

La COVID-19 y la vacunación obligatoria: consideraciones y reservas de índole ética

Sinopsis de política

13 de abril del 2021

Antecedentes

La vacuna es una de las herramientas más efectivas para proteger a las personas contra la COVID-19. Por consiguiente, habida cuenta de que la vacunación contra la COVID-19 ya está en marcha o se contempla en el horizonte en muchos países, algunos de ellos podrían considerar hacerla obligatoria para aumentar las tasas de vacunación y alcanzar las metas de salud pública y, en ese caso, habrá que definir en qué condiciones, para quiénes y en qué contextos.

No es raro que los gobiernos y las instituciones ordenen ciertas acciones o tipos de comportamiento para proteger el bienestar de las personas o las comunidades. Esas políticas pueden estar justificadas desde el punto de vista ético, porque pueden ser cruciales para proteger la salud y el bienestar de la población. Sin embargo, debido a que las políticas que, por mandato, exigen una acción o un comportamiento determinados interfieren con la libertad y la autonomía individuales, deben tratar de equilibrar el bienestar comunitario con las libertades individuales (1). Si bien el hecho de interferir con la libertad individual no hace que una intervención de política sea injustificada en sí misma, toda política plantea una serie de consideraciones y reservas éticas, y debe justificarse promoviendo otro objetivo social valioso, como la protección de la salud pública.

Este documento no presenta una posición de respaldo ni de oposición a la vacunación obligatoria contra la COVID-19. Más bien plantea algunas consideraciones y reservas éticas importantes que deben evaluarse y discutirse explícitamente mediante un análisis ético realizado por los gobiernos o los responsables institucionales de la formulación de políticas que estén considerando la obligatoriedad de la vacunación contra la COVID-19.

¿Qué implica la "vacunación obligatoria"?

Las formas contemporáneas de "vacunación obligatoria" exigen la aplicación de vacunas bajo la amenaza directa o indirecta de imponer restricciones en caso de incumplimiento (2). Normalmente, las políticas de vacunación obligatoria permiten un número limitado de excepciones reconocidas por autoridades legítimas (por ejemplo, contraindicaciones médicas) (3). A pesar de su nombre, la "vacunación obligatoria" no constituye realmente una obligación; es decir, no se utiliza la fuerza ni la amenaza de una sanción penal en caso de incumplimiento. Por lo tanto, en este documento nos referimos al tipo de vacunación obligatoria que se describe al principio de este párrafo. De todos modos, las políticas de "vacunación obligatoria" limitan de alguna manera la elección individual al imponer la vacunación como condición para asistir a la escuela o trabajar en determinados sectores o ámbitos, como la atención de salud, por ejemplo. No es extraño encontrar esas políticas (2), aunque cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) no apoya actualmente la emisión de

mandatos para la vacunación contra la COVID-19, puesto que sostiene que es mejor trabajar en realizar campañas de información y en hacer que las vacunas sean accesibles (4). Además, recientemente la OMS emitió una declaración de posición en la que señala que las autoridades nacionales y los operadores de medios de transporte no deben exigir la vacunación contra la COVID-19 como condición para realizar viajes internacionales (5).

Las leyes y las justificaciones legales de la vacunación obligatoria difieren según la jurisdicción (6). La obligación legal de vacunarse difiere de una obligación ética en la medida en que esta última no se hace cumplir por medio de amenazas de aplicar restricciones en caso de incumplimiento. Este documento se enfoca en consideraciones y reservas de índole ética con respecto a las políticas de vacunación obligatoria contra la COVID-19.

Consideraciones y reservas de índole ética con respecto a la vacunación obligatoria contra la COVID-19

Las siguientes consideraciones y reservas deben ser evaluadas y discutidas explícitamente por medio de un análisis ético realizado por los gobiernos o los responsables institucionales de la formulación de políticas que pueden estar considerando la emisión de un mandato de obligatoriedad de la vacuna contra la COVID-19. Deben examinarse junto con otras consideraciones científicas, médicas, legales y prácticas relevantes que no se describen en este documento.

1. Necesidad y proporcionalidad

La vacunación obligatoria debe considerarse solo si es necesario, y es debidamente proporcional, para el logro de una meta importante de salud pública (incluidas las metas socioeconómicas) determinadas por una autoridad de salud pública legítima. Si puede alcanzarse esa meta de salud pública (por ejemplo, inmunidad colectiva, protección de los más vulnerables, protección de la capacidad del sistema de salud para pacientes agudos) con intervenciones de política menos coercitivas o intrusivas (por ejemplo, por medio de la educación pública), no se justificaría un mandato desde el punto de vista ético, porque el logro de metas de salud pública con menos restricciones de la libertad y la autonomía individuales representan una relación más favorable entre el riesgo y el beneficio (1).

Dado que los mandatos constituyen una opción de política que interfiere con la libertad y la autonomía individuales, solo deben considerarse si aumentan la prevención de riesgos significativos de morbilidad y mortalidad, o promueven beneficios significativos e inequívocos para la salud pública. Si no se pueden alcanzar metas importantes de salud pública sin un mandato –por ejemplo, si una parte considerable de la población puede vacunarse, pero se rehúsa a hacerlo y es probable que esto redunde en riesgos altos de daño– deben abordarse sus preocupaciones, si fuera posible de manera proactiva. Por otra parte, si la manera de abordar esas preocupaciones no logra su cometido y esas preocupaciones siguen siendo un obstáculo para el logro de las metas de salud pública o si las tasas bajas de vacunación debido a que no existe un mandato ponen a otras personas en riesgo significativo de sufrir daños graves, un mandato puede considerarse "necesario" para alcanzar las metas de salud pública. En este caso, quienes propongan el mandato deben comunicar cuáles son las razones a las comunidades afectadas por medio de canales eficaces y encontrar formas de aplicar el mandato de manera que se adapte a las preocupaciones razonables de las comunidades. Las libertades individuales no deben ser limitadas por más tiempo del necesario. Por consiguiente, los responsables de la formulación de políticas deben

reevaluar con frecuencia el mandato para confirmar que sigue siendo necesario y proporcional para el logro de las metas de salud pública. Además, debe evaluarse la necesidad de un mandato para alcanzar metas de salud pública ante la posibilidad de que puedan requerirse vacunaciones repetidas a medida que el virus evoluciona, puesto que esta situación podría limitar la posibilidad de que un mandato permita alcanzar de manera realista las metas de salud pública propuestas.

2. Evidencia suficiente de la seguridad de las vacunas

Debe disponerse de datos que demuestren que la vacuna que se va a aplicar por mandato sea segura en la población para la cual se hará obligatoria. Cuando se carece de datos sobre la seguridad de las vacunas o cuando los datos implican que los riesgos asociados con la vacunación superan los riesgos de sufrir daños sin la vacuna, el mandato no estaría justificado desde el punto de vista ético, en particular si no se permiten excepciones razonables (por ejemplo, contraindicaciones médicas). Los responsables de la formulación de políticas deben considerar específicamente si las vacunas autorizadas para uso de emergencia o condicional cumplen con un umbral probatorio de seguridad suficiente para justificar un mandato (7). En ausencia de evidencia suficiente de su seguridad, no habría garantía de que la obligatoriedad de la vacunación logre el objetivo de proteger la salud pública. Además, la exposición coercitiva de la población a un producto potencialmente nocivo violaría la obligación ética de proteger al público de daño innecesario cuando el daño que el producto pudiera causar es mayor al daño que podría producirse sin ese producto.

Aun cuando la vacuna se considere suficientemente segura, la vacunación obligatoria debe llevarse a cabo con un programa de indemnización sin necesidad de demostrar culpa o negligencia para atender cualquier daño que pudiera provocar la vacuna. Esto es importante, puesto que sería injusto que las personas que sufren daños relacionados con la vacuna se vean obligadas a buscar recursos legales debido a un daño resultante de una intervención obligatoria (8). La compensación dependería de los sistemas de salud de los países, incluido el alcance de la cobertura universal de salud y la forma en que se abordan los daños causados por las vacunas que no están totalmente autorizadas (por ejemplo, las vacunas aprobadas para uso de emergencia o condicional).

3. Evidencia suficiente de la eficacia y la efectividad de las vacunas

Debe disponerse de datos que demuestren que la vacuna es eficaz en la población para la cual será obligatoria la vacunación y que es un medio efectivo para alcanzar una importante meta de salud pública. Por ejemplo, si se considera necesaria la vacunación obligatoria para interrumpir la cadena de transmisión y evitar daños a otras personas, debe haber evidencia suficiente de que la vacuna es eficaz para prevenir infecciones graves o la transmisión. Como alternativa, si es necesario recurrir a la vacunación obligatoria para evitar la hospitalización y proteger la capacidad del sistema de salud para pacientes agudos, debe contarse con suficiente evidencia de que la vacuna es eficaz para reducir el número de hospitalizaciones. Los responsables de la formulación de políticas deben considerar con mucho cuidado si las vacunas autorizadas para uso de emergencia o condicional cumplen o no con umbrales probatorios de eficacia y efectividad suficientes para justificar su obligatoriedad (7).

4. Abastecimiento suficiente

Para considerar un mandato de obligatoriedad, el abastecimiento de la vacuna autorizada debe ser suficiente y confiable, con un acceso razonable y gratuito para quienes será obligatorio vacunarse (es decir, debe haber pocos obstáculos que dificulten el acceso a la vacuna para la población afectada por el mandato). Si no hay un abastecimiento suficiente y un acceso razonable y gratuito, no solo sería ineficaz el mandato para lograr la aceptación de la vacuna, sino que se crearía una demanda excesivamente onerosa e injusta para las personas que deben vacunarse, pero no pueden acceder a la vacuna. Un mandato de esa índole amenazaría con exacerbar la inequidad social en el acceso a la atención de salud.

5. Confianza pública

Los responsables de la formulación de políticas tienen el deber de considerar cuidadosamente el efecto que la obligatoriedad de la vacunación podría tener en la confianza pública, en particular, en la confianza en la comunidad científica y en la vacunación en general (9). Si esa política amenaza con debilitar la confianza pública, podrían verse afectadas la aceptación de las vacunas y la adhesión a otras medidas de salud pública importantes, y estos efectos pueden ser duraderos (10). En particular, el poder coercitivo que los gobiernos o las instituciones demuestren en un programa que socave la voluntariedad podría tener consecuencias negativas no deseadas para los grupos poblacionales vulnerables o marginados (11). Por lo tanto, debe darse alta prioridad a las amenazas a la confianza pública en los grupos minoritarios históricamente desfavorecidos, y asegurarse de que se tomen en cuenta consideraciones culturales. La reticencia a la vacunación puede ser más fuerte en esos grupos poblacionales y podría no estar restringida a las preocupaciones sobre seguridad y la eficacia (12), dado que la desconfianza con respecto a las autoridades puede tener sus raíces en incidentes previos de aplicación de políticas y prácticas médicas y de salud pública poco éticas, así como en la inequidad estructural (9). Estos grupos poblacionales pueden considerar la vacunación obligatoria como otra forma de inequidad u opresión, dificultándoles el acceso a empleos y servicios esenciales (13).

La medida en que las políticas de vacunación obligatoria respetan la objeción de conciencia también puede afectar la confianza pública (14). Sin embargo, debe haber límites científicos y prudenciales estrictos a las solicitudes de respetar una "objeción de conciencia", sobre todo cuando este mecanismo puede ser utilizado por algunos oportunistas para aprovecharse del bien de salud pública de la inmunidad colectiva, o si amenazan la salud pública y el derecho de los demás a no infectarse con una enfermedad infecciosa virulenta (15, 16).

6. Procesos éticos de toma de decisiones

La transparencia y la toma de decisiones gradual por parte de las autoridades legítimas de salud pública deben ser elementos fundamentales para el análisis y la toma de decisiones de índole ética sobre la vacunación obligatoria. Se debe hacer un esfuerzo razonable para involucrar a las personas afectadas y a las partes interesadas pertinentes, en particular a las que son vulnerables o marginadas, a fin de escuchar y comprender sus perspectivas. Deben adoptarse medidas de buena fe para respetar las obligaciones relativas a los derechos humanos de no discriminar ni perjudicar desproporcionadamente a los grupos vulnerables. Las autoridades legítimas de salud pública que contemplan políticas de vacunación obligatoria deben utilizar procedimientos transparentes y deliberativos para considerar los aspectos éticos que se describen en este documento mediante un análisis ético explícito, incluido el umbral de evidencia necesaria sobre la seguridad y la eficacia de la vacuna para justificar un mandato.

Como en otros contextos, debe contarse con mecanismos para vigilar constantemente la evidencia y revisar periódicamente las decisiones tomadas.

Vacunación obligatoria contra la COVID-19 en contexto

Se ha demostrado que las vacunas autorizadas contra la COVID-19 son seguras y eficaces para prevenir un cuadro grave y la muerte, y ha quedado claro que el abastecimiento de vacunas continuará aumentando a nivel mundial, aunque no de manera equitativa. Aun así, la naturaleza de la pandemia de COVID-19 y la evidencia sobre la inocuidad, la eficacia y la efectividad de las vacunas sigue evolucionando (incluso con respecto a variantes de preocupación). En consecuencia, las seis consideraciones que se presentaron se describen de manera general para que puedan aplicarse en cualquier momento y en cualquier contexto. Para fines ilustrativos, ahora analizaremos la aplicación de estas consideraciones éticas en tres ámbitos en los cuales se discute comúnmente el tema de la vacunación obligatoria: el público en general, las escuelas y los trabajadores de salud.

Público en general

Son raros los mandatos de vacunación obligatoria para la población adulta en general (7). A falta de un abastecimiento suficiente y confiable que permitiría vacunar a cada miembro apto del público en general, un mandato para toda la población no lograría incluir la consideración ética número 4 con respecto a un suministro suficiente. Sin embargo, aunque el abastecimiento de vacunas fuese suficiente y confiable, los responsables de la formulación de políticas deben considerar si la vacunación obligatoria de la población general es necesaria y proporcional para lograr las metas de salud pública previstas (consideración ética número 1). Es posible que se requiera más evidencia sobre la aceptación de la vacuna para determinar si es necesario un mandato, el cual dependerá del contexto local y de las metas del sistema de salud (por ejemplo, el logro de la inmunidad colectiva, la protección de quienes son más vulnerables). De manera análoga, la medida en la que un mandato para el público en general es proporcional dependerá hasta cierto punto del contexto local, dada la variación de las características epidemiológicas de la COVID-19 en diferentes jurisdicciones. Por otra parte, incluso si el abastecimiento fuese suficiente y el mandato para la vacunación del público en general se considerase necesario y proporcional, los responsables de la formulación de políticas deben determinar si dicho mandato podría amenazar la confianza pública o exacerbar la inequidad para los grupos más vulnerables o marginados (consideración ética número 5).

Escuelas

Dada la falta de datos sobre la seguridad y la eficacia de las vacunas contra la COVID-19 en la población infantil (consideraciones éticas número 2 y 3), aún no se ha autorizado ninguna para esta población. Por consiguiente, en la actualidad no se justifica la vacunación desde el punto de vista ético como condición para asistir a la escuela. Una vez que se disponga de esos datos y se demuestre que la seguridad y la eficacia son favorables en esta población, los responsables de la formulación de políticas tendrán que considerar si la obligatoriedad de la vacunación como condición para asistir a la escuela es necesaria y proporcional para alcanzar las metas de salud pública (consideración ética número 1) y si esto pudiera socavar la confianza pública (consideración ética número 5). En algunas jurisdicciones, la vacunación contra los virus que causan varias enfermedades (por ejemplo, poliomielitis, sarampión,

paperas y rubéola) es una condición para asistir a la escuela o recibir beneficios patrocinados por el estado (2); sin embargo, los mandatos para las vacunas pediátricas ordinarias difieren de los relativos a las vacunas autorizadas para uso de emergencia en muchos aspectos, incluida la evidencia relativamente limitada y en evolución de las vacunas contra la COVID-19, además de la incertidumbre con respecto a la inmunidad colectiva y las nuevas variantes del SARS-CoV-2 en el contexto de la COVID-19.

Personal de salud

Es probable que la vacunación obligatoria se discuta con mayor frecuencia en el contexto de la atención de salud y la asistencia social, en particular donde el personal de salud tiene contacto directo con la población en alto riesgo de infección por el SARS-COV-2, de contraer una enfermedad grave o de morir como resultado de la COVID-19 (por ejemplo, los establecimientos colectivos donde se cuida a personas mayores), debido a los entornos singulares en los que trabaja el personal de salud y su obligación ética de no causar daños a sus pacientes. Por otro lado, la vacunación obligatoria contra la COVID-19 podría ser particularmente recomendable para el personal de salud, dado que la vacunación de este grupo de la población podría considerarse necesaria para proteger la capacidad del sistema de salud (consideración ética número 1) y porque, en general, los trabajadores de salud se consideran un grupo prioritario para recibir la vacunación, lo que significa que son mayores las probabilidades de que exista un abastecimiento suficiente para satisfacer las necesidades de este grupo (consideración ética número 4). Un mandato de vacunación obligatoria para los trabajadores de salud debe ser necesario y proporcional (consideración ética número 1) y no debe socavar la confianza (consideración ética número 5), pero esto podría depender del contexto local y debería investigarse empíricamente antes de considerar un mandato para este grupo de la población.

En los entornos de atención médica suele haber diferentes formas de vacunación obligatoria (17), incluidos los requisitos de que los trabajadores de salud no vacunados permanezcan en su casa durante los brotes, las políticas en las que se requiere la vacunación como condición para el empleo, los requisitos de que los trabajadores de salud no vacunados sean transferidos a entornos donde el riesgo es menor y las llamadas políticas de "vacuna o mascarilla".

Dadas las tasas (y preocupaciones) actuales sobre el agotamiento de los trabajadores de salud como resultado de la pandemia y la posible consecuencia de terminar con una fuerza de salud con una dotación insuficiente (18), las políticas de vacunación obligatoria que requieren que los trabajadores de salud no vacunados se queden en su casa o que exigen la vacunación como condición para el empleo o para recibir privilegios hospitalarios podrían tener serias consecuencias negativas para los sistemas de salud, que de por sí ya están sobrecargados. Las políticas que requieren que los trabajadores de salud no vacunados sean transferidos a entornos donde el riesgo es menor podrían tener consecuencias similares, ya que podrían reducir el número de trabajadores cruciales en entornos que necesitan urgentemente recursos humanos de salud, como los establecimientos colectivos en los que se cuidan a las personas mayores. Además, puede ser difícil distinguir los entornos de riesgo alto y bajo donde hay una transmisión comunitaria generalizada del SARS-CoV-2.

Por último, algunas instituciones de salud podrían preguntarse si las políticas de "vacuna o mascarilla", que no han sido propuestas para la COVID-19, pero que a veces se aplican a manera de vacuna obligatoria para la gripe estacional (19, 20), deberían emplearse de igual manera como mandato para

exigir la vacunación contra la COVID- 19 del personal de salud. Como es probable que las mascarillas sean un requisito en los entornos de atención médica en el futuro previsible, el incentivo para que los trabajadores de la salud se vacunen en virtud de las políticas de "vacuna o mascarilla" –es decir, que si están vacunados no tendrán que usar una mascarilla en todos los entornos de atención al paciente mientras circule el virus– no tendrá la misma fuerza. Las políticas de "vacuna o mascarilla" mantendrían esa fuerza si los trabajadores de salud vacunados contra la COVID-19 pudieran dejar de usar mascarillas, pero esto no está justificado científica ni éticamente dada la importancia del equipo de protección personal para la prevención y el control de infecciones en las instituciones de salud (21), particularmente cuando existe incertidumbre en torno a la capacidad de una vacuna para garantizar la inmunidad. En este caso, las políticas de "vacuna o mascarilla" corren el riesgo de hacer demasiado hincapié en el efecto protector de las mascarillas. Debido a que ninguna vacuna es 100% eficaz, se deben tomar las precauciones habituales de prevención y control de infecciones, que incluyen el uso de mascarillas, pero también se deben aplicar otras precauciones habituales para minimizar el riesgo.

Conclusiones

Las vacunas son efectivas para proteger a las personas contra la COVID-19. Los gobiernos o los responsables institucionales de la formulación de políticas deben emplear argumentos convincentes para promover la vacunación voluntaria contra la COVID-19 antes de contemplar la vacunación obligatoria. Se deben hacer esfuerzos para demostrar el beneficio y la seguridad de las vacunas a fin de lograr la mayor aceptación posible de la vacunación. Se deberían considerar medidas regulatorias más estrictas únicamente si no se tiene éxito con esos medios. Es necesario discutir y tratar explícitamente una serie de consideraciones y reservas de índole ética mediante un análisis ético cuando se tenga que decidir si la vacunación obligatoria contra la COVID-19 es una opción de política justificable desde el punto de vista ético. Al igual que en el caso de otras políticas de salud pública, las decisiones sobre la vacunación obligatoria deben estar respaldadas por la mejor evidencia disponible y deben ser tomadas por las autoridades legítimas de salud pública de manera transparente, justa, no discriminatoria y con la contribución de las partes afectadas.

Referencias

1. Nuffield Council on Bioethics. Public health: Ethical issues. Londres: Nuffield Council on Bioethics; 2007 (<https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Public-health-ethical-issues.pdf>).
2. Gravagna K, Becker A, Valeris-Chacin R, Mohammed I, Tambe S, Awan FA et al. Global assessment of national mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance. *Vaccine*. 2020;38:7865–73.
3. Colgrove J, Bayer R. Manifold restraints: Liberty, public health, and the legacy of Jacobson v Massachusetts. *Am J Public Health*. 2005;95:571–6.
4. Organización Mundial de la Salud. Conferencia de prensa virtual sobre la COVID-19 del 7 de diciembre del 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-virtual-press-conference-transcript7-december-2020>).
5. Organización Mundial de la Salud. Interim position paper: Considerations regarding proof of COVID-19 vaccination for international travellers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/news-room/articles-detail/interim-position-paper-considerations-regarding-proof-of-covid-19-vaccination-for-international-travellers>).

6. Walkinshaw E. Mandatory vaccinations: The international landscape. *Can Med Assoc J.* 2011;183:e1167–8.
7. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 vaccines. *JAMA.* 2020;325:532–3.
8. Halabi S, Heinrich A, Omer S. No-fault compensation for vaccine injury – The other side of equitable access to Covid-19 vaccines. *N Engl J Med.* 2020;383:e125.
9. Schwartz JL. Evaluating and deploying Covid-19 vaccines – The importance of transparency, scientific integrity, and public trust. *N Engl J Med.* 2020;383:1703–5.
10. Shetty P. Experts concerned about vaccination backlash. *Lancet.* 2020;375:970–1.
11. Giubilini A. Chapter 3, Vaccination policies and the principle of least restrictive alternative: An intervention ladder. En: Giubilini A, *The ethics of vaccination.* Cham (CH): Palgrave Pivot; 2019.
12. Goldenberg M. Vaccine hesitancy: Public trust, expertise, and the war on science. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press. 2021.
13. Opel DJ, Lo B, Peek ME. Addressing mistrust about COVID-19 vaccines among patients of color. *Ann Intern Med.* 2021;M21-0055. doi: 10.7326/M21-0055.
14. Colgrove J. Immunization and ethics: Beneficence, coercion, public health, and the state. En: Mastroianni AC, Kahn JP, Kass NE, editores. *The Oxford handbook of public health ethics,* Nueva York (NY): Oxford University Press; 2020:435– 44.
15. Sutton EJ, Upshur REG. Are there different spheres of conscience? *J Eval Clin Pract.* 2010;16:338–43.
16. Harris J, Holm S. Is there a moral obligation not to infect others? *BMJ.* 1995;311:1215–7.
17. Gruben V, Siemieniuk RA, McGeer A. Health care workers, mandatory influenza vaccination policies and the law. *Can Med Assoc J.* 2014;186:1076–80.
18. Krystal JH. Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: Stress. *Nat Med.* 2020;26:639.
19. Van Buynder PG, Konrad S, Kersteins F, Preston E, Brown PD, Keen D, et al. Healthcare worker influenza immunization vaccinate or mask policy: Strategies for cost effective implementation and subsequent reductions in staff absenteeism due to illness. *Vaccine.* 2015;33:625–8.
20. Caplan A, Shah NR. Managing the human toll caused by seasonal influenza: New York State’s mandate to vaccinate or mask. *JAMA.* 2013;310:1797–8.
21. Organización Mundial de la Salud. Uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337833>).

Agradecimientos

Esta sinopsis de política fue preparada por el Grupo de Trabajo de la OMS sobre Ética y COVID-19. La redacción del documento estuvo a cargo de Maxwell J. Smith (Universidad de Ontario Occidental, Canadá), bajo la orientación de los copresidentes del grupo de trabajo Beatriz Thomé (Universidad Federal de São Paulo, Brasil) y Ross Upshur (Universidad de Toronto, Canadá) y contribuciones de los siguientes expertos: Aasim Ahmad (Comité Nacional de Bioética, Karachi, Pakistán), Thalia Arawi (Universidad Americana, Beirut, Líbano), Oumou Bah Sow (Comité National d’Ethique pour la Recherche en Santé, Guinea), Sally Bean (Centro de Ciencias de la Salud Sunnybrook y Universidad de Toronto, Canadá), Ezekiel Emanuel (Universidad de Pennsylvania, Estados Unidos), Jean-François Delfraissy (Comité Nacional de Bioética de Francia), Tina Garanis-Papadatos (Universidad de Atica Occidental, Atenas, Grecia), Prakash Ghimire (Junta Nacional de Ética, Katmandú, Nepal), Zubairu Iliyasu (Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud, Nigeria), Sharon Kaur (Centro de Derecho

y Ética en Ciencia y Tecnología, Universidad de Malaya, Malasia), Ruipeng Lei (Centro de Bioética de Wuhan, China), Ignacio Mastróleo (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina), Roli Mathur (Consejo Indio del Centro de Ética en Investigaciones Médicas, India), Signe Mezinska (Universidad de Letonia, Letonia), Keymanthri Moodley (Universidad de Stellenbosch, Sudáfrica), Kaori Muto (Universidad de Tokio, Japón), Michael Parker (Centro Ethox, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Anthony Skelton (Universidad de Ontario Occidental, Canadá), Voo Teck Chuan (Universidad Nacional, Singapur) y Xiaomei Zhai (Universidad Unión de Pekín, China). Katherine Littler y Andreas Reis (Unidad de Ética y Gobernanza para la Salud de la OMS) prestaron apoyo a la Secretaría de la OMS, con la asistencia de Patrik Hummel, Liz Mumford y Lee-Anne Pascoe.

Se contó asimismo con contribuciones y comentarios de los siguientes funcionarios de la OMS: Onyema Ajuebor (personal sanitario), April Baller (preparación para la atención médica), Giorgio Cometto (personal sanitario), Shalini Desai (Programa Esencial de Inmunización), Carmen Dolea (Secretaría del Reglamento Sanitario Internacional), Carole Fry (Fortalecimiento de la Preparación en los Países), Fernando González-Martin (Secretaría del Reglamento Sanitario Internacional), Ana María Henao Restrepo (Plan de I + D), Thomas Hofmann (Secretaría del Reglamento de Salud Internacional), Helge Hollmeyer (Secretaría del Reglamento Sanitario Internacional), Joachim Hombach (Secretaría del Grupo Asesor Científico de la OMS sobre Emergencias), Ivan Ivanov (Medioambiente, Cambio Climático y Salud), Ahmed Mandil (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), Carla Sáenz Bresciani (Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud) y Nikki Shindo (Preparación contra Peligros Infecciosos Mundiales). El grupo de trabajo de la OMS sobre ética y gobernanza del Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 (ACT-A, por su sigla en inglés) proporcionó información adicional.

Declaraciones de interés

Todos los autores y miembros del Grupo de Trabajo de la OMS sobre Ética y COVID-19 declararon sus intereses según los procedimientos establecidos de la OMS. Ninguno de los intereses declarados resultó significativo.

Fuente de financiamiento

Se agradece el financiamiento de apoyo a la Secretaría de la OMS mediante la subvención del Ministerio de Salud de Alemania para investigación y desarrollo en el marco del plan estratégico de preparación y respuesta de la OMS.

La OMS sigue atentamente la evolución de la situación para detectar cualquier cambio que pueda afectar esta sinopsis de política. En caso de que se modifique algún factor, la OMS emitirá una actualización. De lo contrario, este documento de sinopsis de política vencerá a los dos años de la fecha de publicación.

OPS-W/FPL/IM/22-0001

© **Organización Panamericana de la Salud, 2022.** Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).