde a una población de medianos recursos que a causa de la pandemia vio empeorada su situación económica cayendo a la pobreza extrema. En ambas poblaciones se han identificado factores de co-morbilidad, además de las epidemias locales (leishmaniasis y tuberculosis) ¿Debe considerarse la situación histórica del primer grupo como un factor a favor de su priorización? O ¿debe considerarse el cambio de situación reciente a causa de la pandemia del segundo grupo como un factor a favor de su priorización?

Frente a estas preguntas, el utilitarismo y el prioritarismo resolverían los casos hipotéticos de la siguiente manera:

Tabla 4

Enfoques del Utilitarismo y Prioritarismo en la resolución de dilemas hipotéticos sobre a quién priorizar la vacunación contra la COVID-19

Enfoque	Criterio	¿A quién se debería prioridad en la vacunación?		
		Caso 1: La comunidad de la Amazonía peruana	Caso 2: Dos candidatos con diabetes	Caso 3: Dos comunidades en la sierra
Utilitarismo	Mayor utilidad marginal decreciente	Comunidad selvática cercana a la ciudad y con mayores ingresos	Paciente de medianos recursos con diabetes	Comunidad que cayó en la pobreza extrema debido a la pandemia
Prioritarismo	Priorizar al que está peor	La comunidad de la Amazonía peruana en extrema pobreza	Al paciente en pobreza extrema y con diabetes	Comunidad que se encuentra en la pobreza extrema históricamente

Las respuestas ofrecidas no implican que quien no es priorizado se verá privado de la vacuna, sino que el acceso a esta estará condicionado a que primero se vacune a quien resultó priorizado. Además, debe considerarse que los casos hipotéticos simplifican los escenarios reales a los fines de aislar los fundamentos morales y respuestas prácticas. Por el contrario, en escenarios reales, e incluso bajo un esquema informado por el prioritarismo, múltiples criterios de prioridad se superponen y no se ofrecen respuestas predeterminadas sino una fórmula para buscar la respuesta en cada contexto.

16. ANÁLISIS DE LOS TRES CASOS HIPOTÉTICOS PRESENTADOS DESDE UTILITARISMO Y EL PRIORITARISMO

Retomando los tres casos hipotéticos anteriormente introducidos en la Tabla 4, cada enfoque priorizaría la vacunación contra la COVID-19 de la siguiente manera:

Caso 1, la comunidad de la Amazonía peruana: Al comparar dos poblaciones amazónicas, una viviendo en extrema pobreza y alejada, con otra que tienen mayores ingresos económicos y que, dada su cercanía, demandaría menor presupuesto en la logística de vacunación, un utilitarista apoyaría su decisión considerando diferentes aspectos tales como: El número de personas a atender, de las cuales se valorizará la mayor probabilidad de sobrevivencia de los vacunados, el menor uso de recursos durante la campaña de vacunación, la elección de aquella población que demuestre una mayor esperanza de vida luego de la vacunación (cantidad y calidad de vida), aquella comunidad donde se verían los mejores resultados de la vacunación en función de los beneficios sociales de sus miembros (reactivación económica, inmunidad de rebaño, etc). Frente a todo ello, un utilitarista priorizaría a la segunda comunidad selvática cercana a la ciudad y con mayores ingresos, porque cumpliría con los requisitos contemplados por encima de la comunidad viviendo en extrema pobreza.

Para el enfoque prioritarista, la vacunación estaría en función de cuán peor se encuentra la comunidad como consecuencia directa de no vacunarse y por su situación intrínseca de vulnerabilidad y desventaja, la cual está relacionada también con las consecuencias sociales debido a que esta situación los privaría de mayores posibilidades de trabajo, menores oportunidades de sobrevivencia, mayor exposición de los contactos frente al COVID-19 y a otras enfermedades, y, por ende, mayor riesgo de muerte. Asimismo, se valoraría la severidad del daño, es decir se priorizaría a la comunidad que sufriría mayor perjuicio de daño a la salud sin importar el gasto que ello represente en cuanto a recursos para movilizarse y acceder a ellos. Por lo tanto, un prioritarista beneficiaría a la comunidad en extrema pobreza y más alejada.

Caso 2; candidatos con diabetes: En esta oportunidad se consideran dos pacientes con co-morbilidad, pero que se diferencian porque uno vive en la extrema pobreza y el otro pertenece a un sector de medianos recursos. Frente a un recurso escaso, un utilitarista elegiría vacunar ese día al que mejor expectativa de vida tiene (porque valora más la calidad de vida del paciente) lo que favorecería aún más su tiempo de calidad de vida (QALY). Además, vacunarlos tendría beneficio social porque se reinsertaría en su puesto de trabajo habitual aportando económicamente a su familia y a la sociedad. Para un prioritarista, ambos se encuentran con riesgo de morir si retornan a su hogar sin vacunarse, pero el que vive en pobreza extrema tiene un peor pronóstico de vida por discapacidad (mayor DALY), y posponer su vacunación para el día siguiente podría disminuir aún más su tiempo de calidad de vida (menor QALY) colocándolo en el escenario de la peor situación. En consecuencia, un prioritarista optaría por vacunar a la persona con co-morbilidad viviendo en pobreza extrema.

Caso 3; Dos comunidades en la sierra: En este escenario, ambas poblaciones viven en pobreza extrema, pero la primera recién está padeciendo esta situación debido a la COVID-19, mientras que la otra viene sosteniendo una vida de pobreza extrema a lo largo del tiempo. Un utilitarista decidirá vacunar a la primera comunidad, porque tiene mejor pronóstico de vida (menor DALY) y en consecuencia una mayor posibilidad de sobrevivir. Esto se debe a que un utilitarista otorga una mayor importancia a la calidad de vida, la cual se ve reflejada en la comunidad que recientemente viene pasando por una situación de pobreza extrema, donde la vacunación les podrá brindar la posibilidad de aprovechar al máximo los recursos disponibles y restaurar rápidamente sus roles en la sociedad, los cuales, por ser valiosos, otorgan no sólo beneficio personal, sino también social en comparación con la comunidad en pobreza extrema de por vida. En cambio, un prioritarista desplegaría los mayores esfuerzos por vacunar a la comunidad que viene viviendo en extrema pobreza a lo largo del tiempo porque vienen sufriendo una situación grave que los conduce a una situación de vida significativamente peor. Si consideramos una eventual infección por COVID-19 sumado a otras enfermedades que amenazan la vida de estas comunidades, y cuyos afectados suman en su mayoría menores de edad y personas jóvenes, es indudable pensar que esta comunidad está en la peor situación, y por ende, debería ser vacunada con prioridad.

17. ENTRE EL UTILITARISMO Y PRIORITARISMO PARA LA ASIGNACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS

17.1. Análisis de la población prioritaria elegida por cada país para la vacunación contra la COVID-19

De acuerdo con el análisis realizado, la pandemia por COVID-19 incrementó el porcentaje de pobreza extrema en los cuatro países sudamericanos analizados en esta tesis. Sin embargo, en dos países el incremento porcentual de la población en extrema pobreza debido a la pandemia fue mayor. Este es el caso de Perú, cuyo índice se elevó de 2.9% a 5.1%, y el caso de Chile, que pasó de 2.3% a 4.3%. Haciendo un análisis de los estados de vida de esta población, es evidente pensar que estas personas siempre estuvieron en la peor situación y, por lo tanto, desde el punto de vista moral, corresponde priorizar su necesidad de vacunación. En ese sentido, ¿Qué países han prestado especial atención en incluir en sus planes de vacunación a la población en pobreza extrema?

En el caso de Perú donde se verifica el mayor incremento de población en extrema pobreza debido a la pandemia, el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 se basó en consideraciones éticas referidas a la vulnerabilidad, accesibilidad geográfica y cadena de frío disponible. Si bien estas dimensiones se refieren a un estado de vida que podría alinearse con las características, o ser un proxy, de la pobreza extrema (alto grado de vulnerabilidad y geográficamente alejadas), para el enfoque de las políticas peruanas de vacunación la priorización estuvo focalizada en personas altamente expuestas, de edad avanzada y con co-morbilidad. Según las características

de estos tres grupos de personas, vale la pena preguntarse si alguno podría ser catalogado como quien está peor.

Para el caso de las personas altamente expuestas o población objetivo, que engloba personal del sector salud, fuerzas armadas y policiales, el proceso de vacunación se dio de manera simultánea con la población adulta mayor de 80 años. Esta medida, según se consigna en el plan de vacunación, se llevó a cabo siguiendo criterios de vulnerabilidad epidemiológica, referido por otros autores¹¹⁵ como el incremento del riesgo epidemiológico debido a múltiples factores tales como:

- i) Mayor exposición a la infección
- ii) Retraso en el diagnóstico
- iii) Retraso en la identificación de contactos
- iv) Mayor dificultad para observar las medidas de aislamiento o cuarentena.

Estas condiciones guardan relación con las características sociales de la persona (dimensión social de vulnerabilidad). Al mismo tiempo, se asocian con las condiciones de vida y con una limitada efectividad de las estrategias de prevención, detección de casos y estudio de contactos, y control de la transmisión. Si bien algunas de estas condicionantes sociales se pueden identificar en todas las poblaciones priorizadas por el plan de vacunación peruano, otras, como la escasa oportunidad del diagnóstico, la dificultad en la identificación de contactos o la baja o nula oportunidad de ser aislado o mantenerse en cuarentena son características que atañen principalmente a la población en pobreza extrema. Sin embargo, estos factores no han sido considerados de manera explícita dentro de esta dimensión social de vulnerabilidad.

¹¹⁵ Equipo de Coordinación Sociosanitaria del Departamento de Salud Vasco (2020). [Publicación en línea]. "Impacto de las desigualdades sociales en la vulnerabilidad epidemiológica por COVID-19" <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf>. [Consultado el 3 de diciembre de 2021]

Con relación a este último punto, la primera dimensión de la vulnerabilidad según Feito¹¹⁶, a saber, enfermedad o muerte, afecta en mayor grado al grupo altamente expuesto, principalmente debido al alto riesgo de contagio por encontrarse en “primera línea”. Esto ha sido previamente demostrado a través de un estudio donde se expone que la prevalencia por COVID-19 en personal de salud es mayor que en la comunidad¹¹⁷. Sin embargo, el riesgo de morir está supeditado a padecer de condiciones clínicas pre-existentes (obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer, etc), las cuales pueden presentarse tanto en el personal altamente expuesto como en la población general. Como evidencia de ello, se contabilizaron los porcentajes de muerte de los profesionales de la salud a los 100 días de la pandemia en el Perú, que fue de 3.4%, mientras que en población general fue 3.2%¹¹⁸. Asimismo, la población altamente expuesta debido a la naturaleza de su trabajo tiene mayor oportunidad de acceder a capacitación sobre el uso correcto de los equipos de protección personal (EPP), lo cual evita los contagios y riesgo de muerte de manera efectiva, tal como fue demostrado en un estudio realizado a un grupo de médicos chinos¹¹⁹. Por lo tanto, el grupo altamente expuesto no podría ser considerado, según el prioritarismo, como el grupo que está peor. No obstante, la consideración ética por la cual se determinó que este grupo debe ser priorizado, puede obedecer a su valor instrumental con relación a la atención de quienes se encuentra peor, el cual incluye a aquellas personas que, por

¹¹⁶ Feito L. *op. cit.*

¹¹⁷ Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C. G., Ma, W., Mehta, R. S., Warner, E. T., Sikavi, D. R., Lo, C. H., Kwon, S., Song, M., Mucci, L. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Eliassen, A. H., Hart, J. E., Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., Davies, R. Coronavirus Pandemic Epidemiology Consortium (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet. Public health*, 5(9), e475–e483. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)

¹¹⁸ Galán-Rodas, Edén, Tarazona-Fernández, Augusto, & Palacios-Celi, Miguel. (2020). Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Médica Peruana*, 37(2), 119-121. <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.1033>

¹¹⁹ Liu Min, Cheng Shou-Zhen, Xu Ke-Wei, Yang Yang, Zhu Qing-Tang, Zhang Hui et al. Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study *BMJ* 2020; 369 :m2195. doi: 10.1136/bmj.m2195

sus capacidades especiales y competencias pueden salvar a otras¹²⁰. Si bien atender primero a los profesionales de la salud como población altamente expuesta no necesariamente aliviará la situación de los que están peor a corto plazo, el aseguramiento de su salud maximizará los beneficios para la comunidad que los requieran a mediano y largo plazo. Aquí es importante resaltar que tanto el utilitarismo como el prioritarismo considerarían dar prioridad a los profesionales de la salud como población altamente expuesta por razones instrumentales, sin embargo, el objetivo del utilitarismo sería maximizar el bienestar general, mientras que para el prioritarismo sería atender a los que están peor.

El siguiente criterio de priorización del plan de vacunación del Perú corresponde a la estrategia territorial referida a la accesibilidad geográfica. Este criterio de priorización es un punto importante para considerar, principalmente, porque involucra a muchos asentamientos humanos localizados en las faldas de los cerros de la costa y comunidades alejadas de la montaña y de la selva peruana. La situación de esta población se caracteriza por encontrarse privados de los servicios básicos sanitarios, y precisamente, una gran proporción se encuentra en situación de pobreza extrema (9.9% en la sierra, 6% en la selva y 2.3% en la costa)¹²¹.

De manera similar, Brasil ha incluido en su plan de vacunación la priorización de aquellos pueblos menos favorecidos debido sus características socio-económicas y territoriales, entre los cuales se destacan pueblos viviendo en tierras indígenas y comunidades tradicionales, donde se han identificado porcentajes elevados de pobreza y desnutrición, así como otros factores adversos asociados con riesgos ocupacionales y violencia social¹²². La pandemia en estos pueblos originarios generó resultados

¹²⁰ Emanuel et al., 2020b. *op sit*.

¹²¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *op.cit*

¹²² Borges, M., Silva, I., & Koifman, R. (2020). Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciencia & saude coletiva*, 25(6), 2237–2246.

devastadores, principalmente porque la incidencia y la mortalidad superó al de la población general. La letalidad en los pueblos indígenas fue de 2.4 % a 3.0 % en comparación a 1.5% a 2.6% en la población general brasileña. No obstante, las campañas brasileñas de vacunación contra la COVID-19 destinadas a estos pueblos indígenas no han resultado fructíferas, debido a que muchas comunidades fueron excluidas del programa porque no estaban incorporadas en el sistema de salud unificado del país¹²³, lo que generó que sólo la mitad fueran vacunados y que el resto de las dosis fueran destinadas a población adulto mayor¹²⁴. Esta situación sugiere que los programas de vacunación brasileños deberían fortalecer su nivel de alcance a estas comunidades con el fin de evitar la discriminación y segregación, sin embargo, ello debe ir acompañado de una inversión presupuestal que permita reducir las distancias territoriales para evitar este tipo de desventajas estructurales.

En el caso de Argentina, su plan de vacunación también incluye población en pobreza y extrema pobreza, la cual ha sido referida con el término “Personas que viven en barrios populares” y “Personas en situación de calle” dentro del grupo objetivo de “otras poblaciones”. La puesta en marcha de este aspecto del plan de vacunación ha presentado dificultades debido a que el sistema de registro de vacunación empieza con la inscripción electrónica de la persona en el Portal Digital del Ministerio de Salud, lo cual no es posible en todas las “Villas-Miseria” o barrios pobres, donde existe carencia de internet y en el peor de los casos de alumbrado eléctrico¹²⁵. De acuerdo con ello, el gobierno argentino viene realizando esfuerzos para garantizar la vacunación a

¹²³ Dos Santos Costa, A. C., Ahmad, S., & Essar, M. Y. (2021). Vaccination: Brazil fails Indigenous people again with two-tier scheme. *Nature*, 593(7860), 510.

¹²⁴ Benites, E., Gislotti, L. J., & de Oliveira Roque, F. (2021). Brazil: Boost COVID-19 vaccine uptake in Indigenous people. *Nature*, 591(7850), 369.

¹²⁵ Pereira, A (2021). “Los retos de vacunar en los barrios más pobres de Argentina” [Publicación en línea]. < https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-argentina--cr%C3%B3nica-_los-retos-de-vacunar-en-los-barrios-m%C3%A1s-pobres-de-argentina/46725796 > [Consultado el 22 de enero de 2023]

domicilio y al mismo tiempo ayudar a aclarar dudas sobre información engañosa relacionada con la vacuna con el fin de incrementar la adherencia a este recurso escaso. Si bien este tipo de acciones puede resultar en un fuerte requerimiento financiero, el hecho de atender las necesidades de estas poblaciones con menores recursos tiene mayor valor moral que el gasto monetario realizado. Sin embargo, cabe preguntarse, ¿De qué manera y bajo qué criterio una medida tomada por el Ministerio de Salud de un país podría justificar un gasto monetario de grandes proporciones para dar prioridad a los habitantes de barrios marginales? Frente a ello, es importante señalar que la medicina en general, y, sin importar posturas políticas, siempre buscará priorizar la justicia social, sin la cual se estaría incurriendo en desigualdad¹²⁶.

De otro lado, es importante resaltar que el Plan de Vacunación de Perú además de considerar la distancia territorial, contempló también el aseguramiento de la mantención de la cadena de frío con el fin de que las vacunas lleguen en óptimas condiciones a su último destino. Esta acción incluye atender aquellas zonas alejadas, carentes de servicios básicos y que viven en situación de pobreza y pobreza extrema. Al igual que en el caso de Brasil, este tipo de implementación demanda una inversión presupuestal importante lo que podría poner en riesgo su sustentabilidad. Sin embargo, a principios de 2021 este país ya tenía aseguradas más de 1000 refrigeradoras solares capaces de asegurar la cadena de frío sin importar los cambios de clima experimentados en sus diferentes regiones¹²⁷.

En Chile, que también experimentó un incremento de la población en pobreza extrema por encima de dos puntos porcentuales, se establecieron políticas sanitarias enfocadas

¹²⁶ Lichterman, B (2003). Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. *British Medical Journal*. 327(7425): 1232.

¹²⁷ Diario Oficial El Peruano (2021). Perú está preparado para la cadena de frío que requieren las vacunas. [Publicación en línea]. <<https://www.elperuano.pe/noticia/113063-peru-esta-preparado-para-la-cadena-de-frio-que-requieren-las-vacunas>> [Consultado el 22 de enero de 2023]

por grupos objetivo, siguiendo una estrategia “ascendente”. Como se mencionó previamente en el capítulo II sección 11.3, esta estrategia se inicia en el establecimiento de salud para luego integrarse a los municipios o comunas. Estas consideraciones fueron tomadas de las recomendaciones de la OMS, con el fin de proteger a aquellos que están más expuestos al virus y preservar con ello la continuidad del funcionamiento de los servicios esenciales para la población. Del mismo modo, el plan chileno incluyó a poblaciones de edad avanzada con el fin de reducir el riesgo de enfermedad grave y muerte. Estos grupos humanos denominados “poblaciones críticas” fueron priorizadas siguiendo los criterios utilitaristas de valor instrumental, de eficiencia y equidad comentados previamente.

Es importante indicar que la disposición complementaria a la Resolución Exenta N° 1138 publicada el 10 de febrero de 2021 por el Ministerio de Salud chileno, establece expresamente que la “Campaña de vacunación 2021” afecta solo a los ciudadanos que “viven en Chile”, es decir incluye “ciudadanos con nacionalidad chilena, permanencia definitiva, visa de residente, visa de estudiante o visa sujeta a contrato, o quienes cuenten con una solicitud de visa temporal, o definitiva ingresada a trámite”, dejando sin efecto a aquellos que están con visa de turista (o de forma transitoria)¹²⁸. Esta política deja de lado a aquellas personas con visa de turista o en situación transitoria, lo cual afectaría adversamente a un sector importante de la población extranjera en Chile, los cuales representan al 7% de la población total en dicho país¹²⁹. De acuerdo con la información del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Chile, el número de

¹²⁸ Ministerio de Salud de Chile. (2021) “Complementa Resolución Exenta N° 1138 de 2020, del Ministerio de Salud que aprueba Lineamientos Técnico Operativos Vacunación SARS-CoV-2” [Publicación en línea] < https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES.-EXENTA-N-136_.pdf > [Consultado el 14 de diciembre de 2021]

¹²⁹ Oyarzún Serrano L, Aranda G, Gissi N. 2021. “Migración internacional y política migratoria en Chile: tensiones entre la soberanía estatal y las ciudadanía emergentes”. *Colombia Internacional* 106: 89-114. <https://doi.org/10.7440/colombiaint106.2021.04>

residentes extranjeros en ese país fue de 1.46 millones hasta fines de 2020, siendo mayor el número de ciudadanos venezolanos con más de 448 mil, seguido de los ciudadanos peruanos con aproximadamente 237 mil¹³⁰. Es importante destacar que, si bien un sector importante de la población extranjera ha logrado estabilizarse económicamente en Chile, las estadísticas revelan que un 17% de ellos se encuentran en situación de pobreza y 7.9% en extrema pobreza (a nivel de la población general el porcentaje de pobreza extrema es de 4%), lo cual corresponde a un poco más de 115 mil ciudadanos¹³¹. Considerando que la población migrante en situación de pobreza extrema viene enfrentando las dificultades propias de su estado socioeconómico, también se encuentra en una lucha constante para superar la adversidad propia de la pandemia. Sumado a ello, muchos migrantes no cuentan con la capacidad de poner en regla su estado de documentación migratoria. En consecuencia, es probable que esta situación condicione el acceso de esta población a la vacuna contra el SARS-CoV2. Asimismo, se pueden identificar en estos grupos humanos múltiples capas de vulnerabilidad, las cuales los aleja cada vez más de la posibilidad de recibir la vacuna en Chile. Al respecto es importante señalar que, con este grado de escasez las posibilidades de sobrevivencia se reducen al mínimo y cobra mayor relevancia facilitar el acceso a la vacuna, independientemente de las decisiones de asignación de recursos. Esta acción, permitiría a la población migrante extranjera que se encuentra en pobreza extrema, movilizarse y realizar sus actividades diarias para sobrevivir, tal como lo

¹³⁰ Instituto Nacional de Estadística de Chile (2021). “Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020” [Publicación en línea] < https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=5bdc44de_4 > [Consultado el 15 de diciembre de 2021]

¹³¹ Servicio Jesuita a Migrantes, SJM (2021) Casen y Migración: Una caracterización de la pobreza, el trabajo y la seguridad social en la población migrante (Informe N°1). Santiago, Chile. [Publicación en línea] <<https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>> [Consultado el 15 de diciembre de 2021]

vienen haciendo los residentes chilenos que viven en extrema pobreza, pero que, al tener nacionalidad chilena, enfrentan menos dificultades para cumplir con los requisitos que exige el plan de vacunación.

Si bien la estrategia nacional chilena adopta una mirada utilitarista orientada a maximizar los beneficios de la vacunación en población crítica, la *estrategia capullo* implementada inicialmente en población pediátrica para la tos ferina y luego en la actual pandemia podría también servir de modelo a ser aplicado como estrategia en la población que está en la peor situación, en este caso los migrantes extranjeros. Para ello es importante precisar que, la estrategia en capullo permitió salvar la vida de niños menores de 2 años vulnerables a la bacteria que transmite la tos ferina (*Bordetella pertusis*) entre los años 2011 y 2012, pasando a ser la población en la peor situación. Al vacunar concomitantemente a su entorno familiar, dio oportunidad para que los niños reduzcan su exposición a la bacteria. En consecuencia, esta estrategia del gobierno chileno permitió beneficiar a los que estaban peor, con una alta efectividad y con un costo-beneficio muy bajo. Si esta misma estrategia pudiera ser empleada en la población migrante que vive en extrema pobreza, a través de su inserción en la población crítica, podrían tener acceso prioritario a la vacunación contra SARS-CoV2, y se lograría reducir el porcentaje de muertes prematuras de manera significativa.

Adicionalmente, Chile dispuso que aquellos residentes en el extranjero que llegan al país y que desean tener el pase de movilidad indefinida, deberán realizar la validación de su vacunación, la cual debe corresponder a vacunas aprobadas por el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), la OMS, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y la Agencia Europea de Medicamentos

(EMA), de lo contrario deberán permanecer en cuarentena¹³². A pesar de tratarse de una estrategia efectiva para contener la transmisión del SARS-CoV2, el proceso de validación en la práctica viene generando dificultades debido a que el trámite toma tiempo generando retrasos de hasta 20 días¹³³. Si estas restricciones han impuesto una mayor desventaja en la población local que vive en extrema pobreza, con mayor razón para la población migrante extranjera, quienes no sólo verían vulneradas sus libertades sociales, sino también su esperanza de vida.

Como es evidente, las estrategias adoptadas por Chile siguen un enfoque utilitarista porque centran su prioridad de vacunación en poblaciones críticas (personal de salud, gobernantes) cuyo bienestar permitirá maximizar el beneficio a la sociedad que está en riesgo de enfermarse o en situación de enfermedad. Sin embargo, deja de lado a las poblaciones con mayor vulnerabilidad y riesgo de muerte prematura como los migrantes extranjeros, cuyo porcentaje no deja de ser importante en términos de vidas humanas. Por el contrario, este sector encabezaría la agenda de atención si se aplicara un enfoque prioritarista en el plan chileno.

Es importante indicar que, por el contrario, tanto Argentina como Perú consideran dentro de su programa de vacunación la inclusión de población residente extranjera, sin importar su estado migratorio. Este aspecto se encuentra en línea con la mayoría de los principios de vacunación recomendados por la OMS tales como el bienestar humano (grupos de riesgo y altamente expuestos), respeto por igual (considera criterios de priorización) y equidad nacional (incluye población en pobreza extrema,

¹³² Ministerio de Salud de Chile (2021). "Validación de información de vacunas recibidas en el extranjero" [Publicación en línea] <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/2021.07.28_VALIDACION-DE-INFORMACION-DE-VACUNAS-RECIBIDAS-EN-EL-EXTRANJERO.pdf> [Consultado el 15 de diciembre de 2021]

¹³³ Lyonned J. (2021). "Demora de 30 días en homologación de vacunas frena los viajes a Chile". [Publicación en línea] <https://www.hosteltur.com/lat/147789_demora-de-30-dias-en-homologacion-de-vacunas-frena-los-viajes-a-chile.html> [Consultado el 15 de diciembre de 2021]

alejada o de difícil acceso y población migrante extranjera) ¹³⁴. En consecuencia, esta visión no sólo involucra a aquellas poblaciones humanas con alto riesgo de infectarse o de morir, sino que también cubre a aquellos que se encuentran en una situación de desventaja mayor (pobres extremos locales y extranjeros).

En conclusión, los gobiernos de Perú, Brasil y Argentina vienen focalizando su atención y desplegando esfuerzos para priorizar a los que están peor dentro de sus respectivas poblaciones de interés. Si bien estos países también adoptan una visión utilitarista para lograr otros fines, vienen sumando esfuerzos para la atención de personas con pluralidad de desventajas como es el caso de las poblaciones en extrema pobreza, enfatizando con ello el valor supremo de la vida humana, por lo que es posible que, en este punto, estos países estén conformándose o suscribiendo un marco ético prioritarista.

17.2. Análisis de la priorización de la población adulta mayor en los planes de vacunación contra la COVID-19 y la pobreza extrema

Sobre este punto es importante poner énfasis en el hecho de que todos los países del mundo han priorizado la vacunación de personas debido a que, por las características de su avanzada edad, corren un riesgo muy alto de desarrollar formas severas de COVID-19 y morir, lo cual se refiere a la población de adultos mayores. Al respecto, el Plan de Vacunación peruano prioriza a los adultos mayores juntamente con el grupo altamente expuesto. En el Plan de Vacunación chileno, la población de adultos mayores se encuentra dentro de la población crítica, aunque sólo incluye a los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, existiendo un tercer grupo

¹³⁴ World Health Organization. (2020) *op.cit.*

denominado “Población de riesgo” que considera la edad. Para el caso de Argentina, se ha priorizado la población del adulto mayor por el riesgo de desarrollar enfermedad grave, y en el caso de Brasil para reducir la morbi-mortalidad. De acuerdo con evidencias previamente descritas, este grupo humano en particular es priorizado por su comprobada asociación con la mortalidad debido a la COVID-19¹³⁵. Sin embargo, también se han identificado factores o determinantes sociales en esta población que incrementan su vulnerabilidad frente a la enfermedad tales como soledad, aislamiento, ansiedad, hospitalizaciones frecuentes, co-morbilidades y exposición al alcohol y tabaco¹³⁶.

De otro lado, es importante señalar que los organismos internacionales y diferentes gobiernos han considerado la priorización de la vacunación en el adulto mayor con el fin de maximizar la salvaguarda del mayor número de vidas posibles⁶⁷. Con relación a este último punto, es necesario precisar que un adulto mayor de 65 años tiene en promedio no más de 15 años que perder de calidad de vida (QALY), lo cual corresponde a una gran fracción de su vida restante¹³⁷. Esta es la razón principal por la cual se le otorga mayor prioridad a ser vacunados en comparación a los más jóvenes. Sin embargo, desde el enfoque utilitarista, el hecho de evitar la posibilidad de que un adulto mayor pueda enfermarse y terminar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) evita que se hagan fuertes gastos en recursos hospitalarios, cuyo costo de tratamiento por un tiempo de 31 días puede ser de aproximadamente

¹³⁵ Gallo Marin, B., Aghagoli, G., Lavine, K., Yang, L., Siff, E. J., Chiang, S. S., Salazar-Mather, T. P., Dumenco, L., Savaria, M. C., Aung, S. N., Flanigan, T., & Michelow, I. C. (2021). Predictors of COVID-19 severity: A literature review. *Reviews in medical virology*, 31(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/rmv.2146>

¹³⁶ Monahan, C., Macdonald, J., Lytle, A., Apriceno, M., & Levy, S. R. (2020). COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society. *The American psychologist*, 75(7), 887–896. <https://doi.org/10.1037/amp0000699>

¹³⁷ Reckers-Droog, V., van Exel, J., & Brouwer, W. (2019). Equity Weights for Priority Setting in Healthcare: Severity, Age, or Both?. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 22(12), 1441–1449. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.07.012>

US/.12,947.03¹³⁸. Del mismo modo, se evita recurrir al dilema de priorizar la vida de los pacientes hospitalizados por años de vida, que es justamente otorgar prioridad con el fin de maximizar el beneficio¹³⁹.

Todos estos alcances establecen que la población de adultos mayores fue considerada a ser vacunada contra la COVID-19 siguiendo un enfoque prioritarista. Sin embargo, es importante analizar hasta qué punto dicha población cumple plenamente con este criterio. Para esto es importante señalar, en primera instancia, que un porcentaje de esta población en particular no necesariamente se encuentra en una situación económica de carencia o desventaja total. Esto se ve reflejado en el incremento de la expectativa de vida de la población latinoamericana a partir de los 65 años de 17.1 a 19.2 años en los últimos 20 años, pese a que el índice de esperanza de vida asociada a la salud se sigue manteniendo constante con un valor de 29%¹⁴⁰. Estos datos contrastan notablemente con la población que vive pobreza extrema cuya vida siempre se ha mantenido expuesta a la muerte prematura debido a la asociación de múltiples factores, no solo a la edad y a la salud. Como ejemplo de ello se puede considerar el caso de la población latinoamericana que vive pobreza extrema en el Valle de San Joaquín, en California - EEUU, cuya expectativa de vida ha sido calculada por ser de 10 a 20 años menos que la población económicamente favorecida del norte de esa misma región¹⁴¹

¹³⁸ Ramírez Z (2020). “¿Qué tan costoso es tratarse contra el coronavirus en Perú?” [Publicación en línea]. < <https://gestion.pe/tu-dinero/finanzas-personales/que-tan-costoso-es-tratarse-contra-el-coronavirus-en-peru-noticia/> > [Consultado el 07 de diciembre de 2021]

¹³⁹ Emanuel et al. 2020b. *op. cit.*

¹⁴⁰ Martínez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. (2021). Life expectancy, healthy life expectancy, and burden of disease in older people in the Americas, 1990–2019: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45: e114. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.114>

¹⁴¹ Maxmen A. (2021). *op. cit*

Estos datos muestran que, en comparación con las poblaciones económicamente menos favorecidas, existe un porcentaje de la población de adultos mayores que, durante la pandemia, han tenido la posibilidad de evitar el contacto con el virus, lo cual ha sido factible a través de medidas de protección que comprendieron desde el hogar hasta en los centros de cuidado a largo plazo¹⁴². Esta misma situación no podría aplicarse al caso de los que viven en extrema pobreza, quienes a lo largo de su vida siempre estuvieron sometidos a carencias y cuya supervivencia depende de sus propias estrategias de resiliencia.

Es posible identificar que la priorización de la vacunación en adultos mayores según los planes de cada uno de los países analizados sigue un enfoque utilitarista centrado principalmente en salvaguardar la salud, pero ninguna incluye a aquellos factores que no están asociados con la salud, tales como las relaciones sociales, la autonomía, la felicidad, etc. Muchos de estos factores son preferidos por la mayoría de las personas y, de hecho, son priorizados en pacientes que se encuentran al final de sus vidas como el caso de los adultos mayores quienes frecuentemente solicitan compartir sus últimos momentos en compañía de los suyos antes que agotarlas en un nosocomio recibiendo todas las atenciones posibles. Como es evidente, estos elementos no asociados con la salud son capaces de brindar bienestar aún en ausencia de aquella. Sin embargo, cuando se considera la población en extrema pobreza estos elementos también están ausentes. En este caso ¿Es posible determinar una situación de desventaja en el adulto mayor que no solo está expuesto a la COVID-19 sino también a la extrema pobreza? Con relación a esta pregunta es importante señalar que la población adulta mayor no es ajena a la pobreza extrema. En Argentina, por ejemplo, se ha estimado que el 1.5% de adultos mayores sufren de extrema pobreza, mientras que en Perú el porcentaje se

¹⁴² Bianchetti A, Bellelli G, Guerini F, Marengoni A, Padovani A, Rozzini R, Trabucchi M (2020). Improving the care of older patients during the COVID-19 pandemic. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(9):1883-1888.

eleva a 7%^{143,144}. Esta población en particular tiene un mayor nivel de desventaja porque a además de hacerle frente a factores adversos como la edad y la salud, deben seguir trabajando de manera independiente para sobrevivir, a diferencia de aquellos que cuentan con una pensión fija o viven en asilos.

Tomando en consideración los bajos porcentajes de pobreza extrema que afecta esta población en particular y las oportunidades de acceso a factores de salud y los no asociados a la salud señalados previamente, la mayoría de los adultos mayores no se encuentran en situación de desventaja total de por vida, y por tanto, tampoco podría ser considerado como el grupo que está peor. Su priorización es generalmente considerada con fines utilitaristas para disminuir la morbi-mortalidad y evitar gastos de hospitalización, siguiendo los principios de eficiencia y equidad¹⁴⁵.

En cambio, el enfoque prioritarista permite determinar que la población en extrema pobreza sin distinción de edad es aquella que siempre ha vivido una situación de desventaja total de por vida, cuyo quiebre de su estado de salud debido al nuevo coronavirus sería insostenible. Por lo tanto, el acceso prioritario a la vacuna le ofrecería una oportunidad de proteger su salud, con el único fin de seguir buscando la manera de sobrevivir, ya que las posibilidades de contagio para este grupo en particular son muy altas debido al hacinamiento y otros factores adicionales¹⁴⁶.

¹⁴³ Paz J, Arévalo C. (2019). Pobreza en las personas mayores. Un estudio multidimensional para Argentina. *Revista Latinoamericana de Población*, 13 (25):75-102.

¹⁴⁴ Olivera J, Clausen J (2013). Las características del Adulto Mayor peruano y las políticas de protección. [Publicación en línea]. < <https://files.pucp.education/departamento/economia/DDD360.pdf>> [Consultado el 21 de diciembre de 2021]

¹⁴⁵ Reckers-Droog, V., van Exel, J., & Brouwer, W. (2019). Equity Weights for Priority Setting in Healthcare: Severity, Age, or Both?. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 22(12), 1441–1449. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.07.012>

¹⁴⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020) “Perú: Condiciones de vida de las poblaciones en riesgo ante la pandemia del COVID-19”. [Publicación en línea] < https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1745/libro.pdf> [Consultado el 22 de diciembre de 2021]

17.3. Análisis de la priorización de la vacuna en población con co-morbilidad

Dentro del enfoque prioritarista se define el término de ventaja total como aquella que determina el nivel de ventaja de una persona en cada momento de su vida. Una forma de medir estos parámetros es a través de la determinación del QALY (años de vida ajustados por calidad, por sus siglas en inglés) y DALY (años de vida ajustados por discapacidad). Según Sharm & Millum¹⁴⁷, cada período de tiempo en que el que vive una persona tiene un valor proporcional al grado de salud (mayor valor) o enfermedad (invaluable) durante ese período de tiempo. Desde aquí, el valor se pierde por completo cuando la persona muere porque pierde todos los bienes de la vida. Siguiendo esa misma reflexión, el peor escenario de DALY sería la muerte prematura.

En el contexto de la pandemia, se ha demostrado que las personas que presentan condiciones de salud pre-existentes y que se infectan con SARS-CoV2 presentan un grado mayor de riesgo de morir que la población general¹⁴⁸, por lo que resulta legítimo considerar su priorización en el programa de vacunación. Bajo esta premisa nos podemos preguntar: ¿existen razones para adoptar la pobreza extrema como un criterio de prioridad por encontrarse en un nivel de desventaja similar o mayor que esta población presentando condiciones de salud pre-existentes?

Para responder esta pregunta resulta importante analizar la carga de morbilidad que genera una determinada afección desde el punto de vista de la salud. Este nivel de ponderación asignado a una enfermedad por su carga de discapacidad se mide de 0 a 1, donde 0 es salud perfecta y 1 es muerte. De acuerdo con una reciente actualización en el ranking de carga global de enfermedades (GBD por sus siglas en inglés), las

¹⁴⁷ Sharp D & Millum J. *op. cit.*

¹⁴⁸ Gasmi, A., Peana, M., Pivina, L., Srinath, S., Gasmi Benahmed, A., Semenova, Y., Menzel, A., Dadar, M., & Bjørklund, G. (2021). Interrelations between COVID-19 and other disorders. *Clinical immunology* (Orlando, Fla.), 224, 108651.

enfermedades respiratorias se encuentran en el primer lugar de las afecciones que contribuyeron al DALY en el grupo de niños menores de 10 años¹⁴⁹. En el caso de las enfermedades respiratorias crónicas, la falta de acceso a sistema de salud y la alta exposición a diversos factores de riesgo incrementa el DALY en las poblaciones con escasos recursos en comparación con aquellos que viven en países más favorecidos¹⁵⁰. En el contexto de la pandemia por COVID-19, el enfoque utilitarista podría ser considerada discriminatorio, desde que desestima el uso de recursos limitados para la atención de uno o más de estos grupos, y en su lugar prioriza su confinamiento¹⁵¹. Sin embargo, un utilitarista consideraría que esta medida es necesaria y efectiva porque protege la vulnerabilidad de estos grupos, por lo tanto, su aplicación sería justa. Asimismo, el presupuesto para la atención de pacientes con COVID-19 que sufren de enfermedades pre-existentes como la diabetes, la obesidad, el cáncer entre otras, y que evolucionan a formas moderadas y severas de la enfermedad, puede ser devastador para quien lo padece como para el país que lo asume¹⁵², incluso mayor en comparación a las enfermedades infecciosas¹⁴⁵. Es por esa razón que la estrategia de los decisores políticos es finalmente priorizar la asignación de recursos, (vacuna contra la COVID-19) con fines de prevención y con ello minimizar el DALY de este grupo de riesgo. En cambio, un prioritarista reclamará que esta población debiera ser priorizada no por la utilidad que resulta de minimizar el DALY, sino más bien por su situación de vulnerabilidad que lo sitúan en el peor escenario de morbi-mortalidad.

¹⁴⁹ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 396(10258), 1204–1222.

¹⁵⁰ WHO. Overview. “The Burden of Chronic Diseases”. [Publicación en línea]. <<https://www.who.int/gard/publications/Overview.pdf>> [Consultado el 23 de diciembre de 2021]

¹⁵¹ Savulescu et al. 2020. *op cit*

¹⁵² Center for Disease Control and Prevention. “Economic Impact of NCDs”. [Publicación en línea]. <<https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ncd/economic-impact.html>> [Consultado el 14 de junio de 2022]

Sin embargo, las medidas de confinamiento pensadas en reducir los contagios y exponer a los grupos con co-morbilidad trajeron consigo un problema social mayor puesto que afectaron de manera adversa a la población en pobreza extrema. Esta situación ha sido denominada por Patel¹⁵³ como una manifestación de “desprecio por los más desfavorecidos económicamente” ya que incrementó la exposición al virus y concomitantemente su mortalidad.

En ese sentido, el enfoque utilitarista se reduce a considerar cuestiones de salud que atañe la exposición de la población con co-morbilidad y el impacto económico que ello significa. Sin embargo, el enfoque prioritarista aborda este problema con una mirada más amplia donde no solo el riesgo de la salud debería ser considerado sino también otros factores asociados con un incremento del DALY. Esto incluye, por ejemplo, determinantes sociales que exponen a las poblaciones con extrema pobreza una total privación de recursos.¹⁵⁴ Dentro de estos determinantes sociales se encuentran el hacinamiento, trabajos forzosamente presenciales, salud mental dañada, nula o baja calidad de atención de salud, reducida capacidad del sistema inmunitario, mal trato, discriminación y rechazo a ser atendido, y la presencia de enfermedades infecciosas y no infecciosas (co-morbilidades)¹⁵⁵.

Estos datos en su conjunto indican que, en comparación con aquellos grupos más favorecidos, la sumatoria de estos factores adversos asociados o no con la salud afectará de manera más adversa a las poblaciones en extrema pobreza incrementando su DALY y, en consecuencia, exponiéndolos a un mayor riesgo de muerte prematura.

¹⁵³ Patel, J. A., Nielsen, F., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., Ravindrane, R., & Wardle, H. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public health*, 183, 110–111. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.006>

¹⁵⁴ Sharp & Millum. *op cit*.

¹⁵⁵ Nielsen L. (2022). Pandemic prioritarianism. *Journal of medical ethics*, 48(4), 236–239. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106910>

Por tanto, la población en extrema pobreza presenta desventaja de muerte prematura similar o mayor que la población general con condiciones de salud pre-existentes.

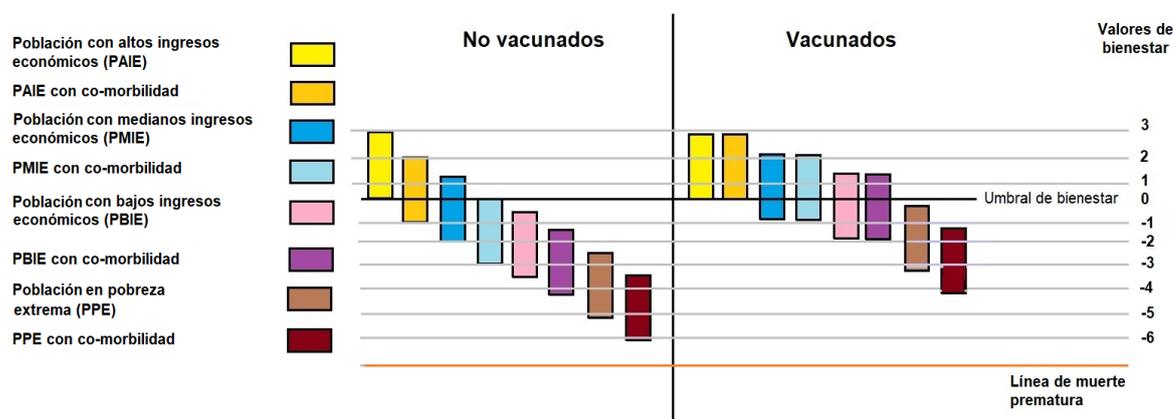
En consecuencia, adoptar las comorbilidades como criterio de identificación de quién está peor es aceptable debido al elevado riesgo de muerte que enfrenta esta población ante una eventual infección por SARS-CoV2. Sin embargo, la adopción de este criterio de prioridad no excluye la aceptación de la pobreza extrema como criterio de prioridad. Ambos criterios pueden formar intersecciones que informen mejor las decisiones sobre asignación de vacunas.

A continuación, propongo un modelo de distribución de vacunación y no vacunación contra la COVID-19 según las características socio-económicas y la presencia de comorbilidad que permiten aplicar e identificar el alcance práctico del el argumento planteado.

18.3.1. Modelo de distribución hipotética: Analizando los beneficios de la vacunación contra SARS-CoV2 según las características socio-económicas y co-morbilidad

Una forma gráfica de ver el grado de vulnerabilidad por el cual se enfrentan las poblaciones que viven con extrema pobreza se puede visualizar a través de la Figura 1. De acuerdo con ello, la no vacunación dejaría muy lejos del umbral del bienestar a las poblaciones viviendo en pobreza extrema (valores de -3 a -6), porque tendrían que enfrentar mayores desventajas propias de su realidad con respecto a otras poblaciones con mayores ventajas económicas.

Figura 1
Modelo de distribución hipotética de los resultados de vacunación y no vacunación contra SARS-CoV2 de acuerdo con las características socio-económicas y presencia de co-morbilidad



Nota: Los números mostrados representan valores arbitrarios (“valores de bienestar”) estipulados para un mejor análisis.

Como muestra el modelo, la vacunación permitiría que incluso las poblaciones en pobreza y pobreza con co-morbilidad logren mejorar su situación superando el umbral de bienestar relevante a través de la reducción de la mortalidad, alivio de gastos económicos por enfermedad e incluso reducción de la pobreza, tal como ha sido reportado previamente en estudios socio-epidemiológicos^{156,157}. Esto no ocurriría con la población en extrema pobreza ya que no lograría alcanzar el umbral de bienestar luego de la vacunación. En consecuencia ¿Podría esta población ser priorizada para recibir la vacuna aún si no lograra alcanzar el umbral de bienestar?

Si consideramos que ganar una unidad de bienestar cuenta más a medida de que más arriba del umbral se encuentra uno, el utilitarismo tendría razones para priorizar a

¹⁵⁶ Bawah, A. A., Phillips, J. F., Adjuik, M., Vaughan-Smith, M., Macleod, B., & Binka, F. N. (2010). The impact of immunization on the association between poverty and child survival: evidence from Kassena-Nankana District of northern Ghana. *Scandinavian journal of public health*, 38(1), 95–103. <https://doi.org/10.1177/1403494809352532>

¹⁵⁷ Chang, A. Y., Riumallo-Herl, C., Perales, N. A., Clark, S., Clark, A., Constenla, D., Garske, T., Jackson, M. L., Jean, K., Jit, M., Jones, E. O., Li, X., Suraratdecha, C., Bullock, O., Johnson, H., Brenzel, L., & Verguet, S. (2018). The Equity Impact Vaccines May Have On Averting Deaths And Medical Impoverishment In Developing Countries. *Health affairs (Project Hope)*, 37(2), 316–324. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0861>

quienes están en pobreza extrema o más abajo del umbral. De acuerdo con el análisis de Kymlicka¹⁵⁸, el utilitarismo responde a cualquier acto o política moralmente correcta, capaz de otorgar el mayor bienestar para el mayor número de personas de una sociedad. Por tanto, es admisible tratar de inclinar la balanza del bienestar hacia quienes lo necesitan más, en este caso la población en extrema pobreza con comorbilidad. A pesar de que este grupo no logrará alcanzar ni siquiera el umbral de bienestar mínimo, un utilitarista elegirá ayudar a esta población partiendo de la premisa de que esta acción tendrá las mejores consecuencias morales (lo correcto), porque lo contrario sería inadmisible (lo incorrecto).

Pero sí (como probablemente sostenga un utilitarista), tiene más valor ganar una unidad de bienestar a través de la vacunación cuando esta nos permite superar el umbral, la respuesta es otra. Este utilitarista priorizaría a quienes están a penas por debajo del umbral por sobre quienes se encuentran en la peor posición, más abajo del umbral.

Para el enfoque prioritarista, la vacunación de esta población sería considerada, no porque tenga una mejor perspectiva de mejora, sino debido a su condición de desventaja total. Esto significa que quienes viven en la pobreza extrema sería priorizados en ambos escenarios, incluso frente a quien de recibir la vacuna podría superar el umbral de bienestar. Otras poblaciones con mayores ventajas económicas siempre sobrepasarían el umbral de ventaja incluyendo aquellos sin vacunación, debido principalmente a la capacidad de acceder a equipos de protección personal, realizar trabajo remoto o simplemente gozar de atención de salud en clínicas privadas o atención a domicilio.

¹⁵⁸ Ord T (2014). Global poverty and the demands of morality. In J Perry (ed.) *God, The Good, and Utilitarianism: Perspectives on Peter Singer*, (Cambridge: CUP), 177–91

Análisis de población con medianos ingresos económicos con co-morbilidad y persona en pobreza extrema con co-morbilidad

De acuerdo con el modelo hipotético representado en la figura 1, es importante analizar las diferencias sustanciales de los resultados observados entre poblaciones de medianos ingresos económicos (PMIE) con co-morbilidad y la población de población en pobreza extrema (PPE) con co-morbilidad. En ese sentido, la PMIE con co-morbilidades, y que accede a la vacunación, logra alcanzar un umbral de bienestar moralmente relevante. Este resultado hipotético se basa en evidencias de estudios económicos realizados en PMIE, o comúnmente denominada “la clase media”¹⁵⁹. De acuerdo con ello, para el caso específico de Latinoamérica, la PMIE corresponde a un sector social que contribuye de manera importante con los impuestos fiscales de sus países, inclusive supera en pago el porcentaje que le corresponde a la Población con Altos Ingresos Económicos (PAIE) ¹¹⁷. Este dato sugiere que las oportunidades económicas a las que la PMIE accede, si bien se han visto restringidas en una primera instancia por la pandemia por COVID-19, gracias al acceso a la vacunación viene logrando mayores oportunidades laborales, emprendiendo nuevos proyectos económicos y recuperando a corto o mediano plazo el grado bienestar prepandémico. Por lo tanto, desde un punto de vista utilitarista, esta población es clave para considerar al momento de asignar la vacuna contra la COVID-19.

El enfoque prioritarista de Parfit indica que, de ninguna manera podría haber bienestar si se dañan a algunos sin beneficiar a nadie. Esto no lleva a considerar que si colocamos a la PMIE con co-morbilidad y a la PPE con co-morbilidad en competencia de recursos (en este caso la vacuna) y se prioriza la vacunación de las personas

¹⁵⁹ CEPAL (2021). [Publicación en línea]. “Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021. Los desafíos de la política fiscal en la recuperación transformadora pos-COVID-19”. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46808/1/S2100170_es.pdf> [Consultado el 15 de abril de 2022]

viviendo en extrema pobreza ¿Terminaría la PMIE perjudicada en tanto que la PPE no alcanzaría ningún beneficio? A pesar de que el modelo de distribución hipotética sugiere que el desenlace no sería diferente, la PPE sí lograría escalar algunos “peldaños” hacia el bienestar, los cuales significarían para ellos la diferencia entre la vida y la muerte (los alejaría de la línea de muerte según el modelo hipotético). En cambio, la PMIE y co-morbilidad, si bien se encuentra en peligro eminente por la falta de la vacuna, aun así, podría tener alguna oportunidad de protegerse frente a contagios, dada su capacidad de poder acceder al uso de equipos de protección personal como mascarillas y caretas, mantener el distanciamiento social, y acceder a trabajo remoto tal como algunos países han dispuesto, sin perjudicar su estado económico, hasta que la vacuna pueda estar disponible nuevamente. Por el contrario, este tiempo de espera para una persona que pertenece a la PPE sería adverso para su supervivencia.

Análisis de la PAIE con Co-morbilidad y la PPE con co-morbilidad

Desde un punto de vista utilitarista la distribución de la vacuna contra la COVID-19 requeriría adoptar el esquema de asignación que garantiza el mayor bienestar para el mayor número de personas, pero adoptando la regla de la distribución marginal decreciente. Asumiendo que la vacuna es un recurso escaso pero imprescindible para salvar vidas el enfoque utilitarista para este caso en particular lo resolvería de la siguiente manera: Al asignar la vacuna a la población con extrema pobreza y co-morbilidad en lugar de la población con mayores ingresos económicos se lograría incrementar la sumatoria total de bienestar marginal por efecto de la inmunización protectora y mayores oportunidades de sobrevivir. El efecto de la insatisfacción marginal de la PAIE debido a un nuevo régimen de limitado acceso a servicios de

salud será menor en comparación con la satisfacción marginal de la población en extrema pobreza con co-morbilidad al tener una oportunidad de vacunación prioritaria y, por ende, más probabilidades de sobrevivir. Por lo tanto, en este nivel de análisis práctico, el utilitarismo y el prioritarismo podrían converger en un mismo punto.

Análisis de PPE en función al tiempo de vida

En esta parte se procederá a realizar un análisis entre la PPE que estuvo en situación de desventaja económica incluso antes del comienzo de la pandemia (PPE pre-COVID o PPEpC) y la PPE que pasó a esta condición debido a la COVID-19 (PPEC). Es importante señalar, que ambos tipos de poblaciones se encuentran dentro de la clasificación de pobreza extrema (conformada por aquella persona que vive con menos de 1.90 dólares al día, criterio establecido por el Banco Mundial) y que, por lo tanto, se encuentran en la peor posición. Esta misma situación también es abordada desde el punto de vista ético en el análisis de los tres casos hipotéticos presentados en la sección 15 “Utilitarismo y prioritarismo en la implementación de políticas de salud pública contra la pandemia por COVID-19: vacunas y pobreza extrema desde utilitarismo y el prioritarismo, y la sección 16: “Análisis de los tres casos hipotéticos presentados desde utilitarismo y el prioritarismo”

19. Posibles efectos de la falta de vacunación y pobreza extrema

En este punto es importante cuestionarse cuál sería el impacto que podría sufrir la población en pobreza extrema si esta no es adoptada como un criterio de prioridad. Al respecto se ha discutido en las anteriores secciones que tres de los cuatro países seleccionados, han considerado en su plan de vacunación a la población con pobreza extrema, con la excepción de Chile quien no la considera un factor relevante para su plan de vacunación. De acuerdo con la estrategia de vacunación chilena, además de

priorizar a la población altamente expuesta y adultos mayores, la siguiente etapa incluirá poblaciones sanas (18 a 55 años) y poblaciones con co-morbilidad. Esta estrategia denominada “*capullo*” permitiría la protección de la población con mayor vulnerabilidad (población de riesgo) como consecuencia del efecto protector de la inmunización de la población sana. La estrategia en capullo consiste en proteger al que está peor asignando vacunas a quienes no están peor. Pero de acuerdo con el enfoque de este país, la población con mayor desventaja es aquella que presenta co-morbilidad. Por lo tanto, el planteamiento de la estrategia en capullo tiene una clara orientación a seguir criterios asociados con la salud. De hecho, esta estrategia fue implementada en Chile entre los años 2011 y 2012 para la prevención de la tos ferina (“coqueluche”) en niños menores de 6 meses, logrando una importante disminución de los casos¹⁶⁰. En la actualidad, el Ministerio de Salud de Chile viene aplicando esta misma estrategia en la vacunación contra el SARS-CoV2 para proteger principalmente diferentes poblaciones con afecciones subyacentes, específicamente población pediátrica, de la que se vienen notificando más de 90 mil casos¹⁶¹.

En síntesis, la campaña de vacunación chilena contra la COVID-19 puede ser considerar la más exitosa en la región hasta el momento, superando la meta de cobertura del 86% del país (Ver Tabla 2). Si bien no está especificado en su plan que incluirá la vacunación de población en pobreza o en pobreza extrema, es posible que al completar el 14% restante a vacunar en los siguientes meses se incluya a este grupo,

¹⁶⁰ Ministerio de Salud de Chile. (2013). “Información de Situación Epidemiológica. Tos Ferina o Coqueluche. Semana epidemiológica 1 al 23”. [Publicación en línea] <<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/1151/2367%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consultado el 14 de diciembre de 2021]

¹⁶¹ Ministerio de Salud de Chile – Departamento de Inmunizaciones. (2021) “Estrategia capullo: Vacuna anti SARS-CoV-2 en cuidadores de pacientes pediátricos con necesidades especiales en la atención de salud” [Publicación en línea] <<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/ESTRATEGIA-CAPULLO-CUIDADORES-PACIENTES-PEDIATRICOS-CON-NECESIDADES-ESPECIALES-EN-LA-ATENCION-DE-SALUD-.pdf>> [Consultado el 14 de diciembre de 2021]

el cual, según el análisis realizado en el presente estudio, corresponde a la población migrante viviendo en extrema pobreza. Cabe señalar que este grupo vulnerable, al menos en Chile no sería priorizado, por lo tanto ¿Cuál sería los efectos de no incluirlos como un como un grupo prioritario? A partir del análisis realizado en las anteriores secciones podrían considerarse los siguientes efectos:

- 1) Falta de oportunidades para abastecerse de alimentos (debido a la imposibilidad de desplazarse al no tener una credencial de vacunación);
- 2) Riesgo de contagio y muerte prematura por COVID-19 (incremento de DALY);
- 3) Muerte prematura debido a inanición y enfermedades asociadas (Ejm tuberculosis);
- 4) Otras formas de muerte prematura.

CAPÍTULO IV:

EL ENFOQUE DE LA VENTAJA TOTAL EN EL CONTEXTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN POBLACIÓN VIVIENDO EN POBREZA EXTREMA

20. INTRODUCCIÓN

La vacunación tiene un impacto primordial en la salud de las personas. Desde el punto de vista de salud pública, las vacunas permiten la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, reducen la morbi-mortalidad especialmente en población infantil y permiten la erradicación de enfermedades¹⁶². Desde el punto de vista ético, es importante la distribución justa de las vacunas, principalmente porque se trata de un recurso escaso¹⁶³. Por lo tanto, las vacunas constituyen un bien común para la comunidad, y por ende se deben plantear las debidas estrategias para su justa asignación. En este capítulo se considerarán los argumentos prioritaristas de la ventaja total para defender la tesis de que la pobreza extrema debe ser considerada como un criterio de priorización en el contexto de la vacunación contra la COVID-19. Finalmente, se responderán la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las razones por las que la pobreza extrema debería ser adoptada como un criterio de prioridad en los planes de vacunación contra el SARS-CoV2 en Sudamérica?

¹⁶² Valenzuela MT. Importancia de las vacunas en Salud Pública: hitos y nuevos desafíos. (2020) Rev. Med. Clin. Condes. 31(3-4) 233-239.

¹⁶³ Zonzenszain Y. Las vacunas contra el Covid-19: dos dilemas éticos a considerar (2021). Medicina y Ética. 32 (1): 215-231

21. EL ENFOQUE DE LA VENTAJA TOTAL

¿Cuáles son las razones por las que la pobreza extrema debería ser adoptada como un criterio de prioridad en los planes de vacunación contra el SARS-CoV2? Para responder esta pregunta en esta sección analizaré y aplicaré el enfoque prioritarista de la ventaja total.

De acuerdo con este enfoque desarrollado por Sharp & Millum¹⁶⁴ cuatro pautas deberían considerarse a la hora de identificar a aquellos que están en la peor situación o escenario y son las siguientes:

- Todas las formas significativas de desventaja cuentan para determinar quién está en peor situación, no solo las desventajas relacionadas con la salud;
- los que están en peor situación son aquellos que tienen la mayor desventaja total de por vida;
- la ventaja perdida debido a una muerte prematura debe tratarse de la misma manera que otras formas de estar en desventaja a la vez;
- qué tan mal está alguien depende de los resultados reales que le ocurrirán sin intervención, no de sus perspectivas.

Debido a que el punto medular del análisis de este trabajo es argumentar que la extrema pobreza debería ser un criterio para priorizar la asignación de las vacunas, es importante en primer lugar, hacer referencia de que la vacuna es un recurso escaso. Esta limitada disponibilidad le otorga a la vacuna una utilidad marginal decreciente, porque su distribución no llega a alcanzar a toda la comunidad. Por lo tanto, su asignación debe ser priorizada hacia aquellos que están peor por su situación de

¹⁶⁴ Sharp D & Millum J (2015). Prioritarianism for Global Health Investments: Identifying the Worst Off. *Journal of Applied Philosophy* doi: 10.1111/japp.12142. [Consultado el 3 de diciembre de 2021]

desventaja ya que dicha acción tiene importancia moral marginal¹⁶⁵. En tal sentido, cada vez que prioricemos la vacunación de las personas que están en peor situación, los beneficios resultantes no serán simplemente mayores en sí mismo debido al efecto de la utilidad marginal decreciente, sino que también serán más importantes a escala moral.

22. POBREZA EXTREMA, PLURALIDAD DE DESVENTAJA Y VACUNACIÓN

Según el criterio propuesto por Sharp & Millum¹⁶⁶ para identificar quién debe ser priorizado, la situación de desventaja no se determina únicamente considerando el estado de la salud, sino considerando otros factores que contribuyen con el bienestar de las personas. Se trata de una multiplicidad de factores tales como la seguridad económica, que podría jugar un rol importante en brindar acceso a posibilidades concretas como la educación, relaciones sociales, autonomía y otros bienes que tienen un valor que no se reduce a la salud. En tal sentido, la pobreza extrema priva al individuo de todos estos bienes, y lo limita a la supervivencia. En consecuencia, existe en las poblaciones sumidas en extrema pobreza una pluralidad de carencia de bienes que las destinan a una peor situación de vida.

En el contexto de la vacunación contra la COVID-19, al no considerar la población en pobreza extrema como un grupo prioritario para recibir este recurso escaso no solo afectaría su estado de salud, sino también limitaría la oportunidad de lograr su supervivencia. Un ejemplo fuera de la región de América del Sur, pero con características similares puede visualizarse en la población de trabajadores latinoamericanos de la planta del valle de San Joaquín, en California EEUU donde, a

¹⁶⁵Otsuka M (2015). Prioritarianism and the Measure of Utility. *The Journal of Political Philosophy* 23(1): 1–22

¹⁶⁶Sharp D & Millum J. *op. cit.*

pesar de ser considerados trabajadores esenciales debido a que su empleo abastece de alimento a la población estadounidense, están desprovistos de vivienda, un salario justo y asistencia médica, lo que ha generado como consecuencia un incremento de la tasa de mortalidad, 60% más alta con relación a años anteriores¹⁶⁷ debido a la COVID-19.

23. DESVENTAJA TOTAL POR VIDA Y POBREZA EXTREMA

De acuerdo con Sharp y Millum¹⁶⁸ para determinar quién está peor debería tomarse en consideración la situación de sufrimiento de una persona a lo largo de toda su vida. Este criterio va en concordancia con un segundo argumento en el cual se considera que, sin importar que un estado de sufrimiento ocurra en el presente o en el futuro, se debe dar mayor atención a aquel que viene sufriendo de manera sostenida en el tiempo. En este sentido, adopta un punto de vista temporalmente neutral. Y finalmente, un tercer criterio implica evaluar qué tan bien o mal estuvo una persona en diferentes estados de su vida, lo que obligaría a tener que abordar a dicha persona considerando su vida entera. Por lo tanto, al evaluar estos argumentos en poblaciones en pobreza extrema es importante considerar que dichas personas tienen su vida entera sometida a una situación de precariedad total y que la pandemia contribuyó a exacerbar dicha situación.

Esta consideración se alinea con la concepción de justicia social del prioritarismo sostenida por Nielsen¹⁶⁹ que implica el deber moral de proteger a quienes estén en una situación de desventaja social. Esto se refiere principalmente a aquellas personas

¹⁶⁷ Maxmen A. (2021). Inequality's deadly toll (2021). *Nature*, 592.
<<https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-021-00943-x/d41586-021-00943-x.pdf>>
[Consultado el 3 de diciembre de 2021]

¹⁶⁸ Sharp D & Millum J. *op. cit.*

¹⁶⁹ Nielsen L. *op. cit.*

racionales y pensantes que se encuentran sumidas en una situación de injusticia absoluta y de desventaja arbitraria (en la peor situación) desde el punto de vista social. De esta manera, el enfoque prioritarista trata de responder cuan desbalanceadas son las consecuencias de la COVID-19 en el ámbito social, al identificar la dependencia que existe entre la deficiencia de la salud más vulnerabilidad y los determinantes sociales de la salud, los cuales en su conjunto terminan siendo factores desequilibrantes en la disminución de la expectativa de vida de las poblaciones afectadas. En tal sentido, el prioritarismo tiene como único y fuerte compromiso proteger al que está peor, y en el contexto de la pandemia por COVID-19 presentar sus argumentos a ser considerados para la toma de decisiones en la asignación de la vacuna.

En conclusión, los criterios para establecer la distribución de recursos escasos en el contexto de la pandemia COVID-19 de la pandemia deberían incluir factores sociales a fin de que los decisores políticos introduzcan legislaciones que permitan asegurar el bienestar de los que están peor en situaciones de pandemia.

24. DESVENTAJA POR MUERTE PREMATURA Y POBREZA EXTREMA

Esta consideración, correspondiente al segundo criterio de priorización, apunta a determinar la ventaja o desventaja de las personas en términos de calidad y cantidad de vida. Por lo tanto, aquella persona que muere más joven es la que está en peor situación. En los anteriores capítulos se mencionó que, durante la pandemia, los planes de vacunación de los diferentes países consideraron priorizar a las personas que presentan condiciones de salud pre-existentes que al infectarse con SARS-CoV2 tienen un mayor riesgo de morir que aquellos que no presentan esta condición. Del mismo modo se mencionaron las razones utilitaristas por las que se priorizaron a los adultos mayores de 65 años y personal de la salud y de seguridad para el acceso a la

vacuna. El prioritarismo en esta misma línea considera que la pobreza extrema también se corresponde a la peor situación de desventaja tanto de calidad como cantidad de vida y, más aún, la pandemia por COVID-19 ha generado sobre ella una mayor carga social de la que previamente venía sosteniendo. En consecuencia, la mejor definición de quién está peor en el contexto de la severidad de daño considera la situación de sufrimiento a lo largo de toda su vida, lo cual tiene una mayor escala moral en comparación con ver solo un segmento de tiempo determinado.

Del mismo modo, el riesgo de muerte por el daño generado a lo largo de toda su vida más el contagio por COVID-19 u otras enfermedades concomitantes, le incorporan un peso mayor de daño a la persona, que incluso podría estar peor que otro en la misma situación de precariedad a lo largo de toda su vida, pero sin la enfermedad en cuestión. En consideración a ello, es preciso aplicar el prioritarismo consecuencialista¹⁷⁰, a través del cual, una vez identificado al que está peor se procede a asignar el recurso correspondiente destinado a mitigar el daño. En consecuencia, el prioritarismo consecuencialista otorga un mayor valor moral intrínseco al beneficiar a los que están en peores condiciones.

25. PROPUESTA DE SISTEMA DE PUNTUACIÓN PARA EL ANÁLISIS DE LA PLURALIDAD DE DESVENTAJA

Con el propósito de identificar a quien está peor en términos absolutos, se propone un sistema de valores o de puntuaciones. Con ello no se busca reducir la definición de la pobreza extrema en términos de valores absolutos, sino más bien enfatizar y valorar aquellos aspectos de la vida por los cuales la personas que viven en extrema pobreza han resultado más afectados.

¹⁷⁰ Nielsen L. *op. cit.*

Para lograr este propósito en la tabla 5 se presenta un sistema de puntos de acuerdo con el grado de desventaja con relación a un determinado factor, considerando además el tiempo como catalizador de dicho factor. Para ello, el valor calculado se multiplicará por el total de años vividos en situación de pobreza extrema.

De acuerdo con la tabla 5, se puede distinguir fácilmente el grado de desventaja de la población que viene sosteniendo una situación de pobreza extrema en función a la cantidad de años (20 años) en comparación con una población que vive en extrema pobreza debido a la pandemia (2 años).

Según el prioritarismo, el abordaje de la población que está en el nivel más alto de desventaja no es evaluado en función a un momento determinado, si no por todo el tiempo que le demandó vivir en tal situación de desventaja. En conclusión, una población en extrema pobreza que cumple con estas características requiere ser priorizada por hallarse en la peor situación posible.

Tabla 5:

Sistema de puntuación para determinar el grado de desventaja entre dos tipos de población viviendo en extrema pobreza

Factores afectados	PPEpC	Total años en pobreza extrema	Total puntaje de desventaja en PPEpC	PPEC	Total años en pobreza extrema	Total puntaje de desventaja en PPEC
Alimentación	10	20	200	10	2	20
Educación	9	20	180	9	2	18
Trabajo	10	20	200	10	2	20
Salud	10	20	200	10	2	20
Vivienda	10	20	200	10	2	20
Derechos humanos	8	20	160	8	2	16
Diversión	10	20	200	10	2	20
Servicios básicos (agua, luz, etc)	10	20	200	10	2	20
Dignidad	8	20	160	8	2	16
Libertad	6	20	120	6	2	12
Respeto	10	20	200	10	2	20
		Total desventaja acumulada	2020			202

Nota: Los valores son arbitrarios y obedecen a una escala del 0 al 10. El total de años en pobreza extrema para PPEC corresponde al tiempo en que pasó a formar parte de la población que vive en pobreza extrema debido a la pandemia por COVID-19. PPEpC = Población con pobreza extrema pre-COVID-19. PPEC = Población con pobreza extrema con COVID-19

26. SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE PRIORIDAD DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 PROPUESTOS POR LA OMS

Desde inicios de la pandemia por COVID-19, la OMS presentó una propuesta de sistema de valores para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19¹⁷¹. Estos principios han sido concebidos con el fin de que los decisores políticos puedan asignar la vacuna contra la COVID-19 de la manera más justa posible, evitando pasar por alto los reclamos y apelaciones de aquellos que no sean priorizados, y favoreciendo un espacio para las críticas y comentarios útiles. Estos criterios han sido adoptados por casi todos los países del mundo en sus programas de vacunación de acuerdo con su realidad socio-económica y política. Para el caso de los países latinoamericanos seleccionados en este estudio, consideraron de manera común el primer principio referido al bienestar del ser humano, donde se incluye al personal de salud y del orden público, adultos mayores y personas con co-morbilidad. Considerando este primer principio, he propuesto un modelo de puntuación en el que he incluido, juntamente con los demás grupos priorizados por la OMS, a la población viviendo en pobreza extrema (Ver Tabla 3 Panel A), y otro caso excluyendo a la población extremadamente pobre (Tabla 3 Panel B). Cabe señalar que la pobreza extrema también figura como un criterio más dentro del principio del bienestar humano según la OMS.

En este ejercicio, he considerado que la pertenencia a más de un grupo prioritario obtiene el doble del puntaje de vulnerabilidad por ese hecho.

¹⁷¹ WHO, 2020. *op. cit.*

Tabla 6

Sistema de puntuación de vulnerabilidad de acuerdo con el grupo de prioridad para la asignación de la vacuna contra la COVID-19 establecido por la OMS con (A) y sin (B) pobreza extrema

A

Puntos de vulnerabilidad según grupo priorizado (con pobreza extrema)					
Grupo priorizado	Personal esencial (salud, fuerzas armadas, etc)	Adultos mayores (> 65 años)	Sujetos con Co-morbilidad	Población en pobreza extrema	Puntos totales de vulnerabilidad
Personal esencial (salud, fuerzas armadas, etc)	1	2	2	0	5
Adultos mayores (> 65 años)	2	1	2	2	7
Sujetos con Co-morbilidad	2	2	1	2	7
Población en pobreza extrema	0	2	2	1	5

B

Puntos según grupo (sin pobreza extrema)				
Grupo priorizado	Personal esencial (salud, fuerzas armadas, etc)	Adultos mayores (> 65 años)	Sujetos con Co-morbilidad	Puntos totales de vulnerabilidad
Personal esencial (salud, fuerzas armadas, etc)	1	2	2	5
Adultos mayores (> 65 años)	2	1	2	5
Sujetos con Co-morbilidad	2	2	1	5

Tal como se observa en la Tabla 6A, la sumatoria total de puntos de vulnerabilidad que obtiene el grupo de personal esencial es menor en comparación a todos los demás grupos priorizados, lo cual es congruente con la realidad, debido a que, si bien se encuentra en la primera línea de defensa, tiene las competencias y conocimientos para

saber protegerse, dispone a la mano de un equipo de protección personal que lo protege de contagios, y además cuenta con atención priorizada frente a una eventual emergencia.

Asimismo, tanto en sujetos con comorbilidad como en adultos mayores se presenta la mayor puntuación de vulnerabilidad, lo cual es correcto debido a que su situación de salud es de alto riesgo, y, además, es posible encontrarlo en combinación con la mayoría de los grupos priorizados.

Con relación al grupo viviendo en extrema pobreza, tiene menor puntaje que el grupo con co-morbilidad y de adultos mayores, debido a que existe muy baja probabilidad de encontrar a esta población formando parte del personal esencial y por lo tanto su puntuación es igual a cero.

Sin embargo, al comparar la tabla 3A con la tabla 3B es posible apreciar que todos los grupos priorizados (excepto personal esencial) incrementan su puntaje de vulnerabilidad de manera importante debido a su asociación con la extrema pobreza. Este modelo se ajusta muy bien con la realidad, ya que estas combinaciones principalmente con la pobreza extrema conducen a las personas a una situación de alta vulnerabilidad, colocándolos en la peor situación. En consecuencia, la pobreza extrema se convierte en un factor de alta vulnerabilidad, que sola o en combinación con otras formas de vulnerabilidad exponen a las personas a un riesgo mayor de muerte prematura por COVID-19.

27. EL MODELO DEL INCENDIO

Finalmente, he propuesto un modelo final al que he denominado “modelo del incendio”, cuyo propósito es recoger de manera general todos los argumentos anteriormente presentados, con el fin de concatenarlos en un simple escenario, que permita aclarar y defender la propuesta de que la pobreza extrema debería ser

considerada como un criterio de prioridad para la vacunación contra la COVID-19 (Ver figura 2).

De acuerdo con ello, se pueden apreciar dos tipos de poblaciones: Una que surca el río a nado (que representa a la población viviendo en extrema pobreza), mientras que la otra lo hace por medio de botes (población de bajos, medianos y altos ingresos). En ambos casos, la meta es llegar al otro lado de la orilla donde se cuenta con alimento suficiente, al que denominaré “bienestar”. El grupo que atraviesa el río nadando, debe valerse de sus propios medios. Sin embargo, esta acción compromete su propia vida debido a la presencia de “cocodrilos voraces”, que representan a los múltiples factores de riesgo a la que están expuestas las poblaciones en pobreza extrema, tales como enfermedades locales, discriminación, explotación y otras dificultades que en la mayoría de los casos no les permiten alcanzar el bienestar. Sin embargo, al disponer de una vacuna (bote), podrían lograr pasar a la otra orilla; aunque no en las mismas condiciones que los otros grupos que ya lograron pasar a tiempo.

Si algunos tuvieran la oportunidad de subir al bote (acceso a la vacuna) y no fuera oportuno (tiempo de espera) entonces no podrían disfrutar del bienestar alcanzado, debido a la situación de deterioro que les ha ocasionado el incendio (secuelas de la pandemia). Mientras tanto, todavía se pueden apreciar a personas que esperan en la orilla, exponiéndose a la asfixia y a las quemaduras (población sin vacuna), lo cual se irá exacerbando paulatinamente a medida que el incendio (pandemia) avance. En cambio, las demás poblaciones contarán con bomberos que podrán contener temporalmente el incendio (equipo de protección personal o EPP) hasta que puedan subir al bote (vacuna) que ya está reservado para ellas. Si estas personas dieran su lugar a las que están directamente expuestas y que no disponen de acceso al bote (vacuna) podrían también correr un riesgo (personas con co-morbilidad, adultas

mayores, personas con cáncer, etc). Sin embargo, dicho riesgo se minimizaría al menos durante un tiempo mientras actúan los bomberos (EPPs). Ese mismo tiempo no sería de mucha ayuda para los que están nadando por sus propios medios (población viviendo pobreza extrema) debido a que no hay bomberos (EPPs) que los ayuden. Por lo tanto, esperar el mismo tiempo hasta la llegada del bote (Vacuna contra la COVID-19) les podría costar la vida misma.

28. IMPLEMENTACIÓN DEL CRITERIO DE POBREZA EXTREMA EN LA ASIGNACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

En el presente estudio he propuesto considerar la pobreza extrema como un criterio de priorización para la asignación de vacuna contra la COVID-19. Considerando la realidad social de los países estudiados y la situación económica actual que vienen afrontando, la cual difiere entre ellos, he considerado en este estudio adoptar la definición de la pobreza extrema según el Banco Mundial de acuerdo con la cual, una persona se encuentra en la pobreza extrema cuando percibe un ingreso por debajo de 1.9 dólares al día por familia.

En este sentido, un Plan de Vacunación Nacional donde ya se han definido los criterios éticos para establecer a la población objetivo debería responder al siguiente esquema:

Vacunación prioritaria:

- 1.** Personal de la salud, agentes del orden y autoridades de gobierno.
- 2.** Población viviendo en pobreza extrema según la definición del Banco Mundial, sin importar características epidemiológicas, de salud o estado de migración (cualquier edad, sanos o con co-morbilidad, etc).



Figura 2. Modelo del incendio para explicar el impacto de la asignación prioritaria de las vacunas sobre las poblaciones viviendo en pobreza extrema.

3. Población mayor de 65 años.
4. Población con condiciones de salud pre-existentes.
5. Población general menor de 65 años por cronograma de vacunación.

Estrategia de vacunación para población viviendo en pobreza extrema

1. Campaña de difusión y propaganda.
2. Instalación de módulos de vacunación a domicilio.
3. Entrega de víveres por familia vacunada (o bono en tarjeta recargable).
4. Entrega de credencial de vacunación y registro electrónico automático.
5. Censo automático.
6. Entrega de información para la colocación de la siguiente dosis.

CAPÍTULO V

OBJECIONES Y RESPUESTAS

¿Puede el enfoque prioritarista de la ventaja total superar las objeciones que harían del utilitarismo una mejor alternativa para el diseño de un esquema de asignación de vacunas que no incluye la pobreza extrema como un criterio de prioridad?

El objetivo de este capítulo es considerar cinco objeciones frente a los argumentos presentados a favor del enfoque de la ventaja total que defiende la pobreza extrema como un criterio para la priorización de la vacuna contra la COVID-19. Como respuesta a estas objeciones, he considerado cinco contra-argumentos basados en fundamentos filosóficos clásicos y contemporáneos, datos empíricos y bases teóricas de ética aplicada que en su conjunto permitan brindar una sólida defensa de la propuesta presentada.

1. Beneficios de la vacuna contra la COVID-19 según las características de la población.

Podría argumentarse desde un punto utilitarista que priorizar a los que están peor no necesariamente permitirá maximizar los beneficios de la vacunación contra la COVID-19.

Según esta objeción la maximización de la utilidad del recurso (en este caso la vacuna) requeriría su asignación en primer lugar a aquellos que tienen un alto valor instrumental (personal de salud, personal de seguridad) o que por su grado de vulnerabilidad tienen mayor peligro de muerte. Esta objeción es importante porque este enfoque aseguraría la presencia del personal esencial en los establecimientos de salud (EESS) y se reduciría el número de personas mayores ocupando camas UCI. En consecuencia, esta objeción estaría enfocada en optimizar el recurso escaso.

Sin embargo, al buscar el mayor beneficio global, el utilitarismo adopta un carácter agregativo que podría afectar gravemente las opciones de algunos individuos, tales como aquellos que viven en extrema pobreza. Este problema se agravaría si consideramos al plan de vacunación desde un punto de vista contextual e histórico, es decir, sin considerar a la pobreza extrema y la vulnerabilidad epidémica de manera aislada.

Un problema de las concepciones agregativas es que, desde una perspectiva de post-vacunación, el hecho de no considerar a la pobreza extrema como un criterio de prioridad dentro del esquema de asignación de vacunas conllevaría mayores reclamos justificados en comparación con un esquema alternativo que considera este criterio de prioridad.

Frente a las teorías morales agregativas surge como alternativa el enfoque de las quejas Minimax. Este busca minimizar las quejas entre los afectados, de tal manera que se eviten imponer cargas severas sobre un individuo, lo cual resulta como consecuencia de asignar beneficios elementales o pasajeros a la mayor cantidad de personas posibles¹⁷². Por ejemplo, la dexametasona es un medicamento que actúa, entre otras dolencias, aliviando las alergias. Si fuera expandida en un pueblo “X” donde la mayoría de la población sufre de alergias, se convertiría en un medicamento muy solicitado. Sin embargo, también se ha descubierto que puede ser eficaz para ciertos tipos de cáncer como es el caso de la leucemia¹⁷³. Suponiendo que en el pueblo “X” existen solo cinco casos con leucemia, y no hubiera otro medicamento alternativo, la dexametasona marcaría la diferencia entre la vida y la muerte para dichas personas. Ahora bien, si la demanda de dexametasona es alta en el pueblo “X” esto generaría una escasez del medicamento y, por lo tanto, con limitado

¹⁷² Düvel E. (2020) Neither rights nor welfare acontractualist account of risk imposition.

¹⁷³ Larsen, E. C., Devidas, M., Chen, S., Salzer, W. L., Raetz, E. A., Loh, M. L., Mattano, L. A., Jr, Cole, C., Eicher, A., Haugan, M., Sorenson, M., Heerema, N. A., Carroll, A. A., Gastier-Foster, J. M., Borowitz, M. J., Wood, B. L., Willman, C. L., Winick, N. J., Hunger, S. P., & Carroll, W. L. (2016). Dexamethasone and High-Dose Methotrexate Improve Outcome for Children and Young Adults With High-Risk B-Acute Lymphoblastic Leukemia: A Report From Children's Oncology Group Study AALL0232. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(20), 2380–2388. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.62.4544>

acceso, lo cual generaría cargas en la mayoría de la población, sin embargo, estas cargas serían más severas en las cinco personas con leucemia. Como consecuencia de ello, los decisores políticos podrían estar frente a un dilema ético cuya salida sería por demás compleja. Sin embargo, se podría tomar como acción alternativa asignar este fármaco a las cinco personas con leucemia en lugar de todo el pueblo, porque garantizaría reducir la probabilidad de quejas más fuertes en caso de que se concreten los riesgos administrados.

Trasladándonos a un escenario postpandemia en el cual no se han tomado acciones de asignación de vacunas de manera prioritaria, especialmente en aquellas poblaciones que cayeron en la pobreza extrema por la COVID-19 como en aquellas que se encuentran históricamente inmersas en dicha situación, la probabilidad de que se materialice un mayor daño por riesgo de muerte es similar o mayor que otras igualmente priorizadas en los planes de vacunación. Sin embargo, la imposición de riesgo de daño no se limitaría a una estadística de probabilidad sino a una materialización real debido a que cada país conoce el total de sujetos viviendo en pobreza extrema, tal como se mencionó en capítulos anteriores de este trabajo. Por lo tanto, el reclamo de la población general que no es priorizada para la vacunación contra la COVID-19 sería menor en comparación al reclamo de las poblaciones que viven en extrema pobreza. Esto debido a que, al no recibir la vacuna junto con otros grupos priorizados, se ejercería sobre las poblaciones en extrema pobreza una carga severa debido su grado de vulnerabilidad.

De este modo los enfoques agregativos prometen mejores escenarios desde una perspectiva *ante facto*. Sin embargo, desde una perspectiva *post facto*, los reclamos de la población en pobreza extrema serían mayores al no ser considerada como población prioritaria. Esto traería como consecuencia una mayor exposición a riesgos y concreción

de daños, los que podrían resultar más graves a medida que vayan sumando más reclamos asociados también con las causas de la pobreza extrema de cada país.

2. Adopción del QALY como unidad de medida para valorar a quién beneficia la vacuna contra la COVID-19

Podría argumentarse que debido al bajo QALY de las personas que viven en extrema pobreza, es probable que el recurso invertido en ellos no garantice los máximos beneficios en comparación con aquellas poblaciones con mejor QALY y, por ende, con una mejor expectativa de vida.

Con relación a esta objeción, es importante indicar que las particularidades de la vida de las poblaciones en pobreza extrema aún permanecen ajenas al conocimiento y ponderación de los funcionarios, científicos, técnicos y gobiernos. Es por esta razón que los estándares frecuentemente empleados para evaluar la calidad o expectativa de vida no llegan a ser suficientemente sensibles a particularidades como la privación material (viviendas insalubres, falta de alimentos nutritivos), limitado acceso a la atención de salud, falta de poder político, acceso desigual a la justicia, que provocan discriminación, estigmatización, exclusión social e impotencia¹⁷⁴. Como consecuencia de ello, estas poblaciones ven debilitado su poder social para dar a conocer su forma de vida, su capacidad y estrategias para salir adelante maximizando el uso de las limitadas opciones a las que tienen acceso. Esto involucra un tipo de injusticia hermenéutica, la cual tiene lugar “cuando una brecha en los recursos interpretativos colectivos pone a alguien en una

¹⁷⁴ Naciones Unidas. Derechos Humanos. [Publicación en línea] “Los Principios Rectores sobre la Pobreza extrema y los Derechos Humanos”. Palais des Nations CH 1211 Ginebra 10 – Suiza. 2012. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR_ExtremePovertyandHumanRights_SP.pdf> [Consultado el 15 de marzo de 2022]

desventaja injusta cuando se trata de dar sentido a sus experiencias sociales"¹⁷⁵. Por ejemplo, un aspecto importante a considerar son las particularidades de estas poblaciones, las cuales son ignoradas en el diseño de políticas de asignación de recursos médicos escasos. Frente a este problema, un sector de las poblaciones que viven en pobreza extrema se ven obligadas a desarrollar su propia capacidad de resiliencia, como herramienta fundamental para el descubrimiento y fortalecimiento de sus capacidades y recursos, y lograr con ello una mejor calidad de vida¹⁷⁶. Es de resaltar que la injusticia hermenéutica afecta negativamente el diseño de los planes de vacunación, principalmente, porque excluye a los pobres de la esfera de la influencia pública, lo que conlleva a que sus modos de vida y de supervivencia no sean considerados debidamente, trayendo como consecuencia una distorsión de la evaluación de los efectos de la pandemia, las medidas no farmacológicas de control y el proceso de vacunación en general.

Un contraargumento importante sobre las poblaciones viviendo en extrema pobreza con relación a otras poblaciones vulnerables es que también presentan un QALY disminuido. Sin embargo, los planes de vacunación de los cuatro países de este estudio priorizaron de manera contundente a las personas mayores de 65 años, las cuales presentan un QALY igualmente disminuido, traducido en discapacidad y existencia de enfermedades subyacentes. Debido a que estas dolencias disminuyen las capacidades motoras y cognitivas de la población adulta mayor, afectando sus expectativas de vida, es evidente que la priorización se apoya en el nivel de riesgo al que se enfrenta este grupo. Sin embargo, el riesgo que conlleva la no vacunación de quienes viven en la pobreza extrema

¹⁷⁵ Fricker, Miranda (2017). *Injusticia epistémica* (Ricardo García Pérez, Trad.). Barcelona, CT: Herder. P. 300

¹⁷⁶ Murrugarra A. (2007) "Pobreza y resiliencia: Una nueva lectura de un problema complejo". *Bibliopsiquis* (VIII). <<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=pobreza-y-resiliencia-una-nueva-lectura-de-un-problema-complejo>> [Consultado el 15 de marzo de 2022]

es mayor cuando consideramos tanto, su *modus vivendi* particular, como también sus capacidades de resiliencia que, en su conjunto, les permiten maximizar sus opciones y recursos, pero que se ven limitados por la falta de vacunación. Un ejemplo de ello es el comercio ambulatorio el cual involucra a personas en pobreza y pobreza extrema debido a la naturaleza precaria de este trabajo¹⁷⁷. Una característica importante de esta actividad es su informalidad, responsable de haber generado un gran impacto negativo en la economía de estos países durante la pandemia¹⁷⁸ y que, además, contribuyó al incremento de la pobreza extrema debido a las políticas de cuarentena instauradas por los gobiernos¹⁷⁹. En un afán de supervivencia, la mayoría de los vendedores ambulantes demostraron su capacidad de resiliencia ofreciendo su mercadería de puerta en puerta, facilitando el acceso de los residentes hacia productos básicos de la canasta familiar sin la necesidad de que estos tengan que salir a comprarlos. Esta actitud les permitió sobrevivir en las temporadas de mayor porcentaje de casos por COVID-19, pero también los expuso a enfermarse y consecuentemente morir, incrementando los índices de morbi-mortalidad¹⁸⁰. Por tanto, la vacunación prioritaria de estas poblaciones no solo habría sido favorable para brindarles una oportunidad de sobrevivir, sino también para incrementar sus posibilidades de mejora económica, hechos que se concretizaron en algunas poblaciones que demostraron mayor capacidad de resiliencia¹⁸¹.

En consecuencia, si consideramos las dimensiones particulares de la vida en pobreza extrema y los riesgos adicionales de no poder desplegarlas por falta de vacunación, los

¹⁷⁷ Williams M. "La Pobreza y los Trabajadores Ambulantes: El Caso de la Ciudad de México". <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal9/Geografiasocioeconomica/Geografiadelapoblacion/07.pdf>>. [Consultado el 26 de agosto de 2022]

¹⁷⁸ Bautista-Molano et al. *op. cit.*

¹⁷⁹ Bolaño-Ortiz et al. *op. cit.*

¹⁸⁰ Li et al. *op. cit.*

¹⁸¹ Acuña, E. (2021). Emprendimiento y resiliencia: caso de las bodegas de barrio en el Perú durante la pandemia de covid-19. Desde el Sur, 13(1), e0012

planes de vacunación deberían considerar a la pobreza extrema como un criterio de priorización.

3. La donación internacional de vacunas contra la COVID-19 y su efecto sobre la atención de necesidades domésticas del país donador.

Podría argumentarse que una razón para no adoptar la pobreza extrema como criterio de prioridad es que, una vez vacunados los residentes incluidos dentro de los criterios de prioridad receptados (edad, comorbilidades, trabajo esencial), los países deberían dirigir sus esfuerzos de asignación de recursos a otras poblaciones prioritarias dentro del mismo Estado (por ejemplo, comunidades nativas o indígenas) o hacia las poblaciones prioritarias de otros países.

Esta objeción podría aclararse mejor a través del siguiente ejemplo: Suponiendo que aplicamos un plan de asignación de vacunas sin adoptar como criterio de prioridad a la pobreza extrema. Luego de realizar la vacunación de la población prioritaria algunos residentes que viven en pobreza extrema llegarían a ser vacunados por estar comprendidos dentro de otros criterios de priorización, por ejemplo, por presentar enfermedades pre-existentes. Sin embargo, otros individuos que se encuentran dentro de esta población y que viven en pobreza extrema no lograrían recibir la vacuna. Una vez que la población prioritaria ya ha sido vacunada, surgen deberes especiales con el resto de la población local y deberes de asistencia internacional hacia grupos prioritarios en otros países.¹⁸² Como consecuencia de ello, una fracción de la población que requiere atención prioritaria por encontrarse en pobreza extrema sufrirá los mayores efectos

¹⁸² Cuál es el límite de los deberes especiales hacia los residentes y cuándo emergen los deberes de asistencia internacional, es un tema analizado en Emanuel, E. J., Buchanan, A., Chan, S. Y., Fabre, C., Halliday, D., Leland, R. J., Luna, F., McCoy, M. S., Norheim, O. F., Schaefer, G. O., Tan, K. C., & Wellman, C. H. (2021). On the Ethics of Vaccine Nationalism: The Case for the Fair Priority for Residents Framework. *Ethics & international affairs*, 35(4), 543–562. <https://doi.org/10.1017/s0892679421000514>.

negativos debido a las múltiples capas de vulnerabilidad que vienen soportando, las cuales actúan como un efecto dominó¹⁸³, tal como se mencionó previamente en la sección 8.3 “vulnerabilidad”.

Como parte de las guías internacionales adoptadas por diferentes gobiernos del mundo, la OMS estableció que la primera fase de vacunación debe favorecer de manera prioritaria al 3% de la población hasta alcanzar el 20% de cada país que se acoja a dicha propuesta¹⁸⁴, con el fin de reducir los índices estándar de años de vida perdidos esperados (SEYLL por sus siglas en inglés) y por ende las muertes prematuras. Si bien esta fase busca favorecer a los que están peor, que incluye a aquellos sujetos con alto riesgo de muerte, con mayores probabilidades de transmitir la infección o con mayor riesgo de infección inicial, desafortunadamente no incluye a la pobreza extrema. Esta en cambio, aparece recién como prioridad en la segunda fase.

Si esta propuesta, previamente adoptada por COVAX¹⁷³, fuera asumida por los diferentes Estados, estos mantendrían una deuda con quienes se encuentran actualmente en pobreza extrema por no haber sido priorizados antes que la población general local y poblaciones no residentes que pertenecen a otros grupos prioritarios. Tal es el caso de Argentina, que tras afrontar un índice de pobreza extrema de 10% (aproximadamente 3 millones de personas) realizó donaciones de vacunas contra la COVID-19 a 12 países de África y Latinoamérica, justificando que los lotes de dichas vacunas estaban por vencer¹⁸⁵. Es probable que el trabajo logístico para lograr su distribución hacia sus propias poblaciones viviendo en extrema pobreza habría resultado más costoso que su exportación hacia otros

¹⁸³ Luna, F. *op. cit.*

¹⁸⁴ World Health Organization. “A Global Framework to Ensure Equitable and Fair Allocation of COVID-19 Products and Potential implications for COVID-19 Vaccines”. 18 June 2020 <<https://bit.ly/32rhHPb>> [Consultado el 26 de agosto de 2022]

¹⁸⁵ Telesur. [Publicación en línea]. “Argentina Donates COVID-19 Vaccines to 12 Countries” <<https://www.telesurenglish.net/news/Argentina-Donates-COVID-19-Vaccines-to-12-Countries-20220131-0001.html>> 31 January 2022.

países. Si fuera este el caso, sin embargo, el deber moral de asistir a otros sin que ello demande mayor gasto de recursos resulta la acción éticamente requerida. No obstante, mi contrargumento afirma que, si bien es un deber moral atender obligaciones no costosas, la falta de atención o priorización a sujetos que están peor por su misma condición de escasez no sería definitivamente moral. Esta aseveración se basa en la importancia moral marginal que ella representa (Ver punto 15 sobre Prioritarismo). Asimismo, algunos países como Perú y Brasil consideraron dentro de sus planes de vacunación la estrategia territorial, es decir, sin importar la dificultad de acceso o la distancia, dichos gobiernos hicieron sus mayores esfuerzos económicos y logísticos para asegurar la asignación de las vacunas hacia poblaciones rurales, comunidades tradicionales y originarias, que son justamente los que sufren de pobreza y extrema pobreza.

En consecuencia, si un país conoce que un porcentaje de su población sufre de extrema pobreza, esta información no debería trascender más allá de una simple estadística. En su lugar, se deberían tomar acciones enfocadas en concentrar esfuerzos para prestar atención en quien clama una determinada necesidad como urgente, actitud que adquiriere un mayor valor moral cuando se prioriza a quien se encuentra en una situación peor¹⁸⁶.

4. La pobreza extrema como magnitud alternativa a las necesidades básicas o capacidades.

Podría argumentarse que, en lugar de considerar a la pobreza extrema como criterio de priorización para la vacunación, se deberían tomar como criterio de priorización las necesidades básicas insatisfechas o las capacidades comprometidas.

¹⁸⁶ Ribotta S. (2015). "Redistribución de recursos y derechos sociales. La tensión entre igualdad y prioridad". DERECHOS Y LIBERTADES. Número 35, Época II, junio 2016, pp. 235-264. DOI: 10.14679/1034

Al respecto es importante mencionar que el enfoque de las necesidades básicas propuesto por Maslow¹⁸⁷ y desarrollada por Doyal & Gough¹⁸⁸ sostiene que el ser humano tiene intereses universales y objetivos, los cuales constituyen una condición para su propia vida tales como la salud física y la autonomía personal, las que de no ser satisfechas podrían ocasionar un daño grave y objetivo¹⁸⁹. En tanto, el enfoque de las capacidades afirma que toda persona debería poder realizar una serie de funcionamientos que son fundamentales, factibles y a libre elección^{190,191}, la cual se realiza a través de la interacción y el aprendizaje de otros¹⁹².

Ambos enfoques dan cuenta de las particularidades de los contextos de cada país y región acomodándose mejor a los factores contextuales e históricos mencionados al considerar la segunda objeción. De modo que no se excluye la posibilidad de que los planes de vacunación adopten estos enfoques y magnitudes para establecer criterios de prioridad. Sin embargo, este estudio intenta evaluar el modo en que los planes de vacunación consideran a la pobreza en cuatro países de la región. Por lo tanto, la pobreza extrema ofrece un indicador que nos permite analizar los cuatro países seleccionados simultánea y comparativamente.

De otro lado, este estudio no se limita a analizar la situación de la población de un país en particular, sino más bien de un grupo de países que vienen experimentando disímiles realidades socio-económicas a lo largo de su historia, y que a raíz de ello lograron alcanzar niveles de crecimiento social, económico y cultural diferentes. Desde esa

¹⁸⁷ Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev.* 1943;50(4):370.

¹⁸⁸ Doyal L, Gough I. *A Theory of Human Need*, Macmillan, 1991.

¹⁸⁹ Parellada R. (2008) "Necesidades, capacidades y valores". *Papeles* N° 102.

¹⁹⁰ M. Nussbaum. (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach*, CUP.

¹⁹¹ Robeyns I & Byskov, MF "The Capability Approach", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = [<https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/capability-approach/>](https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/capability-approach/)

¹⁹² Gough, I. (2007) El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles* N° 100.

perspectiva, las necesidades básicas insatisfechas o las capacidades no garantizadas de cada país son absolutamente heterogéneas porque dependen de cada sociedad en particular y los distintos contextos sociales, políticos y económicos. Por esa razón, el presente estudio acoge la pobreza extrema como criterio de prioridad en función de la definición presentada por el Banco Mundial, la cual ofrece un criterio universal que se puede emplear de igual modo en los cuatro países, y concomitantemente en cualquier país del mundo. En consecuencia, el argumento a favor de la adopción de la pobreza extrema como magnitud éticamente relevante es de carácter metodológico antes que sustancial.

5. El enfoque de la ventaja total y las políticas domésticas de cada país en la asignación de la vacuna contra la COVID-19.

Podría argumentarse que cada país persigue y debe perseguir sus propios intereses nacionales y, como consecuencia de ello, encuentre menos apropiado adoptar el enfoque de la ventaja total al momento de asignar con prioridad la vacuna contra la COVID-19. Esto compromete la factibilidad del enfoque aquí propuesto.

Si bien el presente estudio considera que la pobreza extrema debe ser un criterio de priorización en la asignación de vacunas, es indudable que muchos países preferirán en su lugar acogerse a otras políticas de priorización. Ejemplo de ello es Chile cuyo Plan de Vacunación no considera a las poblaciones viviendo en extrema pobreza. Por el contrario, propone requisitos de acceso a la vacuna de difícil cumplimiento para los grupos de bajos ingresos económicos, especialmente para la población migrante extranjera.

Aun así, el fin de la presente tesis no es criticar ni mucho menos proponer cambios en los planes de los gobiernos en términos de vacunación, sino mostrar que existe una población que, en niveles de vulnerabilidad y de justicia social, se encuentra en la peor situación y que de no ser priorizada se expondría a una muerte prematura o a condiciones de vida

nuda¹⁹³. Este grado de desventaja conduce al concepto de la “maldad de la muerte”, la cual incide en la cantidad de vida perdida y el grado de desarrollo cognitivo del individuo. Para el caso de las poblaciones viviendo en extrema pobreza las cuales desde ya presentan una menor expectativa de vida, al no ser priorizadas en la vacunación, se les estaría exponiendo a una muerte prematura. En consecuencia, al ser una población relativamente joven con relación a otras que tienen acceso a mayores recursos, estarían en la peor situación de desventaja por la cantidad de años perdidos debido a la “maldad de la muerte”. Asimismo, considerando la visión gradualista, la maldad de la muerte depende de la cantidad de vida que se pierde prematuramente. En consecuencia, la muerte les quita a estas poblaciones la posibilidad de permanecer unificadas psicológicamente con la vida futura y con aquellas características cognitivas que hacen que la vida futura sea importante, tales como las creencias y los deseos perdurables, las intenciones dirigidas al futuro, las disposiciones establecidas, entre otras. Es más, se considera que la visión gradualista de la maldad de la muerte tiene implicaciones importantes para las decisiones sobre cómo gastar dinero en salud. Por estas razones, aquellos gobiernos que acojan perspectivas prioritaristas para la asignación de la vacuna definitivamente considerarán como criterio de priorización a la pobreza extrema.

¹⁹³ Se entiende como vida nuda a aquella “a la que cualquiera puede dar muerte impunemente y, al mismo tiempo, la de no poder ser sacrificada de acuerdo con los rituales establecidos; es decir, la vida *uccidibile* e *insacrificabile* del homo sacer y de las figuras análogas a él”. Fragmento extraído de Agamben, G. (2013). “Homo sacer”. El poder soberano y la nuda vida. Pre-Textos, Valencia.

CAPÍTULO VI

29. CONCLUSIONES

- La pandemia por COVID-19 afecta negativamente a aquellas poblaciones que viven en extrema pobreza, incrementando la mortalidad, y conduciendo a nuevas poblaciones pobres a situación de pobreza extrema.
- La estrategia de vacunación contra la COVID-19 en los países seleccionados siguió un enfoque tanto utilitarista como prioritarista, y se apoyó principalmente en las recomendaciones de los organismos internacionales.
- Las poblaciones en extrema pobreza vieron incrementada su exposición a la desigualdad y vulnerabilidad debido a la Pandemia y a la poca o nula oportunidad de vacunación frente a la COVID-19.
- El enfoque prioritarista es el más adecuado para el diseño de planes/programas de asignación de la vacuna contra la COVID-19 tomando en cuenta la realidad de pobreza extrema de los cuatro países sudamericanos incluidos en este estudio, principalmente por su importancia moral marginal, ya que permite lograr el bienestar de quienes están peor.
- El enfoque prioritarista permite la asignación de la vacuna a quien por su condición de estar peor presenta un mayor DALY y menor QALY. Si bien considera legítimo tomar en cuenta el costo económico que significa su atención, este pasa a un segundo plano cuando el valor supremo de la vida está en juego.
- El prioritarismo considera que la población en extrema pobreza se encuentra en la peor situación y por esa razón estima que debe ser priorizada mientras que el utilitarismo, siguiendo los principios de eficiencia y equidad se inclina por la población adulta mayor de 65 y personas con co-morbilidad en razón de términos

de valor instrumental debido a que su atención demandaría mayores gastos de hospitalización y menor contribución económica a la sociedad.

- El enfoque prioritarista muestra una mayor sensibilidad frente al origen estructural e histórico de la pobreza extrema la cual se aliena perfectamente con la realidad de los países analizados en el presente estudio
- La pobreza extrema debe ser adoptada como un criterio de prioridad en los planes de vacunación contra el SARS-CoV2 en Sudamérica porque evitaría el incremento y la severidad del daño y permitiría la supervivencia de quienes están peor. Este análisis es congruente con el sistema de puntuación de vulnerabilidad que coloca a la pobreza extrema en un nivel similar a de otros grupos priorizados y con el modelo del incendio donde se hace evidente la amenaza al que se expone esta población si no es priorizada.
- Al defender la priorización de la vacunación en la población en extrema pobreza, el enfoque de la ventaja total permite minimizar las quejas que surgen frente a las cargas severas impuestas por la COVID-19, en contraste con el enfoque utilitarista que busca el mayor beneficio global, cuyo carácter agregativo no contabiliza el costo de concreción del riesgo por la no asignación de la vacuna en poblaciones que se encuentran en desventaja histórica y estructural.
- El enfoque de la ventaja total brinda la oportunidad de hacer visible la pobreza extrema frente a la sociedad a través del despliegue de sus particularidades, lo cual promueve la sensibilización de los decisores políticos para su inclusión en los programas de vacunación contra la COVID-19, logrando con ello la oportunidad de desarrollar su poder de resiliencia y minimizando las consecuencias de la injusticia hermenéutica.

- La atención o priorización de las poblaciones en pobreza extrema obedecen a un deber moral marginal que va más allá del costo que implica su atención.
- El estudio, evaluación y planificación de los futuros planes de asignación de vacunas contra la COVID-19 debería priorizar a las poblaciones con pobreza extrema y no sobre la base de la definición de las capacidades básicas insatisfechas porque estas son heterogéneas.
- La maldad de la muerte otorga mayor peso a la población que vive en pobreza extrema a ser priorizada en la vacunación contra la COVID-19, siempre y cuando los países que así lo consideren estén alineados con el enfoque de la ventaja total.
- Las evidencias y reflexiones éticas propuestas en esta tesis sobre la asignación de la vacuna contra la COVID-19 en poblaciones en extrema pobreza podrían servir de base para el desarrollo y la implementación de futuros planes de asignación de vacunas frente a otras enfermedades y emergencias sanitarias.

30. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo I, Castellani F, Flores I, Lotti G, Székely M. (2021) [Publicación en línea]. “Implicaciones sociales del Covid-19: Estimaciones y alternativas para América Latina y El Caribe”. Banco Interamericano de Desarrollo. <<https://publications.iadb.org/es/implicaciones-sociales-del-covid-19-estimaciones-y-alternativas-para-america-latina-y-el-caribe>> [Consultado el 22 de setiembre de 2021]

Acharya KP, Ghimire TR, Subramanya SH. Access to and equitable distribution of COVID-19 vaccine in low-income countries. *NPJ Vaccines*. 2021;6(1):54. doi: 10.1038/s41541-021-00323-6

Acuña, E. (2021). Emprendimiento y resiliencia: caso de las bodegas de barrio en el Perú durante la pandemia de covid-19. *Desde el Sur*, 13(1), e0012

Pereira, A (2021). “Los retos de vacunar en los barrios más pobres de Argentina” [Publicación en línea]. <https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-argentina--cr%C3%B3nica-_los-retos-de-vacunar-en-los-barrios-m%C3%A1s-pobres-de-argentina/46725796> [Consultado el 22 de enero de 2023]

Andrus JK et al. “Perspectives on Battling COVID-19 in Countries of Latin America and the Caribbean”. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2020;103(2):593-596. Doi: 10.4269/ajtmh.20-0571.

Arras JD. “Methods in Bioethics, The way we reason now”. Edited by Children J. & Adams M. Oxford University Press 2017. pp 224.

Bautista-Molano W, Ferreyra Garrot L, Toro C; PANLAR Joven. Exploring the Impact of COVID-19 in Latin America. *J Clin Rheumatol*. 2020 Sep;26(6):218-219. doi: 10.1097/RHU.0000000000001523.

Bawah, A. A., Phillips, J. F., Adjuik, M., Vaughan-Smith, M., Macleod, B., & Binka, F. N. (2010). The impact of immunization on the association between poverty and child survival: evidence from Kassena-Nankana District of northern Ghana. *Scandinavian journal of public health*, 38(1), 95–103. <https://doi.org/10.1177/1403494809352532>

Benfer EA. “Health Justice: A Framework (and Call to Action) for the Elimination of Health Inequity and Social Injustice”. *Am Univ Law Rev*. 2015;65(2):275-351

Benites, E., Gislotti, L. J., & de Oliveira Roque, F. (2021). Brazil: Boost COVID-19 vaccine uptake in Indigenous people. *Nature*, 591(7850), 369.

Berniell L. “Demografía y pandemia: qué revelan las muertes por Covid-19 en América Latina”. *Blog del Banco de Desarrollo de América Latina*. 9 de octubre de 2020. [Publicación en línea] <<https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2020/10/demografia-y-pandemia/>> [Consultado el 13 de octubre de 2021]

Bianchetti A, Bellelli G, Guerini F, Marengoni A, Padovani A, Rozzini R, Trabucchi M (2020). Improving the care of older patients during the COVID-19 pandemic. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(9):1883-1888.

Bolaño-Ortiz TR, Camargo-Caicedo Y, Puliafito SE, Ruggeri MF, Bolaño-Díaz S, Pascual-Flores R, Saturno J, Ibarra-Espinosa S, Mayol-Bracero OL, Torres-Delgado E, Cereceda-Balic F. (2020). Spread of SARS-CoV-2 through Latin America and the Caribbean region: A look from its economic conditions, climate and air pollution indicators. *Environ Res.* 191:109938. doi: 10.1016/j.envres.2020.109938.

Borges, M., Silva, I., & Koifman, R. (2020). Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciencia & saúde coletiva*, 25(6), 2237–2246.

Bourgignon F. (1999). “Absolute poverty, relative deprivation and social exclusion”. [Publicación en línea]. <<https://gdsnet.org/BourgignonRelativeDeprivation.pdf>> [Consultado el 23 de diciembre de 2021].

Brisse M, Vrba SM, Kirk N, Liang Y, Ly H. Emerging Concepts and Technologies in Vaccine Development. *Front Immunol.* 2020;11:583077. doi: 10.3389/fimmu.2020.583077

Butler P. (2021). “Jaw-dropping’ fall in life expectancy in poor areas of England, report finds” [Publicación en línea]. <<https://www.theguardian.com/uk-news/2021/jun/30/life-expectancy-key-to-success-of-levelling-up-in-uks-poorer-areas-covid-pandemic>> [Consultado el 27 de abril de 2022]

Calcagno AE (2013). La situación económica de la Argentina. *Economía* (12):36e

Caloca O, Leriche C, Briseño N.(2017). La pobreza desde las teorías de Ricardo y Sen. *Análisis Económico*, XXXII(79),149-176. [Consultado el 23 de Diciembre de 2021]

Cancio SJ. “Pobreza Global: La Responsabilidad de los individuos y sus implicancias para los Estados”. [Publicación en línea] Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. <<http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/724/>> [Consultado el 11 de octubre de 2021]

Canzian F. (2021). “Brasil começa 2021 com mais miseráveis que há uma década” [Publicación en línea]. <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2021/01/brasil-comeca-2021-com-mais-miseraveis-que-ha-uma-decada.shtml> [Consultado el 23 de noviembre de 2021]

Center for Disease Control and Prevention. “Economic Impact of NCDs”. [Publicación en línea]. <<https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/ncd/economic-impact.html>> [Consultado el 14 de junio de 2022]

CEPAL (2021). [Publicación en línea]. “Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021. Los desafíos de la política fiscal en la recuperación transformadora pos-COVID-19”. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46808/1/S2100170_es.pdf> [Consultado el 15 de abril de 2022]

Chang, A. Y., Riumallo-Herl, C., Perales, N. A., Clark, S., Clark, A., Constenla, D., Garske, T., Jackson, M. L., Jean, K., Jit, M., Jones, E. O., Li, X., Suraratdecha, C., Bullock, O., Johnson, H., Brenzel, L., & Verguet, S. (2018). The Equity Impact Vaccines

May Have On Averting Deaths And Medical Impoverishment In Developing Countries. *Health affairs (Project Hope)*, 37(2), 316–324. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0861>

Cifuentes-Faura J. COVID-19 Mortality Rate and Its Incidence in Latin America: Dependence on Demographic and Economic Variables. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6900. doi: 10.3390/ijerph18136900.

Comisión Económica para América latina y el Caribe (2020). “Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2020”. [Publicación en línea] <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46501/9/BP2020_Brasil_es.pdf> [Consultado el 23 de diciembre de 2021]

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). “Panorama Social de América Latina, 2020” [Publicación en línea]. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46687/8/S2100150_es.pdf> [Consultado el 13 de setiembre de 2021]

Consejo Nacional para la Superación de la Pobreza. [Publicación en línea] “La Pobreza en Chile: Un Desafío de Equidad e Integración Social”. <<http://www.superacionpobreza.cl/cp/pobreza-en-chile-un-desafio-de-equidad-e-integracion-social/>> [Consultado el 22 de setiembre de 2021]

Cowell, F. (2011) *Measuring Inequality*, 3rd ed.; Oxford University Press: Oxford, UK

Daniels, N., (1996), *Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 21–46.

Davies, R., Ives, J., & Dunn, M. (2015). A systematic review of empirical bioethics methodologies. *BMC medical ethics*, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0010-3>

Demenech, L. M., Dumith, S. C., Vieira, M., & Neiva-Silva, L. (2020). Income inequality and risk of infection and death by COVID-19 in Brazil. *Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 23, e200095. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>

Díaz G, Kessler G, della Paorela G, Karczmarczyk M. (2020). “Impacto social del COVID-19 en Argentina”. [Publicación en línea] <<https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2020/10/197-DT-PS-Impacto-social-del-COVID-19-en-Argentina.-D%C3%ADaz-Langou-Kessler...-1.pdf>> [Consultado el 27 de setiembre de 2021]

Divulgação e coleta de números da COVID-19 no Brasil em tempo real. [Publicación en línea] <<https://coronavirusbra1.github.io/>> [Consultado el 22 de febrero de 2022]

Dos Santos Costa, A. C., Ahmad, S., & Essar, M. Y. (2021). Vaccination: Brazil fails Indigenous people again with two-tier scheme. *Nature*, 593(7860), 510.

Doyal L, Gough I. *A Theory of Human Need*, Macmillan, 1991.

Düvel E. (2021) Neither rights nor welfare. A contractualist account of risk imposition. Doctoral thesis. [Publicación en línea] <https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/download/pdf/5950083?originalFilename=true> [Consultado el 23 de agosto de 2023]

Emanuel E, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *New Engl J Med*; 382 (21): 2049-2055.

Emanuel EJ, Persad G, Kern A, Buchanan A, Fabre C, Halliday D et al. (2020). An ethical framework for global vaccine allocation. *Science*. 369(6509):1309-1312.

Emanuel, E. J., Buchanan, A., Chan, S. Y., Fabre, C., Halliday, D., Leland, R. J. et al. (2021). On the Ethics of Vaccine Nationalism: The Case for the Fair Priority for Residents Framework. *Ethics & international affairs*, 35(4), 543–562.

Equipo de Coordinación Sociosanitaria del Departamento de Salud Vasco (2020). [Publicación en línea]. “Impacto de las desigualdades sociales en la vulnerabilidad epidemiológica por COVID-19” <<https://www.euskadi.eus/noticia/2020/impacto-de-las-desigualdades-sociales-en-la-vulnerabilidad-epidemiologica-por-covid-19/web01-a2inform/es/>>. [Consultado el 3 de diciembre de 2021]

Excler JL, Privor-Dumm L, Kim JH. Supply and delivery of vaccines for global health. *Curr Opin Immunol*. 2021;71:13-20. doi: 10.1016/j.coi.2021.03.009

Expansión. Chile-Población. (2020. [Publicación en línea] <<https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/chile>> [Consultado el 22 de febrero de 2022]

Expansión. Datosmacro.com (2020). [Publicación en línea] “Brasil-Población”. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/brasil> [Consultado el 23 de noviembre de 2021]

Feito L. (2007) “Vulnerabilidad”. [Publicación en línea] *An. Sist. Sanit. Navar*. 30 (Supl. 3): 7-22. [Consultado el 3 de diciembre de 2021]

Filgueira & Peri. (2004). “América Latina: los rostros de la pobreza y sus causas determinantes”. [Publicación en línea]. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7192/1/S045458_es.pdf> [Consultado el 13 de setiembre de 2021]

Fricker, Miranda (2017). *Injusticia epistémica* (Ricardo García Pérez, Trad.). Barcelona, CT: Herder. 300 p. [Publicación en línea]. <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7004763>> [Consultado el 21 de setiembre de 2022]

Galán-Rodas, Edén, Tarazona-Fernández, Augusto, & Palacios-Celi, Miguel. (2020). Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Médica Peruana*, 37(2), 119-121. <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.1033>

Gallo Marin, B., Aghagoli, G., Lavine, K., Yang, L., Siff, E. J., Chiang, S. S., Salazar-Mather, T. P., Dumenco, L., Savaria, M. C., Aung, S. N., Flanigan, T., & Michelow, I. C. (2021). Predictors of COVID-19 severity: A literature review. *Reviews in medical virology*, 31(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/rmv.2146>

Gasmi, A., Peana, M., Pivina, L., Srinath, S., Gasmi Benahmed, A., Semenova, Y., Menzel, A., Dadar, M., & Bjørklund, G. (2021). Interrelations between COVID-19 and other disorders. *Clinical immunology (Orlando, Fla.)*, 224, 108651.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1204–1222.

Germán Zurriarán, Roberto. (2008). El utilitarismo ético en la investigación biomédica con embriones humanos. *Persona y Bioética*, 12(1), 16-28. [Publicación en línea]. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100003&lng=en&tlng=es> [Consultado el 24 de enero de 2022]

Gobierno del Perú. (2020) “Ley que propone el fortalecimiento de la cadena de frío de Vacunas contra la COVID-19 en el Sistema de Salud a nivel Nacional, Regional y Local” (2020). [Publicación en línea]. <https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2020/covid19/files/pl06307-2020-cadena_de_frio.pdf> [Consultado el 08 de diciembre de 2021]

Gonzales G. (2021). “Cifras y planes de vacunación en América Latina” [Publicación en línea]. <<https://www.dw.com/es/cifras-y-planes-de-vacunaci%C3%B3n-en-am%C3%A9rica-latina/a-56128462>> [Consultado el 24 de noviembre de 2021]

Gough, I. (2007) El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles N° 100*.

Gozza MA, Fontana RM. (2020) [Publicación en línea] “Impacto de una pandemia en la economía Argentina”. Universidad Nacional de San Martín. <<https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/1310/1/TFPP%20EEN%202020%20GMA-FMR.pdf>>. [Consultado el 27 de setiembre de 2021].

Gutierrez, J. P., & Bertozzi, S. M. (2020). Non-communicable diseases and inequalities increase risk of death among COVID-19 patients in Mexico. *PLOS ONE*, 15(10), e0240394. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240394>

Instituto Peruano de Economía. [Publicación en línea]. “La pobreza extrema en el Perú aumentó en el 2019”. <<https://www.ipe.org.pe/portal/la-pobreza-extrema-en-el-peru-aumento-en-el-2019/>> [Consultado el 22 de setiembre de 2021]

Haghpanah F, Lin G, Levin SA, Klein E. Analysis of the potential impact of durability, timing, and transmission blocking of COVID-19 vaccine on morbidity and mortality. *EClinicalMedicine*. 2021;35:100863. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100863.

Harrison Ch, Horwitz L, Zissis C. Americas Society Council of the Americas (2022). Cronología: Rastreado el camino hacia la vacunación en América Latina. [Publicación en línea]. <<https://www.as-coa.org/articles/cronologia-rastreado-el-camino-hacia-la-vacunacion-en-america-latina>> [Consultado el 22 de febrero de 2022]

Hilsenrath, P., & Borders, T. (2020). Ethics and Economics of the COVID-19 Pandemic in the United States. *Health services research and managerial epidemiology*, 7, 2333392820957661. <https://doi.org/10.1177/2333392820957661>

Instituto Nacional de Estadística de Chile (2021). “Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020” [Publicación en línea] <https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=5bdc44de_4> [Consultado el 15 de diciembre de 2021]

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020) “Perú: Condiciones de vida de las poblaciones en riesgo ante la pandemia del COVID-19”. [Publicación en línea] <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1745/libro.pdf> [Consultado el 22 de diciembre de 2021]

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). “Evolución de la pobreza monetaria 2009 - 2020” [Publicación en línea]. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/pobreza2020/Pobreza2020.pdf [Consultado el 14 de setiembre de 2021]”.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Publicación en línea]. “Perú: Estado de la Población en el año del Bicentenario, 2021”. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1803/libro.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. República de Argentina. [Publicación en línea]. “Pobreza” <<https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-46>> [Consultado el 22 de setiembre de 2021].

International Federation of Red Cross And Red Crescent Societies. (2022). “Americas: Five million more people in extreme poverty and highly exposed to disasters after two years of COVID-19 pandemic”. [Publicación en línea] <<https://reliefweb.int/report/panama/americas-five-million-more-people-extreme-poverty-and-highly-exposed-disasters-after>> [Consultado el 25 de abril de 2022]

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

Lagman J. (2021). Vaccine nationalism: a predicament in ending the COVID-19 pandemic. *Journal of public health (Oxford, England)*, 43(2), e375–e376.

Larsen, E. C., Devidas, M., Chen, S., Salzer, W. L., Raetz, E. A., Loh, M. L., Mattano, L. A., Jr, Cole, C., Eicher, A., Haugan, M., Sorenson, M., Heerema, N. A., Carroll, A. A., Gastier-Foster, J. M., Borowitz, M. J., Wood, B. L., Willman, C. L., Winick, N. J., Hunger, S. P., & Carroll, W. L. (2016). Dexamethasone and High-Dose Methotrexate Improve Outcome for Children and Young Adults With High-Risk B-Acute Lymphoblastic Leukemia: A Report From Children's Oncology Group Study AALL0232. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 34(20), 2380–2388. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.62.4544>

Li, S. L., Pereira, R., Prete, C. A., Jr, Zarebski, A. E., Emanuel, L., Alves, P., Peixoto, P. S., Braga, C., de Souza Santos, A. A., de Souza, W. M., Barbosa, R. J., Buss, L. F., Mendrone, A., de Almeida-Neto, C., Ferreira, S. C., Salles, N. A., Marcilio, I., Wu, C. H., Gouveia, N., Nascimento, V. H., ... Messina, J. P. (2021). Higher risk of death from COVID-19 in low-income and non-White populations of São Paulo, Brazil. *BMJ global health*, 6(4), e004959. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-004959>

Liu Min, Cheng Shou-Zhen, Xu Ke-Wei, Yang Yang, Zhu Qing-Tang, Zhang Hui et al. Use of personal protective equipment against coronavirus disease 2019 by healthcare professionals in Wuhan, China: cross sectional study *BMJ* 2020; 369 :m2195. doi: 10.1136/bmj.m2195

López-Feldman A, Chávez C, Vélez MA, Bejarano H, Chimeli AB, Féres J, Robalino J, Salcedo R, Viteri C. Environmental Impacts and Policy Responses to Covid-19: A View from Latin America. *Environ Resour Econ* (Dordr). 2020 Jul 13:1-6. doi: 10.1007/s10640-020-00460-x.

Luna F. “Identifying and evaluating layers of vulnerability - a way forward”. *Dev World Bioeth*. 2019;19(2):86-95.

Lyonned J. (2021). “Demora de 30 días en homologación de vacunas frena los viajes a Chile”. [Publicación en línea] <https://www.hosteltur.com/lat/147789_demora-de-30-dias-en-homologacion-de-vacunas-frena-los-viajes-a-chile.html> [Consultado el 15 de diciembre de 2021]

M. Nussbaum. (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach*, CUP.

Martinez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. (2021). Life expectancy, healthy life expectancy, and burden of disease in older people in the Americas, 1990–2019: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45: e114. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.114>

Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;50(4):370.

Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino Ch, Hasell J, Macdonald B, Dattani S, Beltekian D, Ortiz-Ospina E, & Roser M. (2020). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. [Publicación en línea] https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL [Consultado el 19 de enero de 2023]

Maxmen A. (2021). Inequality's deadly toll. *Nature*, 592. <<https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-021-00943-x/d41586-021-00943-x.pdf>> [Consultado el 3 de diciembre de 2021]

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

Ministerio da Saude Brasil (2021). “Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19”. 11ª edição. [Publicación en línea] <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view>> [Consultado el 30 de noviembre de 2021]

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. [Publicación en línea] “Informe Desarrollo Social 2020”. <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2020.pdf> [Consultado el 22 de setiembre de 2021]

Ministerio de Salud Argentina. (2020) “Plan estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina”. [Publicación en línea]. <<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/plan-estrategico-para-la-vacunacion-contra-la-covid-19-en-argentina>> [Consultado el 30 de noviembre de 2021]

Ministerio de Salud de Argentina. Monitor Público de Vacunación. [Publicación en línea] <<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>> [Consultado el 22 de febrero de 2022]

Ministerio de Salud de Chile – Departamento de Inmunizaciones. (2021) “Estrategia capullo: Vacuna anti SARS-CoV-2 en cuidadores de pacientes pediátricos con necesidades especiales en la atención de salud” [Publicación en línea] <<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/ESTRATEGIA-CAPULLO-CUIDADORES-PACIENTES-PEDIATRICOS-CON-NECESIDADES-ESPECIALES-EN-LA-ATENCION-DE-SALUD-.pdf>> [Consultado el 14 de diciembre de 2021]

Ministerio de Salud de Chile (2021). “Validación de información de vacunas recibidas en el extranjero” [Publicación en línea] <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/2021.07.28_VALIDACION-DE-INFORMACION-DE-VACUNAS-RECIBIDAS-EN-EL-EXTRANJERO.pdf> [Consultado el 15 de diciembre de 2021]

Ministerio de Salud de Chile. (2013). “Información de Situación Epidemiológica. Tos Ferina o Coqueluche. Semana epidemiológica 1 al 23”. [Publicación en línea] <<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/1151/2367%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consultado el 14 de diciembre de 2021]

Ministerio de Salud de Chile. (2021) “Complementa Resolución Exenta N° 1138 de 2020, del Ministerio de Salud que aprueba Lineamientos Técnico Operativos Vacunación SARS-CoV-2” [Publicación en línea] < <https://www.minsal.cl/wp->

content/uploads/2021/02/RES.-EXENTA-N-136_.pdf> [Consultado el 14 de diciembre de 2021]

Ministerio de Salud de Chile. “Lineamientos Técnicos Operativos Vacunación contra SARS-CoV2 2021” [Publicación en línea]. Febrero 2021.< <https://oiss.org/se-aprueba-lineamientos-tecnico-operativos-vacunacion-sars-cov-2/>> [Consultado el 29 de noviembre de 2021]

Ministerio de Salud de Perú. [Publicación en línea] “Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Resolución Ministerial 848-2020/MINSA”. <<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1293043-848-2020-minsa>> [Consultado el 24 de noviembre de 2021]

Ministerio de Salud del Perú (2021). “Documento técnico: Plan Nacional Actualizado de vacunación contra la COVID-19”. [Publicación en línea] <<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1805113/Plan%20Nacional%20Actualizado%20contra%20la%20COVID-19.pdf>> [Consultado el 24 de noviembre de 2021]

Miñán, W. Costo de canasta básica de alimentos subiría a S/ 806 por alza de precios. [Publicación en línea] < <https://gestion.pe/economia/canasta-basica-costodecanastabasica-de-alimentos-subiria-a-s-806-por-alza-de-precios-apoyo-consultoria-noticia/?ref=gesr>>

Monahan, C., Macdonald, J., Lytle, A., Apriceno, M., & Levy, S. R. (2020). COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society. *The American psychologist*, 75(7), 887–896. <https://doi.org/10.1037/amp0000699>

Murrugarra A. (2007) “Pobreza y resiliencia: Una nueva lectura de un problema complejo”. *Bibliopsiquis* (VIII). <<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=pobreza-y-resiliencia-una-nueva-lectura-de-un-problema-complejo>> [Consultado el 15 de marzo de 2022]

Naciones Unidas. [Publicación en línea] El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe. < https://peru.un.org/sites/default/files/2020-07/SG%20Policy%20brief%20COVID%20LAC%20%28Spanish%29_10%20July_0.pdf > [Consultado el 27 de octubre de 2021]

Naciones Unidas. Derechos Humanos. [Publicación en línea] “Los Principios Rectores sobre la Pobreza extrema y los Derechos Humanos”. Palais des Nations CH 1211 Ginebra 10 – Suiza. 2012. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR_ExtremePovertyandHumanRights_SP.pdf> [Consultado el 15 de marzo de 2022]

Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C. G., Ma, W., Mehta, R. S., Warner, E. T., Sikavi, D. R., Lo, C. H., Kwon, S., Song, M., Mucci, L. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Eliassen, A. H., Hart, J. E., Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., Davies, R. Coronavirus Pandemic Epidemiology Consortium (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet. Public health*, 5(9), e475–e483. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)

Nhamo G, Chikodzi D, Kunene HP, Mashula N. COVID-19 vaccines and treatments nationalism: Challenges for low-income countries and the attainment of the SDGs. *Glob Public Health*. 2021;16(3):319-339. doi: 0.1080/17441692.2020.1860249.

Nielsen L. (2022). Pandemic prioritarianism. *Journal of medical ethics*, 48(4), 236–239. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106910>

Olivera J, Clausen J (2013). Las características del Adulto Mayor peruano y las políticas de protección. [Publicación en línea]. <<https://files.pucp.education/departamento/economia/DDD360.pdf>> [Consultado el 21 de diciembre de 2021]

Ord T (2014). Global poverty and the demands of morality. In J Perry (ed.) *God, The Good, and Utilitarianism: Perspectives on Peter Singer*, (Cambridge: CUP), 177–91

Oyarzún Serrano L, Aranda G, Gissi N (2021). “Migración internacional y política migratoria en Chile: tensiones entre la soberanía estatal y las ciudadanía emergentes”. *Colombia Internacional* 106: 89-114. <https://doi.org/10.7440/colombiaint106.2021.04>

Otsuka M (2015). Prioritarianism and the Measure of Utility. *The Journal of Political Philosophy* 23(1): 1–22

Parellada R. (2008) “Necesidades, capacidades y valores”. *Papeles* N° 102.

Parfit, D. (2001). “Equality or Priority?,” in *Bioethics*, ed. J. Harris. Oxford: Oxford University Press: 347–86.

Patel, J. A., Nielsen, F., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., Ravindrane, R., & Wardle, H. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public health*, 183, 110–111. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.006>

Paz J, Arévalo C. (2019). Pobreza en las personas mayores. Un estudio multidimensional para Argentina. *Revista Latinoamericana de Población*, 13 (25):75-102.

Plan de vacunación COVID-19 [Publicación en línea] <<https://www.veninformado.pe/vivir-en-peru/salud/vacunacion-covid/>> [Consultado el 29 de noviembre de 2021]

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2019. [Publicación en línea]. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf> [Consultado el 14 de setiembre de 2021]

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *op.cit*

Quispe E. “Causas de la pobreza en el Perú”. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM*. 1999; 4:109-127.

Reckers-Droog, V., van Exel, J., & Brouwer, W. (2019). Equity Weights for Priority Setting in Healthcare: Severity, Age, or Both?. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 22(12), 1441–1449. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.07.012>

World Health Organization. [Publicación en línea] “Fair allocation mechanism for COVID-19 vaccines through the COVAX Facility”. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-covid19-vaccine-allocation-final-working-version-9sept.pdf?sfvrsn=e1d0376_2&download=true> [Consulta: 9/09/2020]

World Health Organization. [Publicación en línea] “WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination”. <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>> [Consulta: 15/11/2020]

Ramírez Z (2020). “¿Qué tan costoso es tratarse contra el coronavirus en Perú?” [Publicación en línea]. < <https://gestion.pe/tu-dinero/finanzas-personales/que-tan-costoso-es-tratarse-contra-el-coronavirus-en-peru-noticia/>> [Consultado el 07 de diciembre de 2021]

Reckers-Droog, V., van Exel, J., & Brouwer, W. (2019). Equity Weights for Priority Setting in Healthcare: Severity, Age, or Both?. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 22(12), 1441–1449. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.07.012>

Ribotta S. (2015). “Redistribución de recursos y derechos sociales. La tensión entre igualdad y prioridad”. *DERECHOS Y LIBERTADES*. Número 35, Época II, junio 2016, pp. 235-264. DOI: 10.14679/1034

Robeyns, I, Byskov MF (2021). "The Capability Approach". [Publicación en línea]. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.) <<https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/capability-approach/>>. [Consultado el 23 de diciembre de 2021]

Rojas M. *Historia de la crisis argentina*. Ed. Timbro/SFN y Fundación CADAL. Primera Edición. Argentina. 2003

Sachs J D & McCord G. "extreme poverty." *The New Palgrave Dictionary of Economics*. Second Edition. Eds. Steven N. Durlauf and Lawrence E. Blume. Palgrave Macmillan, 2008. *The New Palgrave Dictionary of Economics Online*. Palgrave Macmillan. 12 May 2008. http://www.dictionaryofeconomics.com/article?id=pde2008_E000293 [Consultado el 11 de octubre de 2021]

Sanhueza G. “La crisis financiera de los años ochenta en Chile: análisis de sus soluciones y su costo”. [Publicación en línea]. < <https://si2.bcentral.cl/public/pdf/revista-economia/1999/abr/BCCh-rec-v02n1abr1999p043-068.pdf>> [Consultado el 27 de setiembre de 2021].

Savulescu, J., Persson, I., & Wilkinson, D. (2020). Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*, 34(6), 620–632. <https://doi.org/10.1111/bioe.12771>

Servicio Jesuita a Migrantes, SJM (2021) Casen y Migración: Una caracterización de la pobreza, el trabajo y la seguridad social en la población migrante (Informe N°1). Santiago, Chile. [Publicación en línea] <<https://www.migracionenchile.cl/publicaciones>> [Consultado el 15 de diciembre de 2021]

Sharp D & Millum J (2015). Prioritarianism for Global Health Investments: Identifying the Worst Off. *Journal of Applied Philosophy* doi: 10.1111/japp.12142. [Consultado el 3 de diciembre de 2021]

Singer, P. *Ética Práctica*, Segunda edición. Cambridge University Press. Barcelona, Ariel, 1995.

Stafforini, P. (2018) El utilitarismo. Clase 2. Bloque I. Especialización en Bioética: Fundamentos teóricos de la Bioética , FLACSO Argentina, disponible en flacso.org.ar/flacso-virtual

Stuenkel O. (2021) "Brasil: polarización y riesgos para la democracia". En: Thomas Carothers y Andreas E. Feldmann (Ed) *Divisionismo Político y Riesgos Democráticos en América Latina*. (pp 9 -13). Carnegie Endowment for International Peace [Publicación en línea] <https://carnegieendowment.org/files/Carothers_Feldmann_Polarization_in_Latin_America_ES_web_final.pdf>. [Consultado el 22 de febrero de 2022]

Sub-Secretaría de Evaluación Social. [Publicación en línea] “Valor de la Canasta Básica de Alimentos y Líneas de Pobreza” <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cba/nueva_serie/2021/Valor_CBA_y_LPs_21.01.pdf> [Consultado el 22 de setiembre de 2021].

Tan, A. X., Hinman, J. A., Abdel Magid, H. S., Nelson, L. M., & Odden, M. C. (2021). Association Between Income Inequality and County-Level COVID-19 Cases and Deaths in the US. *JAMA Network Open*, 4(5), e218799. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.8799>

Telesur. [Publicación en línea]. “Argentina Donates COVID-19 Vaccines to 12 Countries” < <https://www.telesurenglish.net/news/Argentina-Donates-COVID-19-Vaccines-to-12-Countries-20220131-0001.html>> 31 January 2022.

The New York Times. [Publicación en línea] “Brasil, devastado por la covid, enfrenta una epidemia de hambre” <https://www.nytimes.com/es/2021/04/23/espanol/covid-brasil-hambre.html?action=click&module=RelatedLinks&pgtype=Article> [Consultado el 27 de octubre de 2021]

Valenzuela MT. Importancia de las vacunas en Salud Pública: hitos y nuevos desafíos. (2020) *Rev. Med. Clin. Condes*. 31(3-4) 233-239.

Vanderslott, S., Emary, K., Te Water Naude, R., English, M., Thomas, T., Patrick-Smith et al (2021). Vaccine nationalism and internationalism: perspectives of COVID-19 vaccine trial participants in the United Kingdom. *BMJ global health*, 6(10), e006305.

Verdera, Francisco. [Publicación en línea] “Causas del agravamiento de la pobreza en el Perú desde fines de la década de 1980” En: “Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina”. Buenos Aires: CLACSO, 2001. ISBN: 950-9231-57-6. 2001 pp: 127-165. <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101029064855/8puyana.pdf>> [Consultado el 23 de noviembre de 2020]

Villacorta M. (2011). “Perú: determinantes de la pobreza, 2009”. [Publicación en línea]. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0942/libro.pdf> [Consultado el 2 de diciembre de 2020]

WHO. Overview. “The Burden of Chronic Diseases”. [Publicación en línea]. <<https://www.who.int/gard/publications/Overview.pdf>> [Consultado el 23 de diciembre de 2021]

Williams M. “La Pobreza y los Trabajadores Ambulantes: El Caso de la Ciudad de México”. <<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal9/Geografiasocioeconomica/Geografiadelapoblacion/07.pdf>>. [Consultado el 26 de agosto de 2022]

World Bank Group. (2020) [Publicación en línea] “Poverty and Equity Brief. Brazil”. https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_BRA.pdf. [Consultado el 23 de noviembre de 2021]

World Bank. World Bank. “Poverty”. [Publicación en línea] <<https://www.worldbank.org/en/topic/poverty>> [Consultado el 11 de octubre de 2021]

World Health Organization. “A Global Framework to Ensure Equitable and Fair Allocation of COVID-19 Products and Potential implications for COVID-19 Vaccines”. 18 June 2020 <<https://bit.ly/32rhHPb>> [Consultado el 26 de agosto de 2022]

Yang L. (2017). “The relationship between poverty and inequality: Concepts and measurement”. The London School of Economics and Political Science. <<https://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/casepaper205.pdf>> [Consultado el 23 de diciembre de 2021]

Yanqiu Rachel Zhou (2021): Vaccine nationalism: contested relationships between COVID-19 and globalization. Globalizations. DOI: 10.1080/14747731.2021.1963202.

Ye, Y., Zhang, Q., Wei, X., Cao, Z., Yuan, H.-Y., & Zeng, D. D. (2022). Equitable access to COVID-19 vaccines makes a life-saving difference to all countries. *Nature Human Behaviour*, 6(2), 207-216. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01289-8>

Zonenszain Y. Las vacunas contra el Covid-19: dos dilemas éticos a considerar (2021). *Medicina y Ética*. 32 (1): 215-231

31. ARTÍCULOS PUBLICADOS DURANTE EL DESARROLLO DE LA PRESENTE TESIS

- Yabar CA. Extreme poverty first: An argument on the equitable distribution of the COVID-19 vaccine in Peru. *Dev World Bioeth.* 2023 Feb 3. doi: 10.1111/dewb.12391. Epub ahead of print. PMID: 36735901.
- Yabar CA. Conceptual and empirical reflection provide more arguments for the centrality of extreme poverty in COVID-19 vaccination: A reply to Abal and Zeledón-Ramírez et al. *Dev World Bioeth.* 2023 Jun 20. doi: 10.1111/dewb.12410. Epub ahead of print.
- Yabar CA. Evaluación de los programas de vacunación COVID-19 en Sudamérica: ¿Utilitarismo o prioritarismo?. *ethic@ - An international Journal for Moral Philosophy* (aceptado)