

Editorial

Habitar (y vacunar) en Omelas: una ética del nosotros

*To inhabit (and vaccinate) in Omelas: an ethic of us*Javier Padilla-Bernáldez^{a,b,c,*}, Maite Cruz-Piqueras^{b,d} y Joaquín Hortal-Carmona^{b,e}^a Centro de Salud Rafael Alberti, Madrid, España^b Red de Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS), España^c Colectivo Silesia, España^d Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España^e Centro de Salud Albayzín, Servicio Andaluz de Salud, Granada, España

Es el primer día de verano en Omelas. Todo es resplandeciente. La ciudad disfruta de su festival en un ambiente de comunidad cohesionada, alegre y culta. Nada parece ir mal. Omelas solo tiene un inconveniente: para conservar su equilibrio y felicidad es necesario mantener a un niño en la más absoluta pobreza y marginación. Al llegar a la mayoría de edad, se revela a sus habitantes esta situación: la preservación de la armonía de la comunidad precisa de la condena a la miseria de un niño.

El ser humano siempre ha recurrido a ficciones para dar sentido a su existencia, como la de pensar mundos posibles que prefiguran sociedades ideales y perfectas. La cara A de una utopía contiene la cara B de las distopías. Los anhelos caen y la ilusión termina produciendo monstruos¹. ¿Cómo debemos actuar en Omelas? ¿Permanecer o marchar? Omelas, ciudad ficticia creada por Ursula K. Le Guin², habla de bienes individuales y colectivos, de asumir cargas y beneficios, de hacerlo con conocimiento o sin él. Omelas podría estar hablando del papel de la ética en los asuntos que son de todos y también de cada uno^{3,4}.

El eje yo-nosotros ha vertebrado los padecimientos y las respuestas desde que el SARS-CoV-2 comenzó a expandirse. La implantación de medidas restrictivas (confinamiento, mascarillas, etc.), las decisiones sobre a quién priorizar en el acceso a las vacunas o el planteamiento sobre la obligatoriedad o no de la vacunación⁵ son ejemplos de medidas que plantean beneficios y cargas tanto individuales como colectivas. Cuando el problema hace mella en el *nosotros* deja de ser meramente sanitario para convertirse en una cuestión no solo ética, sino también social y por tanto política⁶.

La ética de la salud pública en tiempo de pandemia no puede centrarse en los aspectos clásicos de la bioética clínica; ha de posicionarse desde una mirada salubrista, cercana al análisis y la acción de las poblaciones⁷. Esta ética que necesitamos debe caracterizarse por ser: 1) dinámica, una ética en movimiento que aterrice sus análisis en la realidad cotidiana en un contexto de incertidumbre constante; 2) influyente, no un elemento decorativo por el que tamizar decisiones una vez hayan sido tomadas, sino que debe estar presente desde la raíz del proceso de decisión en un constante diálogo entre instituciones democráticas y ciudadanía que afiance la legitimidad y la confianza⁸, y 3) multidisciplinaria (como la salud pública), con un protagonismo central de las ciencias sociales⁹.

Uno de los ámbitos en los que esa ética en movimiento, influyente y multidisciplinaria es imprescindible es el de las vacunas

frente a la COVID-19. En poco tiempo se han elaborado y aprobado varias vacunas, cuyos resultados se siguen publicando aún; al mismo tiempo, se han ido diseñando mecanismos de distribución y priorización de ámbito global y a escala nacional, mientras que también se han hecho encuestas para estudiar la aceptación y la reticencia de la población a la vacunación^{10,11}. Estos aspectos resultan relevantes para la ética de la salud pública, pero nos centraremos en los dos que más claramente exponen el compromiso entre el *yo* y el *nosotros*: la distribución de la vacuna y el abordaje ético de la reticencia vacunal durante la pandemia.

En relación con la priorización en su administración, se plantea la necesidad de ordenar el acceso en función de criterios éticamente adecuados. «¿A quién vamos a vacunar primero?» es la consecuencia de responder previamente a la pregunta «¿a quién debemos vacunar primero?»^{12,13}. Establecer estrategias de priorización con el conocimiento disponible sobre la efectividad de la vacuna es complejo, pero se puede afirmar que es un dilema en el que se cruzan dos ejes fundamentales: 1) ponderar beneficios individuales y colectivos de la vacuna, y 2) proteger a grupos concretos frente a posibles efectos adversos no detectados en el proceso de investigación, así como la necesidad de vacunar a colectivos clave para garantizar el desempeño completo de su utilidad social. En relación con lo primero, las estrategias que abogan por enfatizar los beneficios individuales podrían justificar una vacunación prioritaria de las personas más vulnerables clínicamente, puesto que se beneficiarían de los efectos positivos en primera persona; por otro lado, las estrategias colectivas, más centradas en frenar la transmisión (y no tanto en evitar casos en personas concretas), podrían señalar la pertinencia de vacunar a grupos de personas con mayor relevancia por su capacidad de transmisión (población joven)^{14,15} o por la importancia de su desempeño profesional en situación de pandemia (trabajadores sanitarios)¹⁶. La escasez de vacunas (por el reto que suponen su producción y distribución a escala global) hace necesario conjugar ambas ópticas, dado que ninguna estrategia de priorización colectiva lograría a corto plazo una inmunidad de grupo que protegiera a las personas más vulnerables. Por ello, parece adecuado centrar las estrategias en priorizar a los grupos clínicamente más vulnerables junto con los colectivos más necesarios socialmente (trabajadores sanitarios, sociosanitarios y otras personas con trabajos esenciales)^{17,18}.

El elemento en el que se ve más claramente el compromiso entre el *yo* y el *nosotros* es la reticencia vacunal¹⁹. Este término recoge un espectro amplio de posiciones frente a la vacunación, desde la oposición a cualquier vacuna hasta la existencia de dudas frente a alguna de ellas^{20,21}. Si bien algunos datos revelan una reticencia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.padilla@salud.madrid.org (J. Padilla-Bernáldez).

a la vacuna de la COVID-19 superior a la existente para otras ya incluidas en los calendarios vacunales²², las encuestas muestran una tendencia decreciente coincidente con la puesta en marcha y la progresión del proceso de vacunación con avales institucionales y profesionales e inserto en un plan que se está realizando en numerosos países^{23,24}. Como base de la reticencia, encuestas recientes apuntan a la desconfianza en la vacuna como primera causa de reticencia. Esto es congruente con estudios previos²¹ que han mostrado la confianza o no en el paradigma biomédico como un eje explicativo. El aumento de las cifras de reticencia en el caso de la vacuna frente a la COVID-19 parece indicar una ampliación de la desconfianza y la desafección que alcanzan a las instituciones democráticas²⁴. Más allá de esto, la reticencia es una realidad que estará presente, suponiendo un reto desde la mirada de la ética de la salud pública puesto que pone a dialogar dos valores: la autonomía y la solidaridad; la preservación de la voluntad individual de vacunarse frente a la necesidad de proteger la salud del conjunto de la sociedad, especialmente la de quienes por diversos motivos no tienen indicada la vacunación. Actuar sobre la difusión de noticias falsas, mejorar las estrategias de comunicación (que incluyan la presencia de los efectos adversos esperables de forma transparente y comprensible)²⁵, generar confianza en los procedimientos de aprobación y dispensación de las vacunas, solventar las dudas que surjan e incluir a la población en la toma de decisiones relacionadas con la distribución y la planificación de las vacunas son los elementos éticamente imprescindibles para promover la vacunación^{26,27}, y que van más allá de la mera oferta aséptica de información, como han demostrado los conocimientos atesorados durante la pandemia en el marco de las ciencias sociales y la economía de la conducta.

Tanto la distribución de las vacunas en un contexto de escasez como el abordaje ético de la reticencia vacunal señalan a un lugar: el cuidado colectivo, entendido como la introducción de elementos propios del *nosotros* para la toma de decisiones sobre el yo, mediante la consideración de las necesidades de las personas más vulnerables y de quienes no pueden vacunarse^{28,29}. La vacuna no es una «bala de plata» frente a la COVID-19, y no es esperable que nos permita el retorno a la actividad social previa a la pandemia; no al menos hasta que sepamos algunas cuestiones que aún desconocemos (efectividad ante futuras variantes, duración de la inmunidad, etc.). Por ello, hemos de ver la vacuna como si se tratara de una «tecnología del cuidado»³⁰ cuya gestión eficiente y equitativa puede permitirnos disminuir algunos de los riesgos ligados a muchas de las tareas fundamentales para el sostenimiento de nuestras vidas, y conseguir minimizar el impacto de género que la pandemia está agudizando, aún más si cabe, en el caso de las mujeres.

Hoy en día, defender la vacunación frente a la COVID-19 como un bien de salud pública no se limita a la eventual consecución de una sólida protección de rebaño; la enfermedad y sus vacunas nos obligan a ampliar el marco de salud pública y señalar que el logro de un importante nivel de protección individual (especialmente frente a los casos más graves) es la vía para permitir la mejora de los cuidados y las visitas en residencias de personas dependientes, el incremento de la socialización (aún con medidas de seguridad) entre personas de diferentes generaciones dentro de una misma familia, el levantamiento del estigma atribuido de forma constante a adolescentes, niños y niñas, o la relajación en la presión de los centros sanitarios, de modo que estos puedan trabajar en lo que no fue atendido y lo que, tras este año de pandemia, va dejando huella sobre nuestra salud.

En Omelas, el dilema ético no es marcharse o permanecer una vez conocida la necesidad de mantener a un niño en situación de exclusión y miseria para conservar la felicidad del resto de la población; el dilema ético versa sobre, más allá de esa decisión, cómo transformar los mecanismos de funcionamiento de la sociedad para poder conciliar un nivel adecuado de bienestar que no se base en la opresión de un tercero. Conciliar el yo con el *nosotros*, el uno con el

todos, una vez más, es necesario en Omelas y también en nuestras comunidades, con la vacunación o con cualquier medida que ataña a la salud de todos.

Contribuciones de autoría

Los tres autores han contribuido al diseño, la elaboración y la escritura del manuscrito, y aprueban la versión final para publicación.

Financiación

Los autores han recibido una beca de la Fundación Grifols por el proyecto «Una de cal y otra de arena: reticencia de la ciudadanía a la vacunación de la COVID-19 y rechazo de la vacuna de la gripe entre los profesionales sanitarios».

Conflictos de intereses

Los autores no declaran tener otros conflictos financieros de interés además de la financiación antes reseñada.

Bibliografía

- Marzábal I, Marijuán MI. Sobre ética, narraciones, enfermedades y monstruos (I). JANO. 2003;63:48–9.
- Le Guin UK. Los que se marchan de Omelas. Almagesto. 1996.
- Firenze P. '[T]hey, Like the Child Are Not Free': An Ethical Defense of the Ones Who Remain in Omelas. Response. The Journal of Popular and American Culture. 2017;2. Disponible en: <https://responsejournal.net/issue/2017-11/article/%E2%80%98they-child-are-not-free%E2%80%99-ethical-defense-ones-who-remain-omelas>.
- Atchley A. Le Guin's "The Ones Who Walk Away From Omelas": Moral Dilemmas and Authorial Intent. Medium. 2019. Disponible en: <https://medium.com/@austinchley/understanding-the-ones-who-walk-away-from-omelas-unpacking-moral-dilemma-and-authorial-intent-341d145024ae>.
- Salmon DA, Omer SB. Individual freedoms versus collective responsibility: immunization decision-making in the face of occasionally competing values. Emerg Themes Epidemiol. 2006;3:13.
- Waitzkin H. The social origins of illness: a neglected history. Int J Health Serv. 1981;11:77–103.
- Government of Canada Public health ethics framework: a guide for use in response to the COVID-19 pandemic in Canada. 2020. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/canadas-reponse/ethics-framework-guide-use-reponse-covid-19-pandemic.html#a3>.
- Royo-Bordonada MA, Román-Maestre B. Towards public health ethics. Public Health Rev. 2015;36:3.
- Schoch-Spana M, Brunson EK, Long R, et al. The public's role in COVID-19 vaccination: human-centered recommendations to enhance pandemic vaccine awareness, access, and acceptance in the United States. Vaccine. 2020 Oct 29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.10.059>. Online ahead of print, S0264-410X(20)31368-2.
- Lobera Serrano J, Cabrera Álvarez P. Evolución de la percepción social de aspectos científicos de la COVID-19. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). 2021:411. Disponible en: <https://www.fecyt.es/es/publicacion/evolucion-de-la-percepcion-social-de-aspectos-cientificos-de-la-covid-19>.
- IPSOS. Attitudes to COVID-19 vaccines [featured at the Davos Agenda 2021]. 2021. (Consultado el 28/2/2021.) Disponible en: <https://www.ipsos.com/en/attitudes-covid-19-vaccines>.
- Emanuel EJ, Persad G, Kern A, et al. An ethical framework for global vaccine allocation. Science. 2020;369:1309–12.
- World Health Organization. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination, 14 September 2020. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>.
- Giubilini A, Savulescu J, Wilkinson D. COVID-19 vaccine: vaccinate the young to protect the old? J Law Biosci. 2020;7, Isaa050.
- Shim E. Optimal allocation of the limited COVID-19 vaccine supply in South Korea. J Clin Med. 2021;10:591.
- Henn W. Allocation criteria for an initial shortage of a future SARS-CoV-2 vaccine and necessary measures for global immunity. Vaccine. 2020;38:5396–7.
- Cruz-Piqueras M, Hortal-Carmona J, Padilla-Bernáldez J. «Vísteme despacio que tengo prisa». Un análisis ético de la vacuna del COVID-19: fabricación, distribución y reticencia. Enrahonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason. 2020;65:57–73.

18. World Health Organization. Access and allocation: how will there be fair and equitable allocation of limited supplies? 2021. (Consultado el 28/2/2021.) Disponible en: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/access-and-allocation-how-will-there-be-fair-and-equitable-allocation-of-limited-supplies>.
19. Díaz Crescitelli ME, Ghirotto L, Sisson H, et al. A meta-synthesis study of the key elements involved in childhood vaccine hesitancy. *Public Health*. 2020;180:38–45.
20. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*. 2014;32:2150–9.
21. Cruz-Piqueras M, Rodríguez-García de Cortázar A, Hortal-Carmona J, et al. Retención vacunal: análisis del discurso de madres y padres con rechazo total o parcial a las vacunas. *Gac Sanit.* 2019;33:53–9.
22. Schwarzinger M, Watson V, Arwidson P, et al. COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health*. 2021;6:e210–21.
23. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de octubre 2020. Centro de Investigaciones Sociológicas; 2020. (Consultado el 27/2/2021.) Disponible en: <http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3280.3299/3296/es3296mar.pdf>.
24. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de marzo 2021. Centro de Investigaciones Sociológicas; 2021. (Consultado el 19/2/2021.) Disponible en: <http://datos.cis.es/pdf/Es3309reiMT.A.pdf>.
25. Wadman M. Public needs to prep for vaccine side effects. *Science*. 2020;370:1022.
26. Ball P. Anti-vaccine movement could undermine efforts to end coronavirus pandemic, researchers warn. *Nature*. 2020;581:251.
27. WHO technical advisory group on behavioural insights and science for health. Behavioural considerations for acceptance and uptake of COVID-19 vaccines. 2020. (Consultado el 28/2/2021.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337335/9789240016927-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
28. Alcabes P, Williams AB. Human rights and the ethic of care: a framework for health research and practice. *Yale J Health Pol Ethics*. 2002;2:229–54.
29. Kass NE. An ethics framework for public health. *Am J Public Health*. 2001;91:1776–82.
30. Song P, Walline J. Virtual technologies of care in a time of viral crisis: an ethnographic view from Hong Kong. *Somatosphere*. 2020 (Consultado el 26/2/2021.) Disponible en: <http://somatosphere.net/forumpost/virtual-technologies-of-care/>.