

# Vacunagate: ¿era posible justificar moralmente el caso peruano?

## Vacunagate: Was it possible to morally justify the Peruvian case?

**Franklin Ibáñez**

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú  
Contacto: fibanezb@unmsm.edu.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-1648-6362>

**Pyro Suarez**

University of Bristol, Bristol, Reino Unido  
Contacto: pyro.suarezcaro@bristol.ac.uk  
<https://orcid.org/0000-0002-1661-5224>

### RESUMEN

El artículo analiza el Vacunagate: escándalo suscitado en el Perú a inicios de 2021 por la inoculación de la vacuna Sinopharm cuando aún se encontraba en fase experimental. Se analiza la moralidad del caso para iluminar la discusión pública sobre políticas de conducción y supervisión de ensayos clínicos en un contexto de pandemia. Se evalúa si eran moralmente justificables dos acciones: primero, la utilización de la candidata a vacuna por fuera de un ensayo clínico y, segundo, priorizar algunos grupos en aquella inusual inoculación. Tales grupos son (i) el personal de investigación del ensayo clínico, (ii) los funcionarios de la salud pública que dirigían la lucha contra la pandemia, (iii) el entorno humano inmediato de los dos grupos anteriores y (iv) otros. El artículo corresponde a la ética aplicada por lo que sigue su metodología: se define el marco moral o filosófico que, luego, se aplica al caso en cuestión. Aquel marco ético para el análisis lo constituyen dos tipos de principios morales: democráticos y utilitaristas. Primero, se abordan dos principios comunes a las democracias contemporáneas: el igual valor de los seres humanos y la necesaria deliberación pública sobre asuntos de interés común. Segundo, y sin contradecir aquellos principios democráticos, se evalúan las acciones bajo la aplicación de un razonamiento utilitarista. Finalmente, con base en la guía MEURI de la OMS y en el marco ético señalado, se describen las condiciones faltantes bajo las cuáles ambas acciones pudieron haber sido moralmente justificables.

**Palabras clave:** Ética aplicada; Vacunagate Perú; COVID-19; Bioética; Salud pública

### ABSTRACT

This article studies the Vacunagate: a scandal during the early-2021 in Peru due to irregular inoculation of the Sinopharm candidate vaccine against COVID-19 during its experimental stage. We analyze the morality of this case in order to elucidate the public discussion on the conduct and supervision of clinical trials within the context of a Pandemic. We evaluate whether two actions were morally justifiable: (1) the use of a vaccine outside of a clinical trial, and (2) prioritizing some groups in that unusual allocation. These groups are (i) research staff of the clinical trial, (ii) public health officials leading the fight against the Pandemic, (iii) human acquaintances of the first two groups, and (iv) others. As this article is on applied ethics, it follows its methodology: we define the moral, or philosophical, framework and its later applied to the case. The ethical framework for our analysis will be constituted by two kinds of moral principles: democratic and utilitarians. First, we address two principles common to contemporary democracies: equal value for all human beings and the necessary public deliberation on issues of common interest. Second, without contradicting these democratic principles, we assess the actions under the application of utilitarian reasoning. Finally, based on the WHO MEURI Guide and the mentioned ethical framework, we describe the missing conditions under which both actions could have been morally justified.

**Keywords:** Applied Ethics; Peruvian Vacunagate; COVID-19; Bioethics; Public Health.

## 1. Introducción

El Vacunagate fue un escándalo político reciente que sacó a la luz el uso de la candidata a vacuna Sinopharm, aún en fase experimental, por fuera del ensayo clínico que se llevaba a cabo en el Perú. Investigadores, funcionarios—incluyendo al propio presidente de la República—, sus respectivos entornos cercanos y personajes de la élite empresarial fueron inoculados en un proceso oculto a la opinión pública. “Vacunagate” es la expresión difundida por los medios peruanos para referirse al uso controversial de la vacuna experimental de Sinopharm. Las cuestionadas inoculaciones sucedieron entre septiembre de 2020 y febrero de 2021—momento en que salieron a la luz los hechos (Ojo Público, 2021). El evento desató la indignación nacional y, en algunos casos, dio lugar a procesos de investigación por delitos contra la administración pública. El caso trae consigo una complejidad moral muy interesante de estudiar y desentrañar, la cual se evidencia en las circunstancias particulares que dieron lugar a los hechos: la condición experimental de la vacuna, la ejecución de los ensayos clínicos por parte de una prestigiosa universidad peruana, los cargos públicos ejercidos por algunos involucrados, la falta de transparencia con la que sucedieron los hechos y el contexto mundial de emergencia sanitaria.

El presente artículo elabora un análisis de caso: se evalúa la justificación moral, primero, de la inoculación de la vacuna experimental por fuera de un ensayo clínico y, segundo, de la selección discrecional de grupos prioritarios. Para examinar ambos puntos, elaboraremos un escenario alternativo: ¿cómo debieron suceder las cosas? Presentaremos razones que podrían haberse seguido y que hubieran implicado cambios severos en el actuar de los involucrados. Nuestro argumento no pretende justificar lo ocurrido. No sabemos bien por qué lo hicieron y solo podríamos especular al respecto. En cambio, nos centramos en exponer aquello que podría haberse seguido si se quería dotar de moralidad lo actuado. Se concluye que el equipo responsable de los ensayos y las autoridades a cargo de su aprobación y supervisión, y los involucrados en general, debieron tener un razonamiento moral muy distinto al que aparentemente habría predominado.

El enfoque y la metodología corresponden a la ética aplicada, una rama de la filosofía práctica contemporánea. Creemos que esta reflexión es necesaria a fin de que las autoridades y la ciudadanía puedan comprender mejor las implicancias de acciones como las ocurridas y, de este modo, se puedan implementar mejores políticas públicas para la realización y supervisión de ensayos clínicos en contextos de pandemia u otras amenazas a la salud pública (OPS, 2020b).

## 2. Mínimos éticos en tiempos de emergencia

En un contexto ordinario, la mayor parte de los procedimientos que regulan la convivencia operan obedeciendo principios normativos comunes. En tiempos normales, no se espera que exista uniformidad absoluta en las creencias morales que orientan nuestra conducta. De hecho, la mayor parte de las democracias contemporáneas son plurales, es decir, en ellas conviven visiones éticas distintas. Sin embargo, el éxito de la convivencia solo es posible en tanto la población comparta y logre reflejar en sus leyes algunos valores fundamentales. Como sugiere el pensamiento clásico de Locke, la convivencia entre grupos éticamente diferenciados se alcanza porque ciertos valores públicos se suscriben políticamente y otros pasan al ámbito privado (Vernon, 2010). Propuestas teóricas semejantes y más contemporáneas provienen de Rawls (2005), con su estrategia de un consenso entrecruzado sobre nuestra concepción política de la justicia; o de Cortina (2010), quien sugiere que la convivencia ciudadana se centre en los mínimos morales socialmente compartidos y deje los máximos para el ámbito privado. De allí que suela haber, o al menos esperarse, en asuntos de interés público, concordancia entre los procedimientos y los fines morales a los que estos apuntan.

Sin embargo, los tiempos de guerra o hambruna, o las situaciones de emergencia como la pandemia de COVID-19, suponen una reevaluación de las intuiciones morales comunes y sus procedimientos derivados. Por ello, en una situación de emergencia como la vivida alrededor de esta pandemia, los sucesos imprevistos redireccionan—en principio de forma temporal— las prioridades de una situación ordinaria. Medidas que parecen moralmente problemáticas o, al menos, contraintuitivas emergen como opciones válidas en pro de aquellos mínimos comunes. Una

acción o medida de este tipo, entonces, se legitima como tal si la adopción de medidas ordinarias constituye una solución ineficiente respecto de sus propios objetivos principales. En tales contextos, si obedecer un protocolo sanitario ordinario merma el cumplimiento de sus metas mayores, se valida la alternancia a un programa de emergencia que, en alguna medida, puede obviar o incluso contradecir otras metas que ahora, a la luz de la emergencia, se muestran secundarias.

Por ejemplo, durante el flujo ordinario de pacientes que requieren camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la adquisición de nuevas UCI tendría que pasar por todos los filtros fiscalizadores que garanticen un proceso adquisitivo económicamente justo y eficiente. No obstante, asumiendo que nos hallamos en un contexto de emergencia y que tales filtros ralentizan el proceso de compra, los principales objetivos y prioridades de la emergencia —salvar la mayor cantidad de vidas posibles— podrían verse amenazados, a menos que los filtros se reduzcan o relajen. Aquella ralentización podría, si bien garantizar el acceso económicamente óptimo, ser perjudicial en términos de vidas.

### 3. ¿Qué ocurrió en el Vacunagate?

En medio de la crisis provocada por la pandemia, distintos laboratorios transnacionales decidieron invertir enormes recursos en la creación de una vacuna efectiva contra la COVID-19. Para algunas fases de su desarrollo, particularmente para la experimentación con voluntarios, los laboratorios se asociaron con universidades, gobiernos y otras instituciones alrededor del mundo. En agosto de 2020, el laboratorio estatal chino Sinopharm encontró en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (en adelante UPCH) un anfitrión que investigue la efectividad de su candidata a vacuna. La UPCH es una universidad peruana cuya excelencia en investigación ha sido laureada por diversos *rankings* nacionales e internacionales. Ciertamente, en ciencias de la salud, en las últimas décadas se ha convertido en la universidad más prestigiosa del Perú. Dado el tamaño y la complejidad del ensayo, la UPCH, a su vez, requirió la colaboración de otra institución: la Universidad Nacional Mayor de San Marcos —aunque siempre bajo el liderazgo formal de la UPCH—.

Hasta agosto de 2020, la información disponible sobre la vacuna experimental provenía de las dos fases previas realizadas con el concurso de solo 640 personas. Se conocían los resultados promisorios de la fase 1, con 192 participantes; y de la fase 2, con 448 participantes (Xia et ál., 2021). El objetivo específico del ensayo en el Perú era el desarrollo de la fase 3 del proceso de investigación clínica, la cual supuso la inoculación de la vacuna a 8000 voluntarios; y de placebo, a otros 4000. La UPCH dirigió el estudio y prestó sus instalaciones para la realización del ensayo caracterizado como aleatorizado, doble ciego y controlado. Posteriormente, se compararían los resultados de ambos grupos en términos de cantidad de infectados, infectados asintomáticos, sintomáticos leves, sintomáticos moderados y/o graves, y fallecidos. De allí se podría concluir la efectividad de la vacuna en cada uno de los rubros.

El protocolo para la realización de la fase 3, aprobado por las autoridades peruanas, incluía el uso de dosis adicionales enviadas por Sinopharm junto con las asignadas al ensayo. Las adicionales fueron destinadas a los miembros del equipo de investigación y personal relacionado con el ensayo. El protocolo señala: “[Sinopharm] enviará un lote de 3200 dosis de vacuna para ser administrado voluntariamente al equipo de investigación y personal relacionado al estudio. Esto no se considera actividad de investigación y no se recolectarán datos con propósitos de análisis” (Ministerio de Salud, 2021, p. 15). La Comisión Sectorial Investigadora sobre la aplicación de la vacuna candidata contra la COVID-19, más conocida como la comisión Carbone, elaboró un informe público sobre el escándalo. A partir de este y otros documentos semejantes se puede reconstruir parcialmente parte del protocolo, pues el mismo no ha sido difundido ni es accesible al público debido a los estrictos acuerdos que transnacionales como Sinopharm y otras semejantes han exigido a los gobiernos a quienes finalmente venden las vacunas que prueban y producen.

Los investigadores principales, quienes estaban a cargo de administrar las vacunas según pautaba el protocolo del ensayo clínico, inocularon algunas de aquellas dosis adicionales siguiendo su propia discrecionalidad y otras en coordinación y/o a propuesta de autoridades gubernamentales. Entre los inoculados por fuera del ensayo clínico se encontraban miembros del equipo de investigación y personas

fisicamente cercanas a ellos. También inocularon a personas no directamente relacionadas con el ensayo clínico, como algunos responsables de la salud pública y sus entornos cercanos. También se incorporaron empresarios de diversos rubros. Meses después, distintos medios periodísticos revelaron la lista de quienes fueron inoculados con las dosis adicionales. Los integrantes de aquella lista fueron objeto de sanción social y, en algunos casos, también administrativa. Algunos involucrados, además, tienen abiertos procesos fiscales:

Los presuntos delitos comprendidos en la investigación fiscal incluyen concusión, colusión y peculado. La investigación por colusión apunta a establecer si la vacunación de este grupo de privilegiados obedeció a acuerdos clandestinos; el cargo de peculado se configura si la Fiscalía demuestra que los involucrados usaron un bien público en beneficio de terceros; y el de concusión, si el funcionario abusó de su cargo o indujo a otra persona a entregarle o prometerle indebidamente un bien o beneficio. (Ojo Público, 2021, p. 20)

Lo ocurrido suscitó gran escándalo en la opinión pública, la cual juzgó duramente a los implicados. Las indignadas críticas frente a lo sucedido coincidían en señalar que las personas involucradas se aprovecharon de sus cargos e ignoraron a quienes todos los días exponían sus vidas debido a su trabajo —médicos intensivistas— o su condición vulnerable —personas de la tercera edad aquejadas de comorbilidades—. Los funcionarios involucrados, sostenían los críticos, se arrogaron el derecho de acceder a un bien sumamente escaso y codiciado en un contexto grave. Aproximadamente en esa misma época, inicios de 2021, se dieron a conocer escándalos similares en otros países de la región (Taj et ál., 2021).

#### 4. Principios morales para el análisis

Para evaluar moralmente la actuación de los implicados, nos remitimos a algunas nociones morales fundamentales en las sociedades democráticas, concretamente a dos principios. Primero, las constituciones políticas recogen y apuntalan creencias compartidas por la sociedad. De ahí que hoy las constituciones de diversos Estados democráticos promulguen como primer principio la dignidad o el valor moral de las

personas. Por ejemplo, la Constitución peruana de 1993, en su artículo primero, afirma: “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”. Dicha dignidad es igualmente compartida por todas las personas y significa que estas representan un valor supremo no intercambiable por un objeto e incomparable con el valor económico. Segundo, tal vez menos evidente a los ciudadanos de a pie, las decisiones sobre asuntos de interés común deben ser justificables ante la opinión pública. Esto es, los actos de quienes ejercen el poder en nombre del pueblo o en un asunto de interés común son sujetos al escrutinio público y obedecen a razones que la población encuentra válidas. Una de las versiones más conocidas y refinadas de este criterio pertenece al llamado postulado “D” en la ética discursiva de Habermas: “Only those norms can claim to be valid that meet (or could meet) with the approval of all affected in their capacity as participants in a practical discourse” (1994, p. 93). El principio recoge la necesaria publicidad de las normas y decisiones —pues no podría validarse públicamente algo oculto— junto con la razonabilidad de ambas al menos desde un trasfondo compartido por la ciudadanía de creencias morales, de modo que los afectados por aquellas podrían dar su consentimiento. En las obras de Kant (2006) pueden encontrarse simientes de los pedidos por transparencia y deliberación. Versiones más modernas, además de la de Habermas, pueden hallarse también en Rawls (2005) —siempre que en el caso de Rawls no nos perdamos en la abstracta posición original, sino más bien nos concentremos en el esfuerzo por alcanzar un equilibrio reflexivo amplio y la noción de consenso entrecruzado—.

Por ahora, llamemos *principio de dignidad moral* al primero; y *principio de deliberación pública*, al segundo. Ambos son compatibles con el espíritu de las constituciones y las democracias liberales contemporáneas. El primer principio se ocupa de una cuestión de fondo: el valor de las personas. El segundo principio trata de una cuestión de forma: la legitimación de las decisiones sobre cuestiones de interés común. Es posible explicitar un vínculo entre ambos principios. La necesidad de deliberación o consentimiento por parte de los afectados se puede sustentar en la cuestión de fondo: en tanto que las personas son dignas o moralmente valiosas tienen derecho a que no se les afecte sin su debido consentimiento. Para fines del argumento

principal, consideramos suficiente calificar como formal al segundo principio, aunque pueda incorporar cuestiones de fondo heredadas del primero.

Definidos ambos principios de primer nivel, cabe señalar que conjuntamente pueden ser insuficientes para resolver los dilemas morales que se presentan en situaciones como la pandemia de COVID-19. En contextos ordinarios y extraordinarios, todas las personas son dignas por igual. No obstante, particularmente en escenarios de emergencia, nos topamos con situaciones en las que es necesario priorizar a unos ciudadanos sobre otros, pese a que dicha selección parece contradecir flagrantemente aquella igualdad moral primaria. Toda persona es un fin en sí mismo, invaluable, diría Kant (1993). Sin embargo, existen protocolos para decidir a quién otorgar una cama de cuidados intensivos cuando la demanda supera la disponibilidad. Considerar a toda persona igualmente valiosa no es suficiente para determinar qué hacer cuando solo se cuenta con una cama y dos pacientes la requieren. Algunos autores han procurado complementar el enfoque deontológico con el utilitarista al enfrentar situaciones de escasez.

In health crises such as the COVID-19 pandemic, many resources may become scarce. Although all patients still need to be given a fair chance to receive medical care, the treating teams need to selectively allot the resources available and hence must make prioritization decisions, according to reasoned medical and ethical rules formulated *ex ante*. As a result, the focus of care might have to shift from patient centered deontology to population-centered utilitarianism. (Michalsen et ál., 2020, p. 164)

Entonces, la buena voluntad principista de querer salvar a todos se vuelve estéril si no se dispone de criterios para elegir la acción concreta. De igual modo, se puede señalar que el principio de deliberación requiere de otros principios o criterios que permitan esclarecer la misma. Por eso, es necesario apelar a principios de segundo orden que no contradigan los primeros, sino que ayuden a su implementación.

Para ello, en un segundo nivel introducimos consideraciones utilitaristas. Una versión general del utilitarismo podría resumirse así: un acto es moral si las consecuencias esperadas de tal acto representan una utilidad superior a la de sus alternativas. La clásica

versión de Mill estipula: “that actions are right in proportion as they tend to promote happiness, wrong as they tend to produce the reverse of happiness” (2003, p. 186). Esta versión puede considerarse como representativa del utilitarismo del acto —centrado en evaluar las consecuencias del mismo—. Si se apelase, en cambio, al utilitarismo de la regla, el razonamiento del cuerpo principal no cambiaría mucho. El utilitarismo de la regla podría resumirse así: “*Simple* expectablist rule-consequentialist criterion of moral wrongness: An act is morally wrong if and only if it is forbidden by the rules the acceptance of which would result in the greatest *expected* good” (Hooker, 2015). El utilitarismo ha sido implementado en cuestiones de atención médica como sucede, por ejemplo, en los protocolos que regulan la distribución de camas de cuidados intensivos y respiradores artificiales (Savulescu, Persson y Wilkinson, 2020).

Adicionalmente, debemos señalar cómo funciona este principio utilitarista en relación con los dos anteriores. Respecto del principio de deliberación, al momento de examinar o debatir sobre diferentes escenarios, no es difícil apreciar cómo la consideración utilitarista propone un criterio concreto para guiar debates públicos que apunten al mejor escenario: aquel que maximice la felicidad o utilidad. Por su parte, el principio de dignidad impone fines y límites a dicha deliberación. Así, para el caso de la pandemia se revisan escenarios que cumplan con el fin acorde con el principio de dignidad: salvar a las personas en tanto son valiosas en sí mismas. A la par, se deduce un límite: no se puede eliminar unas personas para salvar a otras. Finalmente, de acuerdo con los tres principios esbozados, podríamos resumir el objetivo mayor de la lucha contra la pandemia del siguiente modo: salvar el mayor número de personas, o disminuir el impacto en la población, con acciones que puedan ser justificables ante la opinión pública.

## 5. El uso amplio de vacunas por fuera de un ensayo clínico

Desde hace unos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) discute qué acciones pueden ser éticamente justificables ante estallidos de enfermedades infecciosas. La experiencia del ébola en África Occidental, entre 2014-2016, permitió la aparición de unas guías u orientaciones para el manejo de las pandemias (WHO, 2016). Una sección importante de aquel

documento se refiere al “uso de emergencia monitoreado de intervenciones no registradas y experimentales” —MEURI, por sus siglas en inglés—. MEURI fue inicialmente pensado para pacientes —personas ya infectadas, no personas potencialmente contagiadas— y tratamientos —no medios preventivos como son las vacunas—. Sin embargo, dado que el documento más amplio (WHO, 2016) incluye a potenciales pacientes y vacunas, es posible revisar si la lógica del MEURI podría aplicarse al uso de candidatas a vacunas por fuera del ensayo clínico para el caso peruano en cuestión. Luego, además, revisaremos si pudo ser moralmente justificable ir más allá del MEURI como está definido (WHO, 2016).

Para la aplicación del MEURI, según la OMS, se deben cumplir los siete criterios que se exponen a continuación siguiendo la traducción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020a). Consideramos que un criterio se cumplió; otros se cumplieron parcialmente —o tuvieron un cumplimiento discutible—; y, finalmente, otros fueron enteramente incumplidos. El primer criterio reza así: “1) No existe ningún tratamiento de eficacia comprobada” (p. 3). Es evidente que se satisfizo en tanto no había tratamiento ni medio preventivo de eficacia comprobada. Había solo estudios en curso.

Entre los criterios parcialmente cubiertos tendríamos el tercero, el cuarto, el quinto y el sexto. El tercer y el cuarto criterio indican que:

3) Se dispone de datos que proporcionan un apoyo preliminar de la eficacia y la seguridad de la intervención, al menos de estudios de laboratorio o en animales, y el uso de la intervención fuera de ensayos clínicos ha sido sugerido por un comité científico asesor debidamente calificado, sobre la base de un análisis favorable de los riesgos y beneficios.

4) Las autoridades competentes del país, así como un comité de ética debidamente calificado, han aprobado dicho uso. (OPS, 2020a, pp. 3-4)

Con respecto a la primera parte del tercer criterio, se puede afirmar que sí existía información suficiente para sugerir “eficacia” y “seguridad” preliminares. Los datos que se manejaban en aquel momento, luego publicados en la revista *The Lancet*, eran alentadores (Xia et ál., 2021). No obstante, la segunda parte

del criterio tres y todo el criterio cuarto requerían sugerencias y aprobaciones de comités específicos. Si bien aquellos comités tenían el poder para admitir el procedimiento —y así lo hicieron—, existía un problema serio. Los miembros del equipo de investigación, algunas autoridades gubernamentales responsables de la aprobación y supervisión del ensayo, así como los miembros del comité de ética, se encontraban en un patente conflicto de interés: aprobar o sugerir que a ellos mismos le correspondía el acceso a la vacuna. Los conflictos de interés no son situaciones malas o insalvables en sí mismas, pero sí requieren de una adecuada gestión ética del asunto. Para el caso concreto, estas personas debieron haber declarado —hacer público— dicho conflicto y/o eventualmente no beneficiarse de su propio poder discrecional, lo cual las hubiera llevado a inhibirse de tomar la decisión o a retirarse de la lista de beneficiarios.

El quinto criterio expresa que: “5) Se dispone de recursos adecuados para garantizar que los riesgos puedan minimizarse” (OPS, 2020a, p. 4). En primer lugar, no se sabe si para estas personas irregularmente inoculadas había un plan de respaldo o minimización de riesgos, ya que mucha información no era accesible, lo cual ya es un problema. Tal vez, por lo mismo, se puede presumir que no existía dicho plan, por lo que la actividad misma era ocultada. En segundo lugar, podríamos analizar el caso de los voluntarios, para quienes sí había planes de respaldo. Supongamos dos nociones de riesgo: una estrecha, referida únicamente a la reacción inmediata o dentro de los días próximos a la inoculación de la vacuna, y una amplia —concerniente a un periodo de monitoreo mayor, digamos semanas o meses—. En la noción estrecha, se podría dar por descontado que se disponía de un monitoreo adecuado y del equipo de respaldo en caso de complicaciones inmediatas. Sin embargo, bajo una noción más amplia no se cuenta con tal certeza. Imaginemos que la inoculación trajese complicaciones que podrían solaparse con el propio contagio del virus en las semanas siguientes. Como no se sabe aún si los voluntarios fueron inoculados con placebo o la vacuna, o cuán eficiente es finalmente la vacuna, debería haber un respaldo en caso cayesen enfermos y complicados. Por esta segunda razón se puede afirmar que no se satisfizo este criterio, pues no había suficientes recursos para monitorear adecuadamente a los voluntarios del ensayo. De hecho, muchos vo-

luntarios que posteriormente se contagiaron no consiguieron el apoyo de la UPCH para superar la enfermedad, e incluso tuvieron problemas para acceder a su segunda dosis (Ascarza, 2021).

El criterio sexto señala: “6) Se obtiene el consentimiento informado del paciente” (OPS, 2020a, p. 4). Puede parecer obvio que las personas inoculadas irregularmente sabían que se trataba de una candidata a vacuna aún en desarrollo. Pero no hay información sobre cómo se obtenía y qué tan pormenorizado era este supuesto consentimiento informado. Si fuese un consentimiento solo oral, no sería suficiente. El procedimiento estándar requiere de una ficha o documento explícito y detallado que sea firmado por el paciente. Esta ambigüedad en el cumplimiento del criterio sexto podría ser una fisura que a su turno quiso aprovechar el expresidente Martín Vizcarra, quien sostuvo que él y su familia fueron voluntarios y parte del ensayo clínico. Posteriormente, la UPCH desmintió lo dicho por Vizcarra (Gestión, 2021a).

Finalmente, fueron absolutamente vulnerados los criterios dos y siete. El criterio dos señala que se aplica el MEURI si “2) No es posible iniciar ensayos clínicos inmediatamente” (OPS, 2020a, p. 3); esto, evidentemente, no se ajusta al caso ya que en ese momento se estaba conduciendo un ensayo clínico. Por último, el criterio séptimo señala: “7) Se supervisa el uso de emergencia de la intervención y los resultados se documentan y se comparten oportunamente con la comunidad médica y científica en general” (OPS, 2020a, p. 5). Para el caso de los inoculados por fuera del ensayo parece que no había supervisión ni mucho menos voluntad por parte de las autoridades de la UPCH de documentar y compartir la información del hecho. El caso fue puesto a la luz de la opinión pública por investigaciones periodísticas y la primera reacción de las autoridades de la UPCH fue guardar silencio. Forzados a declarar a los pocos días, públicamente expresaron: “Esto no se considera actividad de investigación y no se recolectarán datos con propósitos de análisis” (Caretas, 2021).

Se concluye que varios requisitos para justificar éticamente la aplicación de las dosis extras no se cumplieron. Si se hubiere querido dotar de moralidad los actos, los responsables de la administración de las vacunas debieron actuar de otra manera. Por ejemplo, era imprescindible resolver y declarar públicamente los conflictos de interés al respecto, ingresar

a los beneficiarios de la vacuna en la data objeto de análisis, entre otros. Aun así, se subraya que el criterio dos solo aceptaría la implementación del MEURI cuando “2) No es posible iniciar ensayos clínicos inmediatamente” (OPS, 2020a, p. 3). Si en el caso peruano había un ensayo en curso y el deseo de actuar bien, ¿por qué no se incorporó a estas personas dentro del ensayo? Podría responderse que no se hizo así dado que ello incluía la posibilidad real de que se inoculara con placebo y no con la candidata a vacuna a personas que debían estar vacunadas dado su alto valor en la lucha contra la pandemia. Entonces cabría objetar: si había razones morales para proteger especialmente a un grupo selecto —lo cual se analizará en la siguiente sección—, por lo menos se pudo diseñar un ensayo distinto. Pensemos en un ensayo que no fuera doble ciego sino abierto, y que tampoco fuera aleatorio, sino dirigido a una población específica. De todos modos, debía ser un ensayo supervisado que produzca data útil.

Es posible ir más allá de los criterios fijados por la OMS en aquel documento de 2016 y recogidos por la OPS, pues, si bien es una guía ética respetable, puede sumarse a otras discusiones éticas en salud pública. Se puede considerar si la posibilidad de aplicación de tratamientos o medios preventivos u otros no aprobados aún y por fuera de un estudio clínico podría corresponder solo a personas efectivamente contagiadas o también a personas en riesgo potencial de contagio y por fuera del ensayo. La guía revisada de la OMS (2016) refiere el MEURI para personas efectivamente contagiadas. Esta guía fue elaborada, como se lee en su introducción, a propósito de las cuestiones éticas planteadas por la pandemia del ébola en África Occidental entre los años 2014 y 2016. Las propias guías que elaboró la OMS para aquella ocasión (WHO, 2014; WHO, s. f.) sí se refieren expresamente al uso preventivo de una vacuna que no había cumplido aún todas las fases de su autorización, pero que sí mostraba resultados prometedores. Uno de los textos señala como un fin válido la profilaxis en personas “que son expuestas, pero no muestran señales de la enfermedad” o “en personas que podrían estar expuestas” (WHO, 2014, p. 3), es decir, contagiados potenciales.

Conviene señalar que en aquella ocasión la aplicación de la vacuna del ébola no se encontraba dentro de la fase de inoculación a voluntarios de es-

tudio. Mientras la vacuna continuaba su proceso de aprobación y se había concluido dicha fase, había un amplio sector de la población por proteger frente a una enfermedad mortal, el sistema de salud estaba sometido a una gran presión y los resultados de la vacuna mostraban que esta era suficientemente segura y eficiente. Por tanto, la OMS aceptó el “uso expandido” o “compasivo” de un medio no totalmente certificado aún y por fuera de un ensayo. Dicha utilización no era solo para contagiados —como tradicionalmente sucede con el uso compasivo (Working Group on Compassionate Use & Preapproval Access, s. f.)— sino también para potenciales contagiados (WHO, s. f.). La OMS aceptaba la creación de anillos de vacunación compuestos por:

- (i) Contactos y contactos de contactos de pacientes confirmados —vivos o muertos— del virus de Ébola, (ii) Trabajadores de salud y en línea de frontera —local e internacional— en las áreas afectadas, (iii) Trabajadores de salud y en línea de frontera en áreas con riesgo de expansión de la pandemia. (WHO, s. f., p. 3)

¿Era posible que el comité de ética y los responsables de la aplicación de la candidata a vacuna siguieran un razonamiento semejante en el caso peruano? Tal vez sí, en un ensayo distinto al menos sujeto a las consideraciones éticas mencionadas. ¿Podría el ensayo alternativo sobre un grupo selecto justificarse desde los principios de igualdad moral y deliberación? Los criterios mencionados por la OMS parecen no contradecirlos. Pensemos en el principio de deliberación pública. El criterio siete, por ejemplo, manifiesta que “[...] los resultados se documentan y se comparten oportunamente con la comunidad médica y científica en general” (OPS, 2020a, p. 5). Parte de la legitimidad del actuar proviene de beneficiar a la población, para lo cual la información debe ser pública. Además, los involucrados debieron declarar a la comunidad los conflictos de interés respecto de su rol en el proceso y el beneficio —la inoculación temprana— que recibirían. Entonces, al proceso le faltó publicidad desde el inicio —en el sentido de hacerse público—; un conocimiento y una deliberación amplia le hubieran otorgado legitimidad. Por el contrario, una cuestión de salud pública de semejante magnitud no podía desarrollarse a escondidas, ya que termina sugiriendo que algunos individuos tienen más poder y/o valor sin justificación alguna en un tema de interés

ciudadano. Esto último viola también el principio de igualdad moral de las personas.

## 6. La priorización de grupos para ser inoculados con una candidata a vacuna

Asumiendo que se pudo reformular el proceso de inoculación de las dosis por fuera del ensayo original para ser utilizadas en un ensayo paralelo —que no deja de ser ensayo y ceñirse a los criterios arriba descritos—, ¿es posible seleccionar o priorizar a unos ciudadanos sobre otros sin que se viole el principio de igual valor moral? ¿Con qué criterios se debería decidir a quiénes inocular primero? En un contexto de emergencia como el suscitado por la pandemia de la COVID-19, esas vacunas se convierten en un recurso médico escaso. A continuación proponemos un razonamiento que podría haberse seguido, mas no afirmamos que quienes decidieron hayan razonado así.

En el contexto de la COVID-19 se supo tempranamente que las personas de ciertos grupos etarios o las que padecían comorbilidades eran más vulnerables a enfermar y/o morir. Este dato, por ejemplo, podría justificar que la edad o el estado de salud de las personas fuera un criterio para elegir grupos de prioridad. Sin embargo, los criterios que consideran el riesgo a nivel individual no son los únicos relevantes, dado que el objetivo es disminuir el impacto de la enfermedad en toda la población. La literatura especializada coincide en señalar que la decisión de otorgar precedencia a unos u otros debe evaluar las siguientes consideraciones adicionales: el valor instrumental de ciertas personas cuya labor mantiene la estructura social básica para la vida, con énfasis en aquellos con funciones estratégicas difíciles de reemplazar; el grado de exposición al contagio que ciertas actividades suponen; y la probabilidad de contagiar a otros debido al tipo de trabajo realizado (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Gupta y Morain, 2020).

El valor instrumental diferenciado obedece a consideraciones utilitaristas al tiempo que no contradice el principio de dignidad moral. Según este último, los seres humanos —todos, y ninguno más que otro— son fines en sí mismos, igualmente dignos de ser protegidos y salvados. En cambio, el valor instrumental los desiguala para poder enfrentar escenarios de emergencia o escasez de recursos, puesto que algunas personas cumplen tareas específicas y/o espe-



cializadas con el objetivo evitar o disminuir el daño al conjunto social. La protección prioritaria de dichas personas es comúnmente aceptada por la literatura técnica. Por ejemplo, la OMS (WHO, por sus siglas en inglés) lo sugiere en términos de “priorizar a aquellos con la tarea de ayudar a otros” (WHO, 2020, p. 3). La National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020), en Estados Unidos, realizó una profunda revisión literaria para señalar que se podría realizar una ética priorización de vacunas según el riesgo del impacto social negativo: donde los individuos tendrían mayor prioridad en la medida que el funcionamiento de la sociedad y la vida de otras personas dependan directamente de ellos y se vieran afectadas si estos individuos enfermaran.

Ciertas labores, sobre todo especializadas y difícilmente reemplazables en la lucha contra la propia emergencia, otorgan un alto valor instrumental a determinadas personas. Asignar recursos médicos escasos a estas personas satisfaría el criterio utilitarista en tanto se permite prever mejores consecuencias que en escenarios alternativos —por ejemplo, escenarios donde estas personas deben cumplir sus labores estando desprotegidas y, por tanto, en riesgo de dejar de cumplirlas—. En suma, el valor instrumental de ciertas personas aparece como un criterio válido porque estas trabajan al cuidado de la población en conjunto.

Sin embargo, durante los ensayos de Sinopharm en Perú, se decidió inocular la vacuna experimental a un conjunto muy heterogéneo de personas en cuanto a su valor instrumental para la sociedad y frente a la pandemia. Para evaluar tal decisión, dividiremos a quienes recibieron las dosis en cuatro grupos: (i) el equipo de investigación de la vacuna; (ii) el equipo de salud pública que lideraba la respuesta a la pandemia; (iii) los entornos físicamente cercanos a los dos grupos anteriores; y, (iv) los “invitados”: personas involucradas comercialmente alrededor de la vacuna o que difícilmente calzan en los otros tres grupos. Podríamos añadir un grupo más, (v) los funcionarios de la embajada china —el Gobierno chino solicitó 1200 para el personal de su embajada en el Perú—, pero no lo haremos ya que la decisión de su vacunación y la inoculación concreta no estuvo a cargo del equipo del ensayo. Si bien las dosis para los funcionarios chinos ingresaron al país en el marco del ensayo clínico, no fueron parte de este, pues inmediatamente se entrega-

ron a la embajada. Si bien el ingreso al país de dichas dosis se coordinó con la UPCH y el Gobierno peruano, su administración fue independiente de estos. Dicha acción eleva también graves interrogantes éticos y la embajada china ha sido poco o nada transparente con la información al respecto (Ojo Público, 2021, pp. 69-70). Por último, podríamos comparar la situación de estos cuatro grupos con otros cuyo valor instrumental era claramente elevado. Pensemos concretamente en (vi): los médicos intensivistas que trabajan en contacto directo con enfermos graves.

Conviene anticipar que nuestra clasificación de aquellos cuatro grupos es una idealización. Por ejemplo, para nuestro análisis asumiremos que idealmente el grupo (i) estuvo en la práctica compuesto solo por las personas que podrían y deberían considerarse parte de este. Pero, en realidad, parece que no fue así. Circularon diversas informaciones que producen sospecha y suspicacia sobre quiénes fueron reportados como miembros del equipo de investigación o grupo (i). A nuestro juicio, no todas las personas que fueron reportadas como parte del equipo de investigación (Vega, 2021) debieron considerarse tales. Resulta evidente que sí lo son los médicos o, incluso, el personal logístico en contacto frecuente con los miles de voluntarios. Pero, al parecer, hubo personas cuyas tareas no podrían considerarse fundamentales al equipo ni estar en riesgo por cumplirlas. Citemos el caso de Alejandro Aguinaga, actual congresista, quien al parecer fue considerado miembro del equipo de investigación solo porque colaboró en reclutar voluntarios —miembros de su partido político Fuerza Popular— para el ensayo (Ojo Público, 2021, pp. 62-64). También había miembros del equipo cuya tarea era pequeña o en todo caso no los ponía en situación de riesgo. Pensemos en médicos u otros que no asistían a los ensayos y solo eran consultores a través de plataformas virtuales. Algunas autoridades de las universidades, como el exrector de San Marcos, Orestes Cachay (Gestión, 2021b), ciertamente pueden tener la responsabilidad legal del ensayo en tanto autoridades, pero esto no los ubica en el grupo de riesgo. Un último ejemplo: Nicola Girasoli, nuncio apostólico, quien fuera asesor ético del experimento con la candidata a vacuna (El Comercio, 2021b), fue vacunado pese a que su tarea tampoco implicaba su presencia en el lugar del ensayo y habría desempeñado mal su labor al no notar nada indecoroso en lo que venía sucediendo.

Lo mismo podría decirse del grupo (ii). Aquí el argumento que se desarrollará en breve es válido solo para las personas que efectivamente jugaban un rol especializado y clave en la contención de la pandemia, además de exponerse directamente al contagio por cumplir dicho rol. Si quienes decidieron la inoculación añadieron a personal de apoyo, como secretarios, asistentes u otros quienes no se encontraban en el criterio señalado, pese incluso a ser médicos y/o altos funcionarios, podríamos decir que se infló exageradamente la composición de este grupo (ii). Se requiere de un análisis caso por caso para ver si el razonamiento que se expondrá en el cuerpo principal se ajusta a cada funcionario. Por ejemplo, ¿debían incluirse a los miembros del Ministerio de Relaciones Exteriores que estaban negociando la adquisición de esta y otras vacunas? Ellos se habrían considerado a sí mismos miembros del grupo (ii) o en un nivel semejante, pese a que su labor —siendo importante— no los exponía a riesgo. Al respecto, la excanciller Elizabeth Astete, expresó que se vacunó en secreto porque, dada la importante labor que venía cumpliendo, “no podía dar[se] el lujo de caer enferma” (Andina, 2021). Estos casos “de más” deberían considerarse parte del grupo (iv). Por último, si en verdad se hubiera querido proteger a las personas que calzaban con el criterio estipulado para el grupo (ii), la lista debió elaborarse públicamente.

El grupo (iii) se encuentra en la misma situación. Este estaba supuestamente constituido por personas con proximidad física a los miembros de (i) y (ii), por lo que se les vacunó para crear un anillo protector alrededor de estos. Mas, por citar un caso, la hija del doctor Germán Málaga, encargado principal del ensayo clínico, vino desde Alemania para vacunarse en el Perú (RPP, 2021). Asumiendo que fuese razonable proteger a Germán Málaga, ¿qué razón habría para considerar parte del grupo (iii) a una persona que vive en Alemania? Ella debería ser parte del grupo (iv). El análisis que exponderemos en breve considerará únicamente la proximidad física —no afectiva, sanguínea o de cualquier otro tipo— a los miembros de los grupos (i) y (ii).

En cambio, el grupo (iv), los invitados, no posee problemas en su composición ya que, siendo tan laxo en su definición, cualquiera podría caer en él. Para el argumento que continúa, asumamos la composición correcta y homogénea de los grupos mencionados, vale decir (i), (ii) y (iii).

(i) *El equipo de investigación.* Para que la población mundial acceda a una vacuna efectiva y validada se requieren múltiples fases de investigación clínica. En tal sentido es condición indispensable contar con personal especializado. Por ello, no es difícil reconocer el alto valor instrumental del equipo de investigación a cargo de los ensayos. Se justifica entonces priorizar sobre todo a quienes están expuestos en la interacción con los voluntarios y son de muy difícil reemplazo. El eventual contagio o muerte de alguno de los investigadores podría perjudicar significativamente la diligencia o la realización de su trabajo y, por esa razón, afectar el objetivo principal de la investigación: obtener una vacuna efectiva que proteja la salud y la vida de las personas. Por ello, se justificaría priorizar a los miembros del equipo de investigación a cargo de los ensayos clínicos que están en riesgo por razones del propio ensayo. Después de todo, este grupo está directamente implicado en la producción de vacunas que servirán de protección no solo a ellos mismos o a cualquier otro grupo priorizado, sino a la población general.

(ii) *Equipo de salud pública frente a la COVID-19.* Este grupo también cumplía labores directas para el objetivo primario de proteger la vida de la población. El equipo lideraba la estrategia contra la COVID-19 y contaba con profesionales cuya experiencia y pericia en el área es difícil de reemplazar. Algunos miembros del equipo de salud pública también fueron inoculados. Para evaluar si se podían prever mayores utilidades al priorizar a este grupo que en los escenarios alternativos, hace falta detenernos en la situación de los otros grupos excluidos de la lista. Por ejemplo, consideremos el caso del grupo (vi): los intensivistas. Ninguno de los intensivistas que se encontraban activos recibió alguna de las dosis adicionales. Sin embargo, dada la escasez de estos profesionales y su rol tan especializado como directo en la supervivencia de los pacientes hospitalizados, es bastante evidente su alto valor instrumental. Luego, ¿por qué dar prioridad al equipo de salud pública en lugar de a los médicos intensivistas?

Desde los inicios de la pandemia, el Gobierno peruano otorgó a los trabajadores de salud en situación de riesgo —por su avanzada edad o comorbilidad— la posibilidad de no laborar o hacerlo remotamente (El Peruano, 2020). Muchos profesionales de salud, incluyendo la tercera parte de los intensivistas

habilitados, se acogieron a dicha modalidad (El Comercio, 2021a). En cambio, para muchos otros profesionales, la protección virtual no era una opción factible debido a la naturaleza de su función. En esta situación se hallaban algunos miembros del equipo de salud —grupo (ii)— y un aproximado de 450 intensivistas que permanecieron activos —grupo (vi)—. Algunos miembros del equipo que lideraba la respuesta frente a la pandemia debían realizar labores de campo o visitas de coordinación y monitoreo a hospitales y otras dependencias de salud. Tal situación implicaba la elevada exposición al contagio frente al promedio de la población. Sin embargo, la posibilidad de contagio se presume bastante menor que en el caso de los médicos intensivistas, cuya labor exigía cercanía y contacto con los pacientes con cuadros más severos, con alta carga viral y con el riesgo más agudo de muerte. Prescindir de tales especialistas se traduciría en que una considerable cantidad de estos pacientes atendidos —y aquellos potencialmente atendibles— fallezcan, pues ya se encontraban entre la vida y la muerte. Entonces, los grupos (ii) y (vi) cumplían funciones vitales, pero el grupo (vi), además, se encontraba en mayor exposición de contagio que el grupo (ii) —incluso también más que el grupo (i)—.

La precedencia del equipo de salud pública, frente a los intensivistas, podría justificarse moralmente si se demostrase que su rol produce un beneficio cuantitativo más amplio que la atención médica misma en cuidados intensivos. Las funciones dentro de los miembros del equipo de salud son heterogéneas. Algunas tareas son más preventivas; otras, más de gestión de medios; otras, mixtas; etc. El equipo de salud en conjunto brindaba soporte a los intensivistas. Si se tomaran aisladamente las funciones, por ejemplo, haciendo solo la comparación con los responsables de las tareas preventivas podría forzarse cierta conclusión. Sin embargo, nos parece difícil resolver la espinoza cuestión: ¿qué grupo salva más vidas? Habría que precisar el rol causal que tienen los profesionales de la prevención médica —una de las tareas, entre otras, del equipo de salud— en comparación con los profesionales de la atención médica directa e inmediata —intensivistas—. Este nos resulta un dilema insoluble ya que ambos parecen cuidadores amplios y vitales; y, por tanto, calificados para ser prioritariamente cuidados y protegidos. Como alternativa podría afirmarse condicionalmente que cualquier priorización debería

responder a sólida información empírica sobre qué grupo tiene más alcance en capacidad de salvar vidas dada la amenaza específica en cuestión.

Adicionalmente, podría argumentarse únicamente la priorización de una pequeña parte del grupo (ii): solo aquellos individuos mayores o con comorbilidades efectivamente expuestos al contagio por razón de su trabajo. Este último razonamiento no aplica al caso de los intensivistas que se mantuvieron activos, pues no eran mayores y estaban libres de comorbilidades. Como se dijo anteriormente, aproximadamente la tercera parte de los intensivistas habilitados en el Perú no estaba en condiciones de continuar su rol por razones de edad y comorbilidad, por lo cual pasaron a licencia y quedaron solo 450 activos (El Comercio, 2021a).

iii) *Entornos de (i) y (ii)*. Los investigadores principales del ensayo clínico inocularon con las dosis adicionales también a las personas físicamente cercanas a los miembros del equipo de investigación (i) y del equipo de salud pública (ii), esto es, a sus trabajadores de limpieza, choferes, secretarías y/o familiares con quienes convivían. La explicación que proporcionaron los responsables del estudio para la inclusión de (iii) consistió en la intención de crear una red de protección alrededor de los individuos pertenecientes a (i) y (ii), de modo que se reduzcan las posibilidades de exposición. De esta manera se generaría una burbuja social que optimizaría la protección de ambos grupos. Esta medida es conocida como la “Estrategia Capullo de Vacunación” (Ministerio de Salud Chile, 2021), la cual es utilizada en personas físicamente cercanas a las que se busca proteger. Frente a los objetivos de la lucha contra la COVID-19, el valor instrumental de este grupo (iii) es menos directo que el de los grupos (i) y (ii), incluso del grupo (vi).

Entonces, ¿por qué vacunar a (iii)? Es importante tomar en cuenta que en esta pandemia las estrategias más utilizadas y eficaces han sido las que, abandonando un enfoque individualista, se han enmarcado en una lógica comunitaria. Al ser una enfermedad infecciosa, una estrategia que considere que la unidad a ser protegida es el individuo *simpliciter* pierde de vista los procesos de expansión intrínsecamente dinámicos de la pandemia. Por ello, las medidas preventivas no han sido solo individuales —uso de mascarillas, lavado constante de manos, etc.—, sino también sociales —prohibición de aglomeracio-

nes, cierre de fronteras, etc.—. Desde esta lógica, la estrategia de capullo cobra cierta validez respecto de personas clave que a su vez cumplen el rol de cuidadores de la población. Además, habría que incluir la siguiente condición: existían razones suficientes para pensar que solo a través de la creación de una burbuja social se podría proteger significativamente a los grupos previamente priorizados, (i) y (ii). La creación de estas redes de resguardo se podría juzgar necesaria si se sabía que la vacuna en estudio podía no ser efectiva en algunos casos. De esta manera, se esperaba que las burbujas sociales cortaran vías de contagio allí donde la vacuna experimental no lo hubiera hecho directamente. Pero ¿se tenía ese conocimiento? ¿Había razones suficientes para creer que vacunar a una persona clave sin hacer lo propio con su entorno inmediato implicaba, finalmente, mantenerla desprotegida? No. Reinaba la incertidumbre. En cambio, sí había razones suficientes y bien comprobadas para señalar que el cuidado de los intensivistas era de vital importancia. Por tanto, la prioridad del grupo (vi) sobre el (iii) parece indudable.

Se podría argumentar que, de haber contado con más dosis adicionales, quizá se hubiera podido justificar la vacunación del grupo (iii) —siempre con el propósito de proteger a los actores clave en la lucha contra la pandemia, los grupos (i) y (ii)—, y solo después de haber vacunado al grupo (vi). Pero esta conclusión parece débil frente a tres razones. Primero, las personas de (iii) no tienen un alto valor instrumental directo. Segundo, no había prueba de que su protección fuese evidentemente necesaria para proteger a (i) y (ii). Tercero, se estaría relajando un límite que se había establecido para (i) y (ii): se les cuidaba porque al cumplir su función —clave en la lucha contra la pandemia— se estaban exponiendo al contagio; no solo porque su función es importante. Si fuera esto último, por ejemplo, un funcionario con una tarea fundamental —como la mencionada excanciller Elizabeth Astete—, pero que no está en contacto con pacientes contagiados, podría exigir la vacuna prioritariamente también. Por tanto, la justificación de este grupo (iii) no deja de ser débil.

(iv) *Invitados*. Los responsables del estudio señalaron que hubo también algunos invitados, en su mayoría personas ligadas comercialmente al proceso de investigación. Son personas cuyo vínculo con el experimento sería, más bien, mercantil o empresarial. In-

cluye ejecutivos de laboratorios, dueños de empresas que proveían sus servicios al equipo de investigación, posibles inversores en la continuidad de la experimentación y su comercialización, y otras figuras de poder económico en el Perú (Ojo Público, 2021). Un caso emblemático resulta el personal del laboratorio Suiza Lab (Ascarza, 2022). Dicho laboratorio estaba encargado de las pruebas moleculares para el ensayo de investigación. Sin embargo, no había sido autorizado por la entidad pública gubernamental para realizar tales pruebas en el país. Suiza Lab tercerizó el servicio, de modo que el Hospital Naval realizaba las pruebas. Entonces, ¿por qué podría considerarse a los gerentes o accionistas de Suiza Lab como personas fundamentales para este ensayo?

El propósito fundamental de reducir el número de víctimas en el contexto de la crisis sanitaria pareciera no otorgar mayor valor instrumental a los miembros del grupo (iv). El razonamiento que se tuvo detrás de la inoculación a este grupo pareciera responder a criterios de cálculo o garantizar una cadena de favores. Si bien se podría ensayar una línea argumentativa que justificara la selección de este grupo apelando al objetivo de una mejor gestión actual y futura del proceso y los resultados de la investigación, dicha justificación sería insuficiente. Tal razonamiento perpetuaría el beneficio reservado a la posición del individuo en el sistema mercantil, y no a su función esencial para proteger de la enfermedad y la muerte al conjunto de la población. En suma, no encontramos justificación razonable para que este grupo haya sido incluido.

## **7. Conclusión: recuperar la igualdad moral y el escrutinio público**

Cuando la toma de decisiones en temas de interés público tan delicados —como autorizar usos no comprobados y/o priorizar recursos médicos escasos en emergencias— obedece solo a la discrecionalidad de quien ostenta el poder de decisión, cunde el clima de desconfianza y malestar social. Dicho accionar colisionaría con los principios de igualdad moral y deliberación pública, pues, ante la ciudadanía, se estarían tratando unos pocos a sí mismos como privilegiados y más valiosos que otros, sea porque se arrogan el derecho de decidir unilateral y secretamente o sea porque la decisión les beneficia principalmente a ellos mismos. Al violarse aquellos principios, el resultado

puede considerarse arbitrario, caprichoso, sesgado, oscuro y opaco, o un producto de intereses egoístas y posturas elitistas.

La administración de las dosis adicionales de la candidata a vacuna pudo seguir una estrategia cuyas consecuencias podrían haber ayudado en la lucha contra la pandemia. En dicho proceso, obedecer los principios de igualdad moral y deliberación pública no hubiera debilitado la institucionalidad y el espíritu democrático; y, si no los hubiera fortalecido, al menos no los habría dañado tanto. Por supuesto, incluso al seguir y aplicar ambos principios, el resultado es debatible —como sucede con tantas otras acciones y medidas en torno a la pandemia u otros dilemas morales— y siempre puede dar pie al reclamo por uno distinto. Pero al menos se minimizan los desacuerdos, la arbitrariedad, la opacidad y otros vicios. Por último, al tratarse de un recurso médico escaso, pudo explicitarse en la discusión pública el criterio utilitarista de salvar vidas que estaban en condición de salvar a otras. En Emiratos Árabes Unidos sucedió un proceso semejante al peruano por las mismas fechas. Allí se priorizó la vacunación de personal médico de primera línea y autoridades vinculadas al manejo de la pandemia cuando todavía no se concluía la fase 3

de Sinopharm (Al Jazeera, 2020). Una gran diferencia adicional entre los casos de Emiratos Árabes y del Perú estuvo en la transparencia o publicidad del primero versus el secretismo del segundo.

Concluimos, primero, que pudo ser moralmente defendible la utilización de ciertas dosis adicionales por fuera del ensayo original siempre que se hubiera producido dentro de otro tipo de ensayo que, de todos modos, fuera público y siguiera las pautas de la OMS con las variaciones mencionadas en el presente artículo. Segundo, de haberse actuado según las pautas anteriormente descritas, pudo ser moralmente justificable la priorización de los grupos (i) y (ii), ciertamente si se equipara e incluye al grupo (vi); en cambio, difícilmente, para el grupo (iii); y totalmente injustificable para el (iv). No pretendemos sugerir que quienes tomaron las decisiones hayan deliberado así. Sus decisiones podrían haber respondido, más bien, a factores que no se vinculan en absoluto con los intentos de justificación moral desarrollados en este texto.

#### Conflicto de interés

Pyro Suarez declara ser familiar directo de uno de los funcionarios públicos involucrados en el caso.

## Referencias bibliográficas

- Al Jazeera. (2020, 3 de noviembre). UAE prime minister receives coronavirus vaccine shot. *Al Jazeera*. <https://www.aljazeera.com/news/2020/11/3/uae-pm-and-dubai-ruler-receives-coronavirus-vaccine>
- Andina. (2021, 14 de febrero). Canciller Elizabeth Astete anunció su renuncia al cargo. *Andina. Agencia Peruana de Noticias*. <https://andina.pe/agencia/noticia-canciller-elizabeth-astete-anuncio-su-renuncia-al-cargo-833742.aspx>
- Ascarza, L. (2021, 23 de marzo). El pago por ser voluntario de Sinopharm: abandono, indiferencia y silencio. *Salud con lupa*. <https://saludconlupa.com/noticias/el-pago-por-ser-voluntario-de-sinopharm-abandono-indiferencia-y-timos/>
- Ascarza, L. (2022, 12 de febrero). Vacunagate: Dos empresas, un centenar de médicos e investigadores sin sanción. *Salud con lupa*. <https://saludconlupa.com/noticias/vacunagate-dos-empresas-medicos-e-investigadores-sin-sancion/>
- Caretas, (2021, 14 de febrero). Cayetano Heredia: 3200 dosis adicionales Sinopharm no se consideran parte de la "investigación y no se recolectarán datos con propósitos de análisis". *Caretas*. <https://caretas.pe/nacional/cayetano-heredia-3200-dosis-adicionales-sinopharm-no-se-consideran-parte-de-la-investigacion-y-no-se-recolectaran-datos-con-propositos-de-analisis/>
- Constitución Política del Perú. (2001). Constitución Política del Perú promulgada el 29 de diciembre de 1993. *Normas legales actualizadas. El Peruano*. [https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0001/CONSTITUCION\\_POLITICA\\_DEL\\_PERUv05.pdf](https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0001/CONSTITUCION_POLITICA_DEL_PERUv05.pdf)
- Cortina, A. (2010). *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. Tecnos.

- El Comercio. (2021a, 20 de enero). ¿Cuál es la situación de los médicos intensivistas ante la segunda ola del COVID-19? *El Comercio* (Perú). <https://elcomercio.pe/peru/cual-es-la-situacion-de-los-medicos-intensivistas-ante-la-segunda-ola-del-covid-19-noticia/?ref=ecr>
- El Comercio. (2021b, 17 de febrero). Arzobispo de Lima: “Nos duele de sobremanera que Nuncio Apostólico Nicola Girasoli esté en la lista de vacunados”. *El Comercio* (Perú). <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/vacunagate-arzobispo-de-lima-nos-duele-sobremanera-que-nuncio-apostolico-nicola-girasoli-este-en-la-lista-de-vacunados-nndc-noticia/>
- El Peruano. (2020, 15 de marzo). Decreto de Urgencia 026-2020. Decreto de Urgencia que establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del Coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional. Artículo 20.- Trabajo remoto para grupo de Riesgo. *El Peruano*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-diversas-medidas-excepcion-decreto-de-urgencia-n-026-2020-1864948-1/>
- Gestión (2021a, 14 de febrero). UPCH: Martín Vizcarra y su esposa nunca fueron voluntarios del ensayo de la vacuna de Sinopharm. *Gestión*. <https://gestion.pe/peru/upch-martin-vizcarra-y-su-esposa-nunca-fueron-voluntarios-del-ensayo-de-la-vacuna-de-sinopharm-noticia/>
- Gestión (2021b, 17 de febrero). Rector de San Marcos: “Fuimos invitados a inocularnos por el compromiso institucional al ser parte de investigación”. *Gestión*. <https://gestion.pe/peru/politica/vacunagate-rector-de-san-marcos-fuimos-invitados-a-inocularnos-por-el-compromiso-institucional-que-teniamos-al-ser-parte-de-esta-investigacion-nndc-noticia/>
- Gupta, R. y Morain, S. R. (2020). Ethical allocation of future COVID-19 vaccines. *Journal of Medical Ethics*, 47(3), 137-141. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106850>
- Habermas, J. (1994). *Moral Consciousness and Communicative Action* (Traducido por Christian Lenhardt y Shierry Weber Nicholsen). Polity Press.
- Hooker, B. (2015). Rule Consequentialism. *Enciclopedia de Filosofía de Stanford*. <https://plato.stanford.edu/entries/consequentialism-rule/>
- Kant, I. (1993). *Grounding for the Metaphysics of Morals* (Traducido por J. W. Ellington). Hackett Publishing Company.
- Kant, I. (2006). *Toward Perpetual Peace and Other Writings on Politics, Peace, and History*. Yale University Press.
- Michalsen, A., Vergano, M., Quintel, M., Sadovnikoff, N. y Truog, R.D. (2020). Epilogue: Critical Care During a Pandemic – A Shift from Deontology to Utilitarianism? En Michalsen, A. y Sadovnikoff, N. (Eds.). *Compelling Ethical Challenges in Critical Care and Emergency Medicine* (pp. 157-166). Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-030-43127-3_16)
- Mill, J. (2003). Utilitarianism. En *Utilitarianism and On Liberty*. Blackwell
- Ministerio de Salud. (2021). Informe de la comisión sectorial investigadora de la aplicación de la vacuna candidata contra la COVID-19. *Gob.pe*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1721531-informe-de-la-comision-sectorial-investigadora-de-la-aplicacion-de-la-vacuna-candidata-contra-la-covid-19>
- Ministerio de Salud Chile. (2021). Estrategia Capullo, Cuidadores de pacientes pediátricos inmunocomprometidos. *Minsal.cl*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/ESTRATEGIA-CAPULLO-CUIDADORES-DE-PACIENTES-PEDIATRICOS-INMUNOCOMPROMETIDOS.pdf>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25917>
- Ojo Público. (2021). #Vacunagate. *Historia secreta de la vacunación en el Perú*. Aguilar.
- OPS. (2020a). *Uso de emergencia de intervenciones no probadas y fuera del ámbito de la investigación. Orientación ética para la pandemia de COVID-19*. s. l.: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52430>

- OPS. (2020b). *Consideraciones para la supervisión regulatoria de los ensayos clínicos en la pandemia de COVID-19*. Organización Panamericana de la Salud.
- Rawls, J. (2005). *Political Liberalism. Expanded Edition*. Columbia Press.
- RPP (2021, 16 de febrero). "Le pido perdón por haberla involucrado": Germán Málaga admitió que su hija también fue vacunada contra la COVID-19 [Video]. RPP. <https://rpp.pe/politica/congreso/coronavirus-german-malaga-admitio-que-su-hija-tambien-fue-vacunada-contra-la-covid-19-noticia-1321231>
- Savulescu, J., Persson, I. y Wilkinson, D. (2020). Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*. 34, 620-632. <https://doi.org/10.1111/bioe.12771>
- Taj, M., Kurmanaev, A., Andreoni, M. y Politi, D. (2021, 25 de febrero). Escándalos de vacunación en América Latina: los poderosos y sus aliados se saltan la fila. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2021/02/25/espanol/corruption-vacunagate.html>
- Vega, R. G. (2021, 16 de febrero). "Vacunagate": los 487 que se beneficiaron en secreto de las dosis de Sinopharm. *Salud con lupa*. <https://saludconlupa.com/noticias/vacunagate-los-487-que-se-beneficiaron-en-secreto-de-las-dosis-de-sinopharm/>
- Vernon, R. (2010). *Locke on Toleration*. Cambridge University Press.
- WHO ( 2014) . *Ethical considerations for use of unregistered interventions for Ebola viral disease: report of an advisory panel to WHO*. World Health Organization. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/130997>
- WHO (2016). *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>
- WHO (2020). *Ethics and COVID-19: Resource allocation and priority-setting*. World Health Organization. [https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/ethics-and-covid-19-resource-allocation-and-priority-setting.pdf?sfvrsn=4c14e95c\\_1](https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/ethics-and-covid-19-resource-allocation-and-priority-setting.pdf?sfvrsn=4c14e95c_1)
- WHO (s. f.). *Frequently asked questions compassionate use of Ebola vaccine in the context of the Ebola outbreak in north Kivu, democratic republic of Congo*. World Health Organization. <https://www.afro.who.int/publications/frequently-asked-questions-compassionate-use-ebola-vaccine-context-ebola-outbreak>
- Working Group on Compassionate Use & Preapproval Access. (s. f.). *Frequently Asked Questions*. NYU Langone Health. <https://med.nyu.edu/departments-institutes/population-health/divisions-sections-centers/medical-ethics/research/working-group-compassionate-use-preapproval-access/frequently-asked-questions#what-does-investigational-mean>
- Xia, S., Zhang, Y., Wang, Y., et ál. (2021). Safety and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine, BBIBP-CorV: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 trial. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(1), 39-51. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30831-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30831-8)