

COVID-19 y bioética

Gustavo ORTIZ MILLÁN
María de Jesús MEDINA ARELLANO
Compiladores



Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Jurídicas



Gustavo

ORTIZ MILLÁN

Doctor en Filosofía por la Columbia University, en Nueva York. Investigador en el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM y miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Conacyt. Profesor de Filosofía en la Columbia University, la New York University, el Brooklyn College, el CIDE y la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM.

Ha sido investigador visitante en la Universidad de California, en Berkeley, y en la Universidad de Duke, en Carolina del Norte, y becario Fulbright en dos ocasiones.

Miembro de distintas asociaciones, como la Asociación Filosófica de México, la Asociación Latinoamericana de Filosofía Analítica, la American Philosophical Association, la International Association of Bioethics, la Academia Mexicana de Ciencias, el Colegio de Bioética, entre otras.

Autor de *La moralidad del aborto*, y *Aborto, democracia y empoderamiento*. Compilador y editor de varios libros; el más reciente se intitula *Mind, Language, and Morality*. Asimismo, es autor de más de 50 artículos y capítulos en libros colectivos. Sus líneas de investigación se centran en temas de metaética, psicología moral y ética aplicada.

María de Jesús

MEDINA ARELLANO



Doctora en Bioética y Jurisprudencia Médica por la Universidad de Mánchester. Investigadora en

el Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ) de la UNAM y del Sistema Nacional de Investigadores del Conacyt. Coordinadora académica del Diplomado en Bioética, Salud y Bioderecho del IIJ.

Es miembro del Colegio de Bioética; del Consejo Directivo de la Asociación Internacional de Bioética (IAB), y del Comité Universitario de Ética de la UNAM. Desde 2016 es consejera del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética en México, y desde diciembre de 2019 es miembro del Comité de Ética del Consejo de Salubridad General en México.

En 2019 fue galardonada con el premio Sor Juana Inés de la Cruz en la UNAM. En 2020 le fue otorgado el Reconocimiento Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos.

COVID-19 Y BIOÉTICA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
Serie DOCTRINA JURÍDICA, Núm. 924

COORDINACIÓN EDITORIAL

Lic. Raúl Márquez Romero
Secretario Técnico

Mtra. Wendy Vanesa Rocha Cacho
Jefa del Departamento de Publicaciones

Javier Mendoza Villegas
Formación en computadora

Mauricio Ortega Garduño
Elaboración de portada

COVID-19 Y BIOÉTICA

GUSTAVO ORTIZ MILLÁN
MARÍA DE JESÚS MEDINA ARELLANO
Compiladores



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
México, 2021

Este libro fue financiado con recursos de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mediante el proyecto “Tecnologías genéticas en la reproducción humana asistida: acceso a la salud y al beneficio del avance científico”, coordinado por María de Jesús Medina Arellano y Gustavo Ortiz Millán, como parte del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IG300520.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Primera edición: 2 de septiembre de 2021

DR © 2021. Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n
Ciudad de la Investigación en Humanidades
Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510 Ciudad de México

Impreso y hecho en México

ISBN (versión impresa): 978-607-30-4916-0

ISBN (formato electrónico): 978-607-30-4888-0

CONTENIDO

Agradecimientos	XI
---------------------------	----

INTRODUCCIÓN

COVID-19 y bioética: los aspectos bioéticos más relevantes de una pandemia	3
Gustavo ORTIZ MILLÁN	

ORÍGENES DE LA PANDEMIA

Nuestra responsabilidad en el surgimiento de las pandemias	43
Beatriz VANDA CANTÓN	

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Ética en la protección y en el deber de planear en salud en el contexto pandémico	61
Carlos SANTOS-BURGOA	

Los Estados de la región de las Américas: estrategias de salud pública y principios éticos ante la pandemia COVID-19	79
Irene CÓRDOVA JIMÉNEZ	
Rocío PRECIADO GONZÁLEZ	
Luis Alfonso DURÁN MONTES	

Retos jurídicos de la pandemia	99
José Ramón COSSÍO DÍAZ	
David Jesús SÁNCHEZ MEJÍA	

Implicaciones bioéticas del uso de datos y <i>apps</i> de salud en la pandemia	113
Itziar DE LECUONA	

GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

De por qué un buen análisis teórico puede ser relevante. ¿Cómo entender el concepto de vulnerabilidad en tiempos de COVID?	133
Florescia LUNA	
Niñas, niños y adolescentes en pandemia	145
Amaranta MANRIQUE DE LARA	
Nashieli RAMÍREZ HERNÁNDEZ	
La pandemia COVID-19: algunos dilemas del confinamiento para las mujeres en México	161
Amaranta MANRIQUE DE LARA RAMÍREZ	
María de Jesús MEDINA ARELLANO	
La perspectiva bioética de la cara más dura de la COVID-19: migración vulnerada y violencia de género	173
Eunice RENDÓN	
La salud sexual y reproductiva de las mujeres ante la pandemia del COVID-19	199
Raffaella SCHIAVON	
Maternidad y COVID-19	219
Raymundo CANALES DE LA FUENTE	

OBLIGACIONES DEL PERSONAL SANITARIO Y SUS LIMITACIONES

La ética de la profesión médica ante la pandemia.	237
Luis MUÑOZ FERNÁNDEZ	

JUSTICIA DISTRIBUTIVA Y GUÍAS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Pandemia, justicia y libre mercado	255
Gustavo ORTIZ MILLÁN	

Factores que impactan las prioridades en la asignación de recursos escasos de atención médica durante la pandemia de COVID-19 . . .	277
Patricio SANTILLÁN-DOHERTY	
¿Cómo salvar más vidas cuando los recursos son escasos? Una alternativa ante la COVID-19	293
Adrián SOTO MOTA	
Andrés CASTAÑEDA PRADO	
Luis F. FERNÁNDEZ RUIZ	
Javier MARTÍN REYES	
La discusión filosófica sobre la Guía Bioética	311
Juan A. CRUZ PARCERO	

MORIR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Cuidados paliativos en México, época de COVID-19.	341
Robert HALL	
Bernardo GARCÍA CAMINO	
Eugenio MIRANDA GARCÍA	
Hablemos de la muerte en tiempos de pandemia	365
Asunción ÁLVAREZ DEL RÍO	
Julieta GÓMEZ ÁVALOS	
El derecho a morir y el derecho a vivir en el COVID-19: las vidas de los viejos y los enfermos crónicos o terminales importan hasta el último suspiro.	377
Amparo ESPINOSA RUGARCÍA	

CIENCIA ABIERTA Y PROPIEDAD INTELECTUAL

Ciencia y datos abiertos para una innovación socialmente responsable ante la pandemia COVID-19.	397
Adalberto DE HOYOS BERMEA	

COVID-19, justicia distributiva, propiedad intelectual y geopolítica: una contextualización de la gestión del gobierno de Costa Rica ante la OMS.	415
--	-----

Gabriela ARGUEDAS RAMÍREZ

PROBLEMAS ÉTICOS EN TORNO A LAS VACUNAS

Estudios de infección intencional en humanos de vacunas para CO- VID-19: ¿son éticamente aceptables?.....	437
--	-----

Ruth MACKLIN

Aceptar el reto: los ensayos de infección intencional para la vacuna contra el COVID-19 pueden justificarse éticamente	449
---	-----

Kyle FERGUSON

Arthur CAPLAN

INFODEMIA

Comunicación responsable durante la pandemia	457
--	-----

Cuauhtémoc MAYORGA MADRIGAL

GOBERNANZA Y GLOBALIZACIÓN

Ética política, globalización y solidaridad	481
---	-----

Roberto BLANCARTE

Hacia un cosmopolitismo sanitario ante la emergencia del COVID-19	493
---	-----

Jorge Enrique LINARES SALGADO

“Soy el Messias pero no hago milagros”: religión y política en Améri- ca Latina en contexto de pandemia	511
--	-----

Pauline CAPDEVIELLE

Semblanzas curriculares	531
-------------------------------	-----

AGRADECIMIENTOS

Este libro tiene su origen en el coloquio virtual COVID-19 y bioética, que se llevó a cabo los días 24, 25 y 26 de junio de 2020, con el apoyo de los Institutos de Investigaciones Jurídicas, Filosóficas y el Colegio de Bioética, A.C. El coloquio se transmitió a través del canal de YouTube del Instituto de Investigaciones Filosóficas, a cuyo Departamento de Cómputo agradecemos su apoyo. Agradecemos también a todos y todas las colegas que presentaron ponencias, así como a quienes nos apoyaron con la moderación del evento. Desafortunadamente, no todos pudieron entregarnos una versión escrita de sus participaciones en el coloquio. Queremos también agradecer aquí a todas las personas que accedieron a dictaminar los textos de manera anónima.

El coloquio forma parte de las actividades del proyecto PAPIIT IG300520, “Tecnologías genéticas en la reproducción humana asistida: acceso a la salud y al beneficio del avance científico”, financiado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM. La pandemia de COVID-19 nos obligó a replantear el tema y los objetivos del proyecto: nos pareció mucho más urgente, y dado que los recursos siempre son valiosos, y a la vez, limitados, creímos necesario abordar los aspectos bioéticos de la pandemia que el tema original del proyecto. Sea esta nuestra contribución para pensar desde la bioética uno de los eventos más aciagos del mundo actual.

María de Jesús MEDINA ARELLANO
Gustavo ORTIZ MILLÁN

INTRODUCCIÓN

COVID-19 Y BIOÉTICA: LOS ASPECTOS BIOÉTICOS MÁS RELEVANTES DE UNA PANDEMIA

Gustavo ORTIZ MILLÁN

SUMARIO: I. *Una historia reciente.* II. *Orígenes zoonóticos de la pandemia.* III. *Medidas de salud pública tomadas en respuesta a la pandemia.* IV. *Personas en situación de vulnerabilidad.* V. *Priorización de recursos escasos y guías de asignación.* VI. *Morir durante la pandemia.* VII. *Obligaciones del personal sanitario y sus limitaciones.* VIII. *Investigación durante una pandemia.* IX. *Problemas éticos en torno a las vacunas.* X. *Infodemia.* XI. *Gobernanza mundial, cooperación internacional.* XII. *Consideraciones finales.* XIII. *Referencias.*

I. UNA HISTORIA RECIENTE

El 17 de noviembre de 2019 se detectó el caso de un hombre de 55 años infectado por un virus desconocido en la ciudad de Wuhan, China. En los días posteriores se reportaron de uno a cinco pacientes diariamente. Muy pronto, el Centro Chino para el Control y Prevención de Enfermedades detectó que varios enfermos trabajaban en el mercado de la ciudad. Para fines de diciembre se habían detectado 266 casos (Ma, 2020). Sin embargo, los médicos que trataron de alertar sobre la enfermedad fueron detenidos bajo el cargo de difundir “falsos rumores” y China censuró cualquier información que salía a la prensa acerca de la epidemia, con lo que ésta se propagó más rápidamente (RSF, 2020). Para el 31 de diciembre, el Comité de Salud Municipal de China informó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que había personas infectadas y varias en estado crítico, muchas de ellas eran trabajadores del mercado de Wuhan. Para el 1 de enero se cerró el mercado. Las autoridades de salud chinas, junto con la OMS, comenzaron a trabajar en la identificación del virus, que muy pronto se identificó como una variedad de coronavirus. Los enfermos presentaban síntomas similares a los de la gripe, como fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga, los casos más graves

presentaban dificultad para respirar, neumonía y choques sépticos. En un pequeño porcentaje de los infectados, la enfermedad conducía a la muerte (Hui *et al.*, 2020), particularmente en casos de gente mayor de 65 años o con alguna enfermedad previa (diabetes mellitus, hipertensión, con problemas inmunitarios, entre otras). Sin embargo, pronto se detectó que uno de los problemas más graves del nuevo virus es que la gente podía infectarse sin presentar ningún síntoma, por lo que podían ser vectores que contagiaran la enfermedad sin saberlo.

Para el 20 de enero de 2020 no sólo había crecido la epidemia en China, sino que se detectaron los primeros casos en Japón y Tailandia. Un par de días después, China adoptó medidas de confinamiento para su población. El 30 de enero, la OMS declaró que esta epidemia constituía una emergencia sanitaria de preocupación internacional, dado que no sólo se había extendido a toda China, sino que se había detectado en 15 países. El 11 de febrero, la OMS anuncia que el nombre oficial de la enfermedad es COVID-19, acrónimo de *coronavirus disease 2019* (enfermedad por coronavirus 2019, en español). Para el 11 de marzo, ya con la enfermedad extendida en más de cien países, la OMS la declara una pandemia (OMS, 2020a). Para fines de ese mes hay más de 500 mil casos reportados en todo el mundo. De entonces a la fecha, la COVID-19 se ha extendido a todos los países del orbe y, actualmente (5 de enero de 2021), casi 87 millones de personas en todo el mundo se han contagiado, y han muerto un millón y 882 mil (CRC, 2020). A la fecha, hay un tratamiento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para curar la enfermedad¹ y hay noticias positivas sobre el desarrollo de vacunas. El 14 de diciembre de 2020 se aplicó la primera vacuna de RNA (ácido ribonucleico) desarrolladas por Pfizer-BioNTech, aprobada de emergencia por las agencias reguladoras en Estados Unidos, el Reino Unido y otros países (Ledford, Cyranoski, Van Noorden, 2020). Lo mismo se espera para otras vacunas del mismo tipo.

Los gobiernos han tenido que enfrentar la pandemia con distintas medidas de salud pública para prevenir la expansión del virus: se han impuesto cuarentenas (voluntarias u obligatorias), confinamientos, medidas de distanciamiento social, cierre de fronteras y restricciones de viajes, cierre de establecimientos y escuelas, entre otras. Todo esto ha llevado a la economía a una crisis mundial y a una recesión. Muchas empresas han quebrado y se han perdido millones de empleos en todo el mundo. No obstante, la misma

¹ El *New York Times* realiza un monitoreo de tratamientos y medicamentos para COVID-19 en Wu, Zimmer, Corum, 2020.

presión económica ha llevado a varios países a reabrir sus economías —en algunos casos gradualmente, en otros, de forma precipitada—, lo cual ha ocasionado rebrotes de la epidemia.

Las medidas de salud pública generalmente adoptadas, como las cuarentenas y el aislamiento social, están teniendo efectos psicológicos negativos sobre la gente (Rubin y Wessely, 2020), pero particularmente ha habido efectos muy nocivos en gente en situación de vulnerabilidad, como mujeres que padecen violencia doméstica, niños y adolescentes, migrantes, gente en prisión, entre otros.

El recuento que hasta aquí hemos hecho acerca del surgimiento de la pandemia tiene una clara dimensión moral que no podemos eludir. La pandemia de COVID-19 nos ha obligado pensar desde la bioética las distintas cuestiones morales involucradas en todo lo que ella implica. Esta introducción busca dar un panorama de algunas de las cuestiones éticas más relevantes en torno al surgimiento de la enfermedad; a la respuesta de salud pública a la pandemia, incluyendo la justificación moral de las medidas de contención, como son la limitación de derechos y libertades individuales; derivado del confinamiento, el aumento o perpetuación de la violencia y la discriminación hacia grupos en situación de vulnerabilidad; las obligaciones del personal médico que se enfrenta a un elevado riesgo de contagio; la obligación moral de hacer investigación durante la pandemia; los modelos de justicia distributiva usados para la asignación de recursos escasos de medicina crítica y de vacunas; los aspectos morales involucrados en el desarrollo de una vacuna y de su distribución; la infodemia o sobreabundancia de información, mucha de ella falsa o engañosa; los imperativos morales de la cooperación internacional, entre muchos otros. Asimismo, trataremos de situar los textos que conforman esta compilación dentro del contexto de estas discusiones.

II. ORÍGENES ZONÓTICOS DE LA PANDEMIA

Poco tiempo después de que las autoridades de salud chinas dieran aviso del brote de una nueva enfermedad epidémica, se identificó el origen del coronavirus SARS-CoV-2 en los murciélagos herradura (*Rhinolophus sinicus*) (Lau *et al.*, 2020). Estos murciélagos forman parte de la fauna silvestre que se usa en la comida y en la medicina tradicional chinas, y que se vende usualmente en los mercados de animales vivos, que son muy comunes en China. Precisamente el mercado de Wuhan es conocido por el comercio de animales silvestres, como murciélagos, mapaches, serpientes, puercoespines, pangolines, salaman-

dras, tortugas y cocodrilos, entre otros. Estos animales suelen encontrarse en condiciones de hacinamiento y con muy bajos niveles de bienestar, lo que suprime su sistema inmune y los hace vulnerables a contraer nuevas infecciones. Si bien el SARS-CoV-2 es específico de los murciélagos herradura, éstos pueden vivir con el virus sin enfermarse. No obstante, los virus pueden mutar y adaptarse a otras especies en las que sí pueden causar enfermedad e incluso amplificar su virulencia. Es probable que el coronavirus haya pasado de los murciélagos a los pangolines —una especie animal muy comerciada en los mercados chinos, lo que los ha llevado al borde de la extinción— y de ahí haya pasado a los humanos (Tsan-Yuk Lam *et al.*, 2020).

En su texto “Nuestra responsabilidad en el surgimiento de las pandemias”, Beatriz Vanda sostiene que el comercio mundial de animales, tanto el legal como el ilegal, crea animales enfermos y condiciones ideales para que los virus se multipliquen, salten de una especie a otra y, de ahí, a los humanos. Al igual que muchas organizaciones animalistas alrededor del mundo, Vanda argumenta a favor de la prohibición del comercio de animales silvestres. Mientras no acabemos con la venta de animales vivos en mercados seguirá habiendo una alta probabilidad de brotes zoonóticos con potencial pandémico. Esta postura se basa no solo en el caso del surgimiento de pandemia de COVID-19, sino en un patrón que se ha venido repitiendo en las últimas décadas. Hoy en día, tres cuartas partes de todas las enfermedades infecciosas humanas emergentes tienen un origen zoonótico, es decir, provienen de animales (CDC 2020). La epidemia por el coronavirus SARS-CoV-1, entre 2002 y 2003, se originó en Guangdong, China, donde es altamente probable que haya pasado de los murciélagos a las civetas —ambos vendidos en mercados de animales vivos— y de esa especie a los humanos (Hu *et al.*, 2017). Se reportaron 8,098 casos, y 774 personas murieron en 17 países (con una tasa de mortalidad de 9.6%). China prohibió el comercio de animales silvestres mientras duró la epidemia, pero una vez terminada, levantó la prohibición. En 2003, hubo una segunda pandemia: un brote de gripe aviar, debido al virus de la influenza A(H5N1), también de origen asiático. Hubo pocos contagios en humanos, pero de esos más del 60% resultaron mortales. Una tercera epidemia, de influenza, comenzó en abril de 2013 en la provincia china de Zhejiang. Entonces se identificó por primera vez el virus H7N9 como el origen de la enfermedad, un virus que nunca antes se había visto en humanos. Para fines de 2013, 144 casos se habían reportado, de los cuales 46 habían muerto. La OMS lo ha identificado como “un virus inusualmente peligroso para los humanos”, dado que la mayoría de los casos resultan en graves enfermedades respiratorias y tiene una tasa de mortalidad del 30% (Shadbolt, 2013). Los ejemplos de brotes

zoonóticos con potencial pandémico que ha habido en los últimos años podrían multiplicarse (véase Walters, 2014). Afortunadamente, la mayoría de los casos se han contenido. La diferencia en este caso es que la epidemia se salió de control. Sin embargo, es probable que mientras no se controlen las condiciones del comercio de animales silvestres —no sólo en los mercados, sino en toda una cadena que pasa por la captura, en ocasiones la crianza y la transportación de animales silvestres—, seguirá existiendo un caldo de cultivo ideal para brotes zoonóticos con potencial pandémico.

Todo esto debe llevarnos a examinar nuestras relaciones con los animales. El comercio, legal o ilegal, de animales silvestres ve a los animales como meros recursos que están a nuestra disposición o como cosas sobre las que tenemos derechos absolutos y con las que se suele comerciar pensando que eso no va a tener consecuencias. Vanda argumenta a favor de la prohibición de la venta de animales silvestres en mercados, tanto por razones de bienestar animal, como para minimizar el riesgo de futuras enfermedades. Sin embargo, se ha argumentado que tal vez una prohibición total del comercio de animales silvestres podría tener peores consecuencias tanto para los animales como para la salud pública, y que el mejor camino para lograr la desaparición de estas actividades sea una regulación progresiva que tome en cuenta el bienestar de los animales, pero que tienda a acabar con su comercialización (Challender *et al.*, 2020; Ortiz Millán, 2020a). En cualquier caso, tiene que darse un cambio cultural, pero estos cambios suelen ser lentos. Mientras ese cambio en los patrones de consumo de animales no se dé, es muy probable que sigamos viendo en el futuro cercano nuevas variedades de enfermedades zoonóticas relacionadas con distintas formas de explotación de los animales, y que vivamos pandemias cada vez más frecuentemente.

III. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA TOMADAS EN RESPUESTA A LA PANDEMIA

La pandemia ha obligado a los gobiernos de todo el mundo a tomar medidas de atención a la salud pública para contener la propagación del virus. Algunos muy rápidamente y otros con cierta tardanza, muchos países han hecho declaratorias de emergencia sanitaria, han impuesto medidas de aislamiento social y cuarentenas (en algunos casos obligatorias, en otros voluntarias), control de fronteras, suspensión de actividades presenciales en escuelas, suspensión de actividades comerciales que no sean esenciales, acceso a servicios de diagnósticos y de atención médica, han elaborado planes para una justa

distribución de recursos escasos en medicina crítica (como respiradores mecánicos o unidades de cuidados intensivos), han desarrollado estrategias de comunicación a la sociedad y protección del personal de salud.

Ha habido por lo menos dos factores que han hecho que los gobiernos no implementen medidas más rápidas y enérgicas de atención a la salud pública: la economía y la protección de derechos civiles. Algunos gobiernos se resistieron a tomar muchas de estas medidas y las aplazaron tanto como pudieron, temerosos del efecto que éstas podrían tener en la economía; sin embargo, en cuestión de días se vio la necesidad de implementar medidas de confinamiento social. Éstas han llevado a la economía a una crisis mundial. Muchas empresas han cerrado y la Organización Internacional del Trabajo calcula que se perderán unos 400 millones de empleos de tiempo completo en todo el mundo (UN News 2020). Este escenario ha llevado a varios países a reabrir sus economías y relajar las medidas de confinamiento. No obstante, esto ha conducido en muchos casos a rebrotes de la epidemia y obligado a muchos países a un segundo confinamiento ...con nuevas consecuencias negativas para la economía. Hay una decisión moral a la hora de privilegiar a la economía sobre la salud o viceversa, pero a fin de cuentas, parece que la alternativa no es optar por una u otra: la economía no se restablecerá completamente mientras no se haya contenido la pandemia.

Otra razón que ha hecho que los gobiernos se abstengan de tomar medidas más radicales para contener la pandemia ha sido su temor a la violación de derechos humanos, como los derechos a la libertad de tránsito y a la privacidad, por mencionar un par de ejemplos. Muchos países asiáticos, como China, Corea del Sur, Taiwán y Singapur, han sido muy exitosos en su contención de la pandemia porque han podido implementar sistemas de vigilancia digital, a través de *apps* de teléfonos inteligentes que rastrean los contactos y avisan a la gente cuando alguien con quien han tenido contacto se reporta infectado de COVID-19. En enero de 2021, mientras Estados Unidos reportaba 100,000 infecciones en un día, China reportaba 25 (Yuan, 2021). En el *big data* hay un gran potencial para combatir a la pandemia. Según el filósofo coreano Byung-Chul Han (2020), esto ha podido hacerse debido a la tradición autoritaria que predomina en esos países y que hace que la gente sea más obediente y menos renuente a sistemas de vigilancia que en Occidente. En efecto, en muchos países occidentales la vigilancia digital se ha visto como una violación del derecho a la privacidad de las y los individuos. En su texto en este volumen, Itziar de Lecuona reflexiona sobre el impacto de la digitalización en el ámbito de la salud pública y sobre las tensiones entre el interés común y la protección de los derechos de las personas, sin caer en la falsa dicotomía entre intimidad y seguridad.

Analiza la propuesta de *apps* para la identificación de positivos y el rastreo de contactos como medida de apoyo y el ámbito de la salud pública, y las carencias del sistema de salud en atención primaria que debe ser reforzado para afrontar la pandemia. También analiza la cuestión del llamado “pasaporte de inmunidad”, que le daría luz verde a la gente que se ha contagiado y curado para que pudieran tener acceso a lugares y actividades reservadas para gente sana. Esto es cuestionable, argumenta De Lecuona, entre otras cosas porque haberse contagiado no garantiza inmunidad a largo plazo y podría terminar siendo contraproducente: invitaría a que la gente buscara contagiarse para obtener estos “pasaportes”.

No sólo el derecho a la privacidad ha estado presente en las discusiones sobre el combate a la pandemia, sino también el derecho a la libre circulación. Tras las medidas de confinamiento decretadas por la segunda ola de la pandemia, muchas personas en Europa y EUA han salido a las calles para protestar contra lo que ven como un “ataque a su libertad”. Con todo, el incremento de casos y la alta probabilidad de que los hospitales se vean saturados han hecho que se mantengan muchas de estas medidas. Es claro que las medidas de contención de la pandemia siempre conllevan acciones de proporcionalidad, en cuanto al respeto al bien común por un lado y la garantía de los derechos individuales por otro. Cuándo está justificada la restricción de derechos individuales en nombre de la salud pública y cuándo el respeto a derechos como el de la privacidad debe prevalecer es resultado de un balance y ponderación que varía entre países según sus circunstancias culturales, pero también sanitarias.

A pesar de que hay recomendaciones generales emitidas por la OMS, los distintos países han implementado diferentes estrategias para contener la pandemia. En su texto para esta antología, Irene Córdova Jiménez, Rocío Preciado González y Luis Alfonso Durán Montes analizan las medidas de salud pública que han tomado los países de la región de las Américas y las examinan a partir de varios criterios éticos y jurídicos: transparencia, gobernanza, medidas de justicia distributiva para recursos de medicina crítica y restricciones a libertades y derechos individuales. Los autores concluyen que en la mayoría de los países de la región faltó un protocolo claramente definido para dar respuesta a la emergencia sanitaria, lo cual tuvo un impacto negativo en la oportunidad y eficacia de las disposiciones legales y en las medidas de salud pública.

Carlos Santos-Burgoa se aboca a analizar el caso específico de la respuesta del gobierno mexicano a la pandemia. Esta emergencia sanitaria encontró a México en un momento de transición en el que se había desmantelado la infraestructura del Seguro Popular, que había sido sustituido

por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y no contaba con infraestructura suficiente ni con reglas de operación. Asimismo, en los últimos años hubo una reducción en el gasto en salud. Pero, incluso en estas circunstancias, se puede decir que el gobierno faltó a dos principios fundamentales en la ética de la salud pública: el de protección y el deber de planear. El gobierno mexicano no cumplió con su responsabilidad ética de planear con tiempo la respuesta pública a una pandemia ya muy anunciada por los epidemiólogos desde por lo menos 2009, en que se dio en México el brote de influenza A(H1N1), conocida también como la gripe porcina.

Parte de la respuesta pública a la pandemia consiste en que haya una normatividad clara para saber qué atribuciones tienen los distintos órganos del Estado. David Sánchez Mejía y José Ramón Cossío Díaz analizan el tratamiento de una epidemia desde el sistema federal, así como los orígenes y alcances de los órganos del Estado mexicano para responder a una epidemia grave como es la del virus SARS-CoV-2. Argumentan que ha habido fallas en los actos jurídicos realizados por las autoridades sanitarias para ordenar la epidemia y llevar a cabo la correspondiente contención y presentan algunas propuestas que permitirían que el Estado se encontrara mejor preparado y trasladara el aprendizaje de la crisis presente a normas que facilitarían una respuesta rápida y efectiva en otras epidemias o a otras emergencias de salud pública.

IV. PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Las medidas de confinamiento y de distanciamiento social han tenido efectos nocivos en gente que se encuentra en situación de vulnerabilidad, particularmente en mujeres que sufren violencia doméstica, niños, migrantes, gente en prisión, entre otros.

Como argumentan Amaranta Manrique de Lara y María de Jesús Medina en su texto, la pandemia ha exacerbado la violencia doméstica porque en el confinamiento muchas mujeres están obligadas a convivir con sus agresores. Se calcula que una de cada cuatro mujeres (y uno de cada diez hombres) son víctimas de violencia doméstica por parte de sus parejas, una violencia que puede ser física, emocional, sexual o psicológica (Evans, Lindauer, Farrell, 2020). Se han incrementado dramáticamente las llamadas a las líneas de atención psicológica por violencia doméstica en todo el mundo. Además, se duplican las labores domésticas para las mujeres en sociedades machistas en las que normalmente ya tienen una mayor carga de trabajo que los hombres.

Por otra parte, muchos casos de violencia doméstica y sexual contra las mujeres terminan en embarazos no planeados ni deseados. Sin embargo, las condiciones de emergencia sanitaria dificultan que las mujeres puedan recurrir a los procesos legales establecidos o a acceder a servicios sanitarios de aborto seguro (en aquellos lugares donde el aborto es legal); pero en aquellos lugares donde el aborto es ilegal, la pandemia ha orillado a las mujeres a buscar abortos clandestinos con riesgo de su salud y de su vida. Además, recursos económicos y sanitarios que en circunstancias normales estarían destinados a la salud de las mujeres, bajo la emergencia sanitaria se han desviado hacia el combate a la pandemia. De este modo, argumenta Raffaella Schiavon en su texto, programas de salud sexual y reproductiva han pasado a segundo plano, con el consecuente aumento de la morbilidad materna. Por ejemplo, la muerte materna se ha incrementado en México un 46% debido a la pandemia (Vega, 2020). De hecho, se han reportado ya muchos fallecimientos de mujeres embarazadas por COVID-19, según nos muestra Raymundo Canales de la Fuente, quien analiza algunas de las medidas de atención rápida y eficiente que se podrían tomar para evitar estos casos.

Además de analizar la situación de vulnerabilidad de las mujeres durante el confinamiento, Eunice Rendón analiza la de personas migrantes, que históricamente han sido víctimas de xenofobia, racismo y tratos arbitrarios, y que ahora enfrentan las condiciones impuestas por la pandemia, que dificultan más el ejercicio de sus derechos, particularmente el derecho a la protección de la salud —que es el tema más relevante para discusión bioética en torno a la migración—. Si ha habido falta de planeación en la atención a la población en general, esta falta ha sido mucho más visible en lo que respecta a la atención a migrantes, quienes ya de por sí presentan condiciones precarias de salud originadas por las condiciones de su migración. Por ejemplo, en diversos países la gente indocumentada no acude a los centros hospitalarios cuando presenta síntomas de COVID-19 por temor a ser deportada, una situación que dificulta que se controle la propagación del virus.

Los niños y adolescentes son un sector cuya salud no ha sufrido tan gravemente los efectos de la COVID-19 como grupos de otras edades. Sin embargo, esto no implica que no haya habido efectos nocivos sobre este grupo, según argumentan Amaranta Manrique de Lara y Nashieli Ramírez Hernández. Ha habido un efecto negativo porque algunos programas sanitarios se han visto interrumpidos debido a que la atención del sector salud se ha concentrado en la atención a la pandemia. Entre otras, en México distintas campañas de vacunación infantil se han interrumpido, tratamien-

tos oncológicos y terapias de rehabilitación se han dilatado y en la mayoría de los casos suspendido. Pero tal vez los efectos negativos más generalizados que ha tenido la pandemia sobre la población infantil y adolescente sean los ocasionados por el distanciamiento social y el cierre de centros escolares. Esto ha dificultado que se garantice el derecho a la educación. Si las clases se imparten a través de la televisión o del Internet, esto dificulta que muchas niñas, niños y adolescentes puedan tomar clases. Como nos recuerdan las autoras, en México, sólo cuatro de cada diez tienen acceso fluido a Internet. En muchas zonas del país, niñas y niños ni siquiera tienen acceso a canales abiertos de televisión, que están transmitiendo clases a distancia. Estas disparidades de acceso a la educación ahondarán las desigualdades sociales en el país. Las autoras también señalan los efectos psicosociales que el distanciamiento social y el confinamiento tendrán sobre este grupo etario: encuestas realizadas en niñas, niños y adolescentes reportan altas tasas de aburrimiento, tristeza, incertidumbre, angustia, depresión, entre otros padecimientos psicológicos. Adicionalmente, muchas niñas y niños están creciendo sin tener contacto social con otras niñas y niños de su edad en una etapa en la que este tipo de relaciones resultan cruciales para su desarrollo social y emocional.

Además de los mencionados, otros grupos se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, como las minorías étnicas, gente en situación de prisión, ancianas y ancianos e incluso miembros del personal sanitario. Pero tal vez sea conveniente no pensar en ellos como “grupos poblacionales vulnerables”, porque, como señala Florencia Luna en su texto, en alguna medida todos somos vulnerables y entonces deja de tener sentido establecer protecciones especiales. Ella nos insta a abandonar este enfoque subpoblacional y reemplazarlo por una perspectiva interseccional basada en el contexto y las circunstancias, ilustrada por la metáfora de las “capas de vulnerabilidad”. Esta propuesta no sólo resulta interesante teóricamente sino que también permite colaborar con la práctica para identificar, evaluar y priorizar ciertas vulnerabilidades. Además, sirve para dar cuenta de nuevas vulnerabilidades que se presentan con la actual pandemia. Según esta perspectiva, dependiendo de su circunstancia, en un mismo agente pueden concentrarse distintas capas de vulnerabilidad, volviendo a la persona más y más vulnerable. Como afirma Luna, un mejor análisis nos va a permitir identificar mejor las situaciones de vulnerabilidad “para luego poder pensar cómo evitarlas o minimizarlas para lograr una respuesta lo más ética posible”.

V. PRIORIZACIÓN DE RECURSOS ESCASOS Y GUÍAS DE ASIGNACIÓN²

Si normalmente muchos sistemas de salud en el mundo trabajan en un escenario de escasez de recursos, una pandemia pone todavía más presión sobre ellos, forzando a profesionales de la atención a la salud y a las autoridades sanitarias a tomar decisiones que establezcan prioridades en el uso de esos recursos. Esta priorización debe hacerse en varios niveles: en el nivel individual (por ejemplo, en el triaje en el que se le asigna un respirador mecánico a un paciente en un hospital), en el nivel organizacional (por ejemplo, al establecer servicios prioritarios dentro de un hospital), y en el nivel poblacional (por ejemplo, al priorizar a ciertos grupos para vacunación) (Silva *et al.*, 2012).

En la literatura sobre ética de la salud pública, se han propuesto varios principios de distribución para escasez de recursos en casos de pandemias (Persad, Wertheimer y Emanuel, 2009; Emanuel *et al.*, 2020). En condiciones ideales, analizar qué principios se aplicarán durante las distintas fases de una pandemia se debe planear con anticipación —hay consenso entre los epidemiólogos en que vendrán más pandemias en el futuro, de modo que el personal y las autoridades sanitarias siempre tendrían que estar preparados—. Lo que no sería deseable es que se tomaran estas decisiones bajo presión y precipitadamente.

Un principio muy utilizado es: 1) asignar recursos buscando salvar el mayor número de vidas posible. Durante una pandemia, ese debe ser el principio más importante. Este principio tiene la ventaja de que reconoce el igual valor de cada vida, su igual dignidad, y evita comparaciones entre vidas individuales. Sin embargo, este principio ignora consideraciones relevantes, como la probabilidad de supervivencia de los pacientes. Esto es crucial durante una pandemia porque no tomarlo en cuenta nos llevaría a emplear los pocos recursos médicos en gente que no se beneficiará de ellos. Por eso, salvar la mayor cantidad de vidas posibles se suele combinar con otro principio que también busca maximizar recursos: 2) utilizar los recursos disponibles para maximizar el número total de años de vida o años de vida ajustados por calidad (AVAC o QALYs, por sus siglas en inglés) salvados. Aquí se trata de salvar a la gente que tiene la mayor probabilidad de vivir más años en el mejor estado de salud posible. Si no hay recursos suficientes, los que haya no se usarán para quienes tengan pocas probabilidades de vivir más años en estado saludable. Sin embargo, se han criticado estos principios porque no toman en cuenta a aquellos que están en peor situación.

² Esta sección integra material de Ortiz Millán 2020b y 2020e.

Un principio que sí toma en cuenta a los más desfavorecidos es: 3) asignar recursos a las personas más enfermas o a quienes han tenido vidas más cortas (las niñas y los niños). Sin embargo, este principio no toma en cuenta que hacer esto podría resultar en pequeñas ganancias de salud, a veces con costos muy altos.

Un principio en el que suele haber consenso es: 4) hay que dar prioridad a quienes tienen un rol instrumental en curar a los pacientes, es decir, al personal sanitario. Durante ésta y cualquier emergencia de salud pública ellas y ellos deben tener prioridad, dado que pueden ayudar a mitigar y en su momento terminar con la pandemia más rápidamente, y dado que son difíciles de reemplazar. Además, es una forma de reconocimiento y de retribución a su labor, muchas veces heroica, dado el nivel de contagio y riesgo al que están expuestos, así como al poner su vida misma de por medio al tratar pacientes en una pandemia.

Algunas guías de asignación de recursos sanitarios proponen incluir 5) promover y recompensar la utilidad o el valor social, es decir, priorizar a quienes han hecho contribuciones valiosas a la sociedad. Sin embargo, es un principio cuestionable porque se presta al abuso, dado que no hay criterios objetivos para jerarquizar el valor social de la gente, y termina convirtiendo el proceso de triaje en un concurso de méritos. Además, distrae la atención del personal de salud de consideraciones estrictamente sanitarias a la hora de atribuir puntajes para la asignación. Asimismo, puede dirigir los recursos sanitarios lejos de las necesidades de salud. Se pueden dedicar muchos recursos a salvar la vida de alguien a quien muchos consideran una persona valiosa, pero tal vez con muy pocas ganancias de salud (Ortiz Millán, 2020c).

En ciertas circunstancias habría que utilizar 6) principios de equidad, como el de orden de llegada o el de la aleatoriedad. En circunstancias normales, pensamos que tratar a la gente según el orden de llegada es un criterio justo. Sin embargo, por sí solo, no es un criterio que se deba usar durante una pandemia. No lo es porque ignora otros factores relevantes, como los distintos grados de urgencia con que llega la gente a un hospital. Además, tiene el inconveniente de que favorece a la gente que vive más cerca de los hospitales o que tiene un vehículo propio para llegar más rápido; sobre todo favorece a las personas en zonas urbanas por sobre las que viven en zonas rurales. Esto es injusto. Por otra parte, el criterio de aleatoriedad (como sería una lotería) tiene muchas ventajas: i) reconoce el igual valor de las personas y su igual derecho a un bien escaso que no puede dividirse ni compartirse, sobre todo en igualdad de condiciones, y en ese sentido es un principio de equidad; ii) no necesita de gran información sobre las personas involucra-

das; iii) no nos obliga a comparar ni a jerarquizar vidas individuales; iv) si se instrumenta de un modo transparente, resiste la posibilidad de corrupción y nos protege contra la discrecionalidad, parcialidad y la discriminación. Sobre todo, honra el principio de que todas las vidas tienen el mismo valor y la misma dignidad. La desventaja que tiene es que, por sí solo, ignora la condición médica de pacientes en lo individual. Durante una pandemia sólo funciona en conjunto con los principios previos, de lo contrario se podrían cometer injusticias. De hecho, debe dejarse como un último recurso (Ortiz Millán 2020d).

Uno de los problemas con tener varios principios es que pueden entrar en conflicto. Sin embargo, en las distintas etapas de una pandemia se tiene que ponderar su aplicación por parte del personal sanitario que haga la asignación de los recursos. Lo importante es que siempre se puedan dar razones transparentes, accesibles, inclusivas y no discriminatorias. Estas justificaciones tendrían que apelar a argumentos que la opinión pública pudiera aceptar como relevantes para enfrentar los problemas de salud de un modo justo. Además, tendrían que establecerse procedimientos para revisar las decisiones cuando se presenten desafíos (Daniels, 2000).

Todos estos principios suelen tener distinto peso en las guías de asignación de recursos de medicina crítica que hospitales y sistemas de salud suelen elaborar para situaciones de emergencias sanitarias. El problema de que no existan criterios claros y públicamente accesibles para la asignación de estos recursos es que pone en el personal sanitario una gran responsabilidad: cada uno tendría que decidir individualmente cómo asignarlos. Esto es injusto para con las profesionales de la medicina, porque las obliga a tomar decisiones emocionalmente muy difíciles. Por otro lado, el peligro es que esto también abre la puerta a la discrecionalidad, a la arbitrariedad, al paternalismo médico, al prejuicio y a la discriminación. También abre la puerta al influyentismo, al amiguismo y a la corrupción. La familia de un paciente podría mover sus influencias y coaccionar al profesional de la salud para que los pocos recursos sanitarios se usaran en su familiar, sin importar que no hubiera ganancia de salud. Es mejor, entonces, que la decisión no la tome la o el médico tratante, sino un equipo de triaje integrado por especialistas intensivistas y otros, que puedan valorar objetivamente la condición médica de las y los pacientes (Emanuel *et al.*, 2020). Por otro lado, da claridad a pacientes y a sus familias. Tenemos derecho a saber sobre qué criterios el comité de triaje decidirá si se admite a un familiar a una unidad de cuidados intensivos o si sólo se le darán cuidados paliativos. También tenemos derecho a saber en qué condiciones se le podría retirar el sistema de cuidado intensivo para darle sólo cuidados paliativos.

Una de estas guías de asignación fue lo que hizo el Consejo de Salubridad General (CSG), la máxima autoridad en México para organizar la respuesta pública a la pandemia de COVID-19. El sábado 11 de abril de 2020, publicó una “Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia” (CSG, 2020), que buscaba proporcionar lineamientos al personal médico para casos de triaje, o sea, para decidir cómo asignar recursos médicos escasos cuando el sistema de salud sobrepasara sus capacidades y no hubiera recursos para todas las personas en caso de llegar al mismo tiempo. En ese momento, el personal médico tendría que decidir a quién le asignaría los recursos y a quién no. La “Guía bioética” generó gran controversia: la opinión pública se dividió entre quienes apoyaban los criterios presentados y quienes los criticaban o incluso rechazaban la existencia misma de una guía de asignación. En su texto “La discusión filosófica sobre la Guía bioética”, Juan Antonio Cruz Parceros examina algunas de las objeciones más argumentadas que se hicieron en contra de la “Guía bioética” y defiende los criterios que finalmente se utilizaron.

En el contexto de la discusión sobre la “Guía bioética” presentada por el CSG hubo también quien presentó un modelo alternativo para organizar el triaje. Adrián Soto Mota, Andrés Castañeda Prado, Juan Gutiérrez Mejía, Luis F. Fernández Ruiz y Javier Martín Reyes presentaron una propuesta diferente para evaluar clínicamente a los pacientes en función de indicadores como la probabilidad de supervivencia y la duración de uso de recursos de medicina crítica. La “Guía bioética” proponía hacer esa valoración sobre la base de una escala de medición en medicina llamada SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment score*), que mide el estado del paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, y también tomando en cuenta sus comorbilidades, o sea, las enfermedades que ya tenía el paciente adicionales a COVID-19 (como hipertensión, diabetes y obesidad, por ejemplo). Soto Mota y sus colaboradores (2020) proponían una metodología diferente, que ahora desarrollan en su capítulo “¿Cómo salvar más vidas cuando los recursos son escasos? Una alternativa ante la COVID-19”. Aquí argumentan que con este modelo es posible salvar la mayor cantidad de vidas posible (bajo el supuesto de que todas las vidas valen lo mismo); evitar la discriminación por condiciones preexistentes o externas a la situación de salud actual; reducir la carga de trabajo y la carga emocional que este proceso impone en el personal de salud a cargo de tomar estas decisiones; así como blindar jurídicamente las decisiones del personal de salud.

El tema de la asignación de recursos sanitarios durante una emergencia también es abordado por Patricio Santillán-Doherty en su texto “Priorización en la asignación de recursos escasos de atención médica durante

la pandemia de COVID-19”. El autor aborda el tema de los principios de asignación para discutir no solo la distribución de recursos a pacientes, sino también cómo, a nivel institucional, se hizo la “reconversión hospitalaria” en México, es decir, cómo muchos hospitales del sector salud fueron dedicados exclusivamente a la atención a pacientes de COVID-19.

Un tema más general sobre justicia distributiva es el abordado en el capítulo “Pandemia, justicia y libre mercado”, en el que se argumenta que la pandemia de COVID-19 nos está mostrando las limitaciones de las concepciones que ven al libre mercado como un mecanismo justo de distribución. La aplicación del criterio de justicia distributiva de libre mercado al ámbito de la salud, cuando se aplica, entre otros, a la cobertura médica y a las vacunas, puede dejar a mucha gente desprotegida. El libre mercado no sólo puede ser profundamente injusto en la distribución de recursos sanitarios, sino que es un obstáculo en el combate de la epidemia porque interfiere con el objetivo central de éste: salvar la mayor cantidad de vidas posible.

VI. MORIR DURANTE LA PANDEMIA

La cuestión de las guías de asignación de recursos médicos escasos se ha visto como una decisión acerca de quién tiene que morir (*e. g.* González Valerio y Martínez Ruiz, 2020). Es un error verlo de este modo, dado que no se está decidiendo quién debe morir. Lo que se busca en primer lugar es salvar la mayor cantidad de vidas posible y asignar los recursos a la gente que tenga la mayor probabilidad de beneficiarse de ellos y recuperarse. Si como resultado de esa decisión, habrá pacientes que no tendrán acceso a respiradores mecánicos o unidades de cuidados intensivos, ese fue un efecto que no se buscó. Esta es una aplicación de la conocida doctrina del doble efecto. En términos generales, es un principio de razonamiento práctico —que surge en el pensamiento de Tomás de Aquino— que se utiliza para determinar la licitud de una acción que puede tener dos efectos, uno bueno y otro malo. Es legítimo actuar con la intención de generar el efecto bueno, aun cuando como consecuencia de ello se produzca un efecto malo no deseado.

En todo caso, esta decisión presenta problemas tanto para el profesional de la atención a la salud como para pacientes. Para las y los médicos tratantes, en primer lugar, porque tienen una gran responsabilidad sobre sus hombros y, por lo mismo, decisiones emocionalmente muy demandantes. En su texto, Asunción Álvarez del Río y Julieta Gómez Ávalos nos presentan algunos de los desafíos a los que se enfrenta el profesional de la salud y cómo se está tratando a los enfermos graves en México durante la pandemia

de COVID-19. Abordan el tema de si el personal sanitario, pacientes y familiares están preparados para enfrentar estas situaciones límites de la vida. Además, se refieren a un aspecto positivo de reconocer la realidad de la muerte porque esto nos permite influir y decidir sobre cómo morir y, antes de eso, cómo vivir y cómo no vivir el final de la vida. Finalmente, abordan la relación del médico con la muerte, ¿pueden prepararse las y los médicos a enfrentar estas pérdidas?

Por otro lado, las decisiones del personal sanitario pueden tener consecuencias legales. Algunos médicos han sido demandados legalmente por mala práctica médica por no asignar recursos médicos escasos a pacientes o por tomar decisiones fuera de su ámbito de especialidad, entre otras cosas (Mazzolini, 2020). Para pacientes a quienes no se les asignan recursos escasos que podrían salvar sus vidas también presenta evidentes problemas —hay que tomar en cuenta que la probabilidad de morir incluso contando con un respirador mecánico es de 35.7% en EUA (Auld *et al.*, 2020), y de 86.9% en hospitales públicos en México (Miranda y Manzo, 2020)—. Amparo Espinosa Rugarcía escribe sobre las condiciones a las que se enfrentan muchos pacientes que llegan a hospitales públicos en México, gente que presenta síntomas, pero a la que repetidamente no se le realiza ninguna prueba, sino hasta que es demasiado tarde. Son particularmente interesantes los testimonios de pacientes que han sobrevivido no sólo a la pandemia, sino a las carencias del sistema público de salud. Muchos pacientes, si no reciben cuidados intensivos, pero permanecen en el hospital, deberían recibir cuidados paliativos, que son los cuidados que ayudan a pacientes graves de COVID-19 a sentirse mejor al tratar síntomas y efectos secundarios de la enfermedad. No obstante, no hay clara conciencia entre la población mexicana acerca de qué implican estos cuidados paliativos. Bernardo García Camino, Robert Hall y Eugenio Miranda García, en su texto “Cuidados paliativos en México, época de COVID-19” abordan el tema de los cuidados paliativos, cuál es su situación en México, qué cambios ha provocado la COVID-19. Asimismo, proponen una metodología para aplicarlos en la realidad del contexto mexicano mediante consentimientos informados de urgencia.

En el contexto de escasez de recursos y de grupos poblacionales en situación de riesgo, es importante que las personas (pacientes o no) hayan considerado antes la posibilidad de morir y de hacer un documento de voluntad anticipada que considere los diversos escenarios en los que uno puede llegar a encontrarse. En un documento de este tipo, en un momento como el que vivimos, una persona que sabe que padece una enfermedad crónico-degenerativa y que los cuidados intensivos no harían una gran di-

ferencia en su estado de salud, puede decidir de antemano no ser intubado. Las voluntades anticipadas suelen descargar al profesional de la salud tratante de una decisión emocionalmente muy difícil.

Por tratarse de una enfermedad sumamente contagiosa, se suele confinar a los enfermos a áreas restringidas del hospital, por lo mismo, suele no permitirse a familiares de pacientes entrar al área donde se encuentran confinados y en ocasiones las despedidas han tenido que hacerse a través de videoconferencias. Una vez que ha fallecido la persona, también hay que tener cuidado en el manejo de los cadáveres muertos por COVID-19. Aunque no hay evidencia de que exista riesgo de contagio a partir de cadáveres, éstos podrían suponer un riesgo para la gente que entrara en contacto con esos cuerpos. Por ello, es obligación del personal sanitario explicar a la familia la necesidad de no tocar o besar el cuerpo. El personal sanitario encargado de manejar el cadáver deberá usar equipo de protección personal (Secretaría de Salud, 2020).

VII. OBLIGACIONES DEL PERSONAL SANITARIO Y SUS LIMITACIONES

Durante una pandemia crece la demanda de personas profesionales en la medicina que estén capacitadas para tratar enfermedades infecciosas, pero al mismo tiempo hay que reconocer que este personal se encuentra en condiciones de mucho mayor riesgo de contraer la enfermedad por el estrecho contacto con enfermos contagiosos. De hecho, un alto porcentaje de las víctimas fatales debidas a la pandemia es de trabajadores de la salud. Tan solo en el continente americano, entre el inicio de la pandemia y el mes de septiembre de 2020, se han infectado de COVID-19 unos 570,000 trabajadores de la salud y han muerto 2,500 (OPS, 2020). La región concentra el número más alto de personal sanitario infectado por el virus en todo el mundo. Estos números nos obligan a cuestionarnos cuál es el alcance y las limitaciones de las obligaciones de quienes trabajan en la atención de la salud durante una pandemia. ¿Puede el personal sanitario excusarse de tratar a pacientes altamente infecciosos bajo el argumento de que, si se contagian, su propia salud e incluso su vida (así como las de sus familias y amistades) están en riesgo?

Luis Muñoz Fernández, en su texto sobre la ética de la profesión médica, argumenta que, en emergencias sanitarias, la obligación moral del personal médico de tratar a los pacientes pesa más que su derecho a la autonomía, es decir, su derecho a decidir no tratar a un paciente porque puede contagiarse y enfermar. Esta es una postura que es reiterada a lo largo de la

historia de los códigos de ética médica, que desde por lo menos mediados del siglo XIX y hasta los más recientes códigos de distintas asociaciones médicas, afirman que el deber del médico es enfrentar el peligro y tratar de aliviar el sufrimiento incluso a costa de su propia vida. Pero independientemente de una justificación histórica puede haber distintas justificaciones éticas de la obligación del médico de tratar a sus pacientes. Una relevante es la promesa que el personal de salud hace de tratar a sus pacientes al inicio de su profesión: al hacer su juramento como médicos o enfermeros, estas personas adquieren un deber moral que los compromete a tratar a los enfermos, incluso cuando su propia salud y su vida pudieran estar en riesgo (Clark, 2005). Se trata de una especie de contrato social entre el profesional de la salud y la sociedad, y sobre la base de ese contrato la sociedad confía en que el gremio estará ahí cuando ésta lo necesite. No es solamente la promesa lo que justifica el deber de tratar: el que alguien tenga habilidades y conocimiento especiales para curar da lugar a una mayor obligación para tratar gente que la que tendría una persona que no los tuviera. Otra justificación posible puede darse en términos del principio de beneficencia, que reconoce que los trabajadores de la salud tienen una obligación moral de procurar el bienestar de sus pacientes (Beauchamp y Childress, 2013). Una vez justificada la obligación moral de las y los médicos de tratar pacientes sobre estas bases, se podrían citar otras justificaciones, a partir de una ética de la virtud o una ética del cuidado, que se refirieran a los rasgos de carácter necesarios para ser un buen médico (Ruderman *et al.*, 2006).

Sin embargo, ¿qué sucede cuando entran en juego otras obligaciones morales que pueda tener el profesional de la salud? Por ejemplo, obligaciones hacia personas en su familia, que pueden depender de esa persona y a quienes puede llegar a contagiar. En general se piensa que eso no aminora el nivel de obligación de los trabajadores de la salud que constantemente y de manera consciente se encuentran bajo ese riesgo. Pero, ¿qué sucede si el personal sanitario se encuentra dentro de un grupo de alto riesgo para una pandemia como la de COVID-19, como ser mayor de 65 años o tener un historial médico que lo haga susceptible de agravarse en caso de contagio (como tener hipertensión, diabetes mellitus, sobrepeso, tener alguna inmunosupresión, entre otras)? ¿Se aminora el nivel de obligación en estas circunstancias? Las autoridades de salud mexicanas han pensado que sí y dieron una licencia especial al profesional de la atención a la salud que tuviera alguna de estas condiciones para dejar de prestar servicios. En algunos debates públicos esta decisión ha sido cuestionada, dado que mucha de esta gente contaba con altos niveles de especialización y con mucha experiencia en el tratamiento de pacientes y en la protección de sí mismos que los

hace difícilmente sustituibles. Es difícil reemplazar a una intensivista o a una anesthesióloga con muchos años de práctica con médicos no especializados que no cuentan con experiencia.

¿Qué pasa si el personal médico no cuenta con el equipo de protección adecuado para no arriesgarse innecesariamente? Sobre todo en países en vías de desarrollo, muchos médicos se han negado a trabajar porque no cuentan con el equipo de protección personal necesario para no contagiarse (Gozzer, 2020). Parece claro que tanto las autoridades de salud como los centros hospitalarios tendrían que comprometerse con el personal sanitario si quieren que éste cumpla con las obligaciones a las que a su vez se ha comprometido. Asimismo, también tendría que haber un compromiso de darles un acceso preferencial a atención médica en caso de que enfermaran o de que se desarrolle una vacuna. No sólo porque tienen un rol instrumental en terminar con la pandemia, sino también como una forma de reconocimiento social y de retribución al riesgo que toman por el bien de los otros.

VIII. INVESTIGACIÓN DURANTE UNA PANDEMIA

Durante una pandemia hay una obligación moral de hacer investigación de modo expedito y de dar a conocer sus resultados a la población para que haya una respuesta pública informada a la enfermedad que luego pueda ser evaluada sobre bases científicas (OMS, 2016). Los datos que arroje la investigación podrán usarse no sólo para el combate de la pandemia actual, sino para prepararse para pandemias futuras —como ha sido el caso de las investigaciones que se realizaron en brotes epidémicos de enfermedades como el ébola, el SARS o la influenza A H1N1, entre otras—. A través de la investigación se puede saber más sobre los modos de transmisión del agente patógeno, su comportamiento, y otros datos relevantes, pero también probar la efectividad de las medidas de salud pública, como el distanciamiento social o el uso de las mascarillas, entre otros. Cuando se trata de una enfermedad emergente para la que no existen tratamientos o vacunas específicos y efectivos, es crucial la investigación que se haga para desarrollarlos.

También existe un imperativo ético de llevar a cabo investigaciones en otras áreas en las que la pandemia también pueda tener efectos, como es la investigación psicológica sobre los efectos de las medidas de salud pública en la salud mental de la población, o investigación social o económica, que puedan llevar a adoptar políticas públicas más eficaces. En cualquier caso, la investigación debe siempre tener validez científica y relevancia social.

Las investigaciones que se lleven a cabo no deben interferir en ningún caso con las medidas de salud pública a la pandemia o con el cuidado de pacientes que estén siendo atendidos. Las investigaciones tienen que llevarse a cabo siguiendo los criterios de conducta profesional y de protección a las y los participantes en ensayos clínicos.

Sin embargo, la situación de emergencia sanitaria y la urgencia de contener el avance de la enfermedad han hecho necesario que se modifiquen los procedimientos habituales para hacer investigación. Por ejemplo, los comités de ética de la investigación deben revisar de forma expedita los protocolos de investigación en aquellos casos que tengan que ver directamente con la pandemia. Asimismo, muchas revistas científicas que normalmente son de acceso restringido han hecho de libre acceso todos aquellos artículos que puedan facilitar la realización de otras investigaciones o que sirvan de base para una mejor respuesta pública a la pandemia. En su texto para esta antología, Adalberto de Hoyos plantea que ésta debería ser la norma en una sociedad del conocimiento: una política de ciencia abierta, es decir, una política que hiciera que la investigación científica y los datos que de ella surjan puedan ser accesibles de forma libre y gratuita a todos los niveles de la sociedad. Una política de este tipo también implicaría que se permitiera el acceso a ciertas patentes que pudieran facilitar el desarrollo de medicamentos y vacunas para combatir la pandemia. De Hoyos muestra cómo una política de datos y ciencia abierta beneficia también a la atención en los hospitales al permitir conocer y actualizar las guías de tratamiento a partir de la mejor evidencia científica, pero también para protegerse como trabajadores de la salud a partir de las experiencias de otros hospitales. Argumenta a favor del acceso de la ciudadanía en general a la información científica para incentivar el cuidado de la salud, la prevención de contagios por COVID-19, así como la participación en el diseño de las políticas de salud relacionadas con la pandemia y que afectan a la población en general a través de un diálogo con los expertos que pueden fungir como intermediarios y comunicadores de los datos y la información científica. Finalmente, si va aunada a un esfuerzo educativo en ciencia, también haría posible una mayor participación democrática en decisiones sobre políticas públicas en torno a la salud pública.

La propuesta a favor de datos y ciencia abierta se vincula con la propuesta reciente del gobierno de Costa Rica —que analiza Gabriela Arguedas en su texto— de que los países miembros de la OMS puedan tener acceso a, y hacer uso de, información protegida por instrumentos de propiedad intelectual (como derechos de patente y modelos industriales), necesarios en el desarrollo de medicamentos, vacunas, pruebas de diagnóstico, equipos

especializados, entre otros. Esta propuesta va a contracorriente del modelo dominante de negocios dentro de la industria farmacéutica internacional, que ha dificultado el acceso al conocimiento que podría ayudar a desarrollar las vacunas y medicamentos necesarios para poner fin no sólo a esta pandemia, sino a muchas otras enfermedades.

IX. PROBLEMAS ÉTICOS EN TORNO A LAS VACUNAS

Casi un año después del surgimiento de la COVID-19 no hay todavía un tratamiento específico eficaz —fuera del remdesivir, que ha sido aprobado por la FDA (Wu *et al.* 2020)— y aunque tenemos al día de hoy (enero de 2021) vacunas aprobada por órganos reguladores de distintos países, entre ellos México, bajo protocolos de aprobación de emergencia —lo que impide su comercialización masiva—, aún tendremos que ver si estarán disponibles en el futuro cercano para toda la población (BBC, 2020). A la fecha, hay más de tres docenas de compañías farmacéuticas a nivel mundial que están desarrollando antivirales y vacunas para la COVID-19. Según el sitio web del *New York Times* que contabiliza las vacunas, actualmente los investigadores están probando 64 vacunas en ensayos clínicos en humanos, y 20 han llegado a las etapas finales de prueba. Al menos 85 vacunas preclínicas están bajo investigación activa en animales. Hay siete vacunas aprobadas para uso limitado y sólo tres han sido completamente aprobadas (Corum *et al.*, 2021). Hay muchas cuestiones éticas en torno a las vacunas, pero aquí solo nos enfocaremos en algunas de las más relevantes.³

El desarrollo de una vacuna suele tomar muchos años. En el procedimiento convencional para su desarrollo, la vacuna en desarrollo tiene que pasar por tres fases: en la fase I, se prueba la vacuna, que antes ha sido probada en animales, en pequeños grupos de menos de cien voluntarios, esta fase puede incluir estudios de dosis y vías de administración, entre otros. En la fase II se estudia la eficacia de la vacuna en un número limitado de voluntarios (generalmente entre 200 y 500); esta fase se concentra en la inmunogenicidad, es decir, la capacidad de una determinada sustancia, en este caso la vacuna en experimentación, para generar respuestas inmunes. En la fase III, se busca evaluar la seguridad y eficacia de la vacuna en la prevención de enfermedades e involucran a miles de voluntarios en estudios controlados. En esta fase, se da la vacuna experimental o un placebo a miles de personas y luego se espera a ver el resultado. Sin embargo, se les recomienda a los

³ Estos temas se abordan más detenidamente en Dawson 2007.

participantes que no se expongan a la enfermedad —primero, porque la mitad de ellos pertenecen a un grupo de control; segundo, porque la vacuna puede no funcionar—. Todo esto hace que el desarrollo de una vacuna dure muchos años. En la historia de la investigación en vacunas, rara vez se ha desarrollado una en menos de cinco años. Las vacunas contra la COVID-19 serán las más rápidamente desarrolladas de la historia.

Sin embargo, por más rápido que se desarrolle la vacuna, no será lo suficientemente rápido para las necesidades de la actual emergencia sanitaria. Cada día que tarde en llegar la vacuna implica varios miles de muertes en todo el mundo —actualmente unas 5,000 personas mueren cada día por la COVID-19—. Por ello, para desarrollarla más rápidamente, varios científicos y bioeticistas han sugerido que se realicen ensayos de infección intencional en humanos (*human challenge studies* en inglés), que consisten en infectar intencionalmente a voluntarios sanos una vez que se les ha aplicado la vacuna que está siendo probada, para ver su efectividad. Posteriormente se les cuarentena en una unidad clínica de investigación por un par de semanas para tenerlos bajo supervisión médica y ver si desarrollan algún síntoma. A través de estudios de infección intencional se han desarrollado vacunas para la influenza, el dengue y otras (Akst, 2020). Sin embargo, hay que tomar en cuenta que en el caso de la COVID-19 se trata de una enfermedad potencialmente mortal y para la que no existe tratamiento específico eficaz. Esto ha generado reacciones tanto a favor como en contra. Quienes argumentan a favor sostienen que es éticamente justificable, dado que se aceleraría el proceso de desarrollo de la vacuna, con lo que se salvarían miles de vidas. Además, involucran menos participantes que en los procedimientos convencionales y son más baratos. No obstante, en su texto para esta antología, Ruth Macklin argumenta en contra de este tipo de ensayos clínicos y sostiene que son éticamente inaceptables. En el desarrollo estándar para una vacuna, un requisito para involucrar gente en pruebas clínicas es que exista algún tratamiento aceptado para la enfermedad, en caso de que los participantes enfermen gravemente. Sin embargo, no existe dicho tratamiento para el caso de COVID-19, de modo que los riesgos potenciales pueden ser altísimos. Kyle Fergusson y Arthur Caplan argumentan en contra de Macklin y a favor de los ensayos de infección intencional. Ellos sostienen que algunos comités de ética de la investigación ya han aceptado pruebas de infección intencional incluso sin tratamientos aceptados. Además, sostienen que el agente de infección que se usa para estos estudios provoca la infección, mas no la enfermedad, de modo que se minimiza el riesgo para los participantes. Con todo, muchos de estos riesgos existen en los procedimientos convencionales para el desarrollo de vacunas. Además, añaden, es

digno de elogio que haya gente que esté dispuesta a arriesgar altruistamente su salud y su vida para que se salven otros; debemos admirar ese heroísmo, en lugar de no permitirlo. De hecho, a la fecha (enero de 2021), hay más de 38 mil voluntarios en 166 países que se han comprometido a participar en ensayos de infección intencional, según el sitio de Internet 1 Day Sooner.

Hay varios estudios de infección intencional actualmente en el mundo. El gobierno de Bélgica ha invertido 20 millones de euros para instalaciones que alberguen estos ensayos. El Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID por sus siglas en inglés), en Estados Unidos, está financiando el desarrollo de dos cepas de infección del SARS-CoV-2 junto con la Universidad Estatal de Colorado en Fort Collins. El 20 de octubre de 2020, el gobierno del Reino Unido y Open Orphan, una compañía de investigación clínica basada en Dublín, Irlanda, anunciaron la realización de un estudio de infección intencional a iniciarse en enero de 2021. El ensayo inicial involucrará de 30 a 50 participantes, y aceptará sólo adultos sanos de entre 18 y 30 años, que serán reclusos en una unidad de aislamiento de alto nivel de un hospital en el norte de Londres. De pasar con éxito la primera etapa, entonces se harían ensayos en cientos de personas y luego en varios miles (Callaway, 2020b).

Por otro lado, los procedimientos convencionales para el desarrollo de una vacuna están en curso. El 11 de agosto de 2020, el presidente Vladimir Putin anunció al mundo que Rusia contaba con la primera vacuna contra la COVID-19, llamada Sputnik V, desarrollada por el Instituto Gamaleya de Moscú. Sin embargo, inmediatamente la comunidad científica cuestionó el anuncio y lo calificó de precipitado y de poco ético, dado que la vacuna experimental recién había terminado la fase II, con lo cual, había muchas dudas acerca de su eficacia y seguridad. “Esta es una decisión imprudente y tonta. La vacunación masiva con una vacuna probada incorrectamente no es ética. Cualquier problema con la campaña de vacunación rusa sería desastroso tanto por sus efectos negativos sobre la salud, como porque retrasaría aún más la aceptación de las vacunas en la población”, dijo François Balloux, genetista del University College London (Callaway, 2020a). Además de una cuestión de orgullo nacionalista, el anuncio ha respondido a la urgencia de asegurar un mercado para la vacuna; hay un mercado potencial de más de 7,000 millones de personas en todo el mundo. Muchos países se han apresurado para hacer pagos millonarios a Rusia y a otras compañías que no han querido quedarse atrás para asegurar las dosis suficientes para su población —cuando en realidad en muchos casos lo que están haciendo es involucrar a sus poblaciones en pruebas experimentales de fase III—. Aunque muchas farmacéuticas no cuentan con una vacuna completamente

aprobada, están ya vendiendo vacunas en fase experimental como si estuvieran ya probadas. Otras han sido aprobadas bajo protocolos de emergencia, como lo es la de Pfizer-BioNTech en Estados Unidos, México y Reino Unido (BBC, 2020). Varios de los países que están participando en estas pruebas son países en vías de desarrollo que difícilmente podrían desarrollar por sí mismos una vacuna. Sin embargo, que la investigación sobre vacunas se haga en países en vías de desarrollo hace que surjan diversas preocupaciones éticas: ¿cómo van a supervisar a la población bajo estudio y cómo la van a tratar si se detectan reacciones a la vacuna o incluso si desarrollan COVID-19? ¿En qué poblaciones se van a hacer los estudios y cómo se va a involucrar a las comunidades locales en el proceso de diseño de la investigación? ¿Cómo van los comités de ética de investigación locales a supervisar los ensayos? ¿Cómo se van a asegurar de que los participantes comprendan los formatos de consentimiento informado? (Snider, 2000).

Una vez que se haya desarrollado una vacuna de probada eficacia y seguridad surge una pregunta: ¿a quiénes se va a priorizar en la vacunación? Es muy probable que las dosis de vacunas no alcancen para toda la población, sobre todo al inicio del proceso. Si no alcanza para todas las personas, es posible que las autoridades sanitarias tengan que decidir quiénes deben ser vacunados desde un inicio y quiénes pueden esperar. En todo caso, la asignación tendría que hacerse siguiendo criterios médicos, pero también éticos. La pregunta sobre la priorización nos devuelve a la cuestión de los criterios de justicia distributiva para recursos escasos; sin embargo, en esta ocasión la situación es un tanto diferente. Un criterio básico debería ser, de nuevo, el de salvar la mayor cantidad de vidas posibles. Ahora, dado que la mortalidad por COVID-19 está directamente asociada a la edad, un criterio sería el de dar prioridad a la gente mayor de 65 años de edad, pero también a gente con alguna comorbilidad, es decir, los grupos de más alto riesgo. Otro criterio importante dada la alta mortandad entre los profesionales de la salud, es el de priorizar a esta población, tal y como sucedió en Estados Unidos, en donde se decidió que el profesional sanitario fuera el primero en obtener la vacuna, y es así como la enfermera afroamericana Sandra Lindsay recibió la primera dosis (*New York Times*, 2020). Por otro lado, entre estos también podrían encontrarse gente que ha recibido un trasplante o que reciben medicamentos inmunosupresores, dado que tienen su sistema inmune vulnerable. Además de vacunar a la gente directamente encargada del combate a la enfermedad, como el personal sanitario, tal vez también habría que vacunar a las autoridades encargadas del combate a la pandemia (Henn, 2020). ¿Deberían de considerarse otro tipo de criterios? Por ejemplo, nacionalidad, dado que varias farmacéuticas han dicho que

darán prioridad a la gente del país del que es originaria la farmacéutica. El Instituto Serum, de India, uno de los grandes productores de vacunas en el mundo, ha dicho que la vacuna “tendría que ir a nuestros compatriotas antes de ir a otros países” (Sanger *et al.*, 2020). ¿Se debería privilegiar a gente en zonas donde hay más contagios? ¿O a gente de nivel socioeconómico más bajo (que a fin de cuentas suelen ser los más vulnerables)? ¿A grupos históricamente desfavorecidos, como minorías étnicas? En estas discusiones está implícita la cuestión de si todas las vidas tienen igual valor y merecen igualmente las oportunidades de ser protegidas a través de la vacunación. Cualesquiera que sean los criterios que se usen, éstos deben ser transparentes, accesibles y aceptables para la población en general. En México estos criterios ya se han hecho públicos por la Secretaría de Salud, en donde se ha dado prioridad al profesional de la salud que se encuentra mitigando la pandemia en un primer momento (Gobierno de México, 2020; véase también Alpuche *et al.*, en prensa).

Finalmente, ¿qué hacer con la gente que no quiera vacunarse? Desde que hay vacunas ha habido gente que se rehúsa a vacunarse. Sus argumentos suelen ser similares: minimizan el riesgo de la enfermedad; afirman que la vacuna puede ser más peligrosa que la enfermedad misma o que causa otras enfermedades —hoy en día, por ejemplo, se afirma falsamente que algunas vacunas provocan autismo—; sostienen que la vacunación forma parte de un esquema conspiratorio más grande para controlar a la gente; que las medidas de salud pública constituyen un ataque a los derechos y libertades individuales y una extralimitación del poder del gobierno, entre otras (Larsson, 2020). A estos factores habría que añadir la desconfianza de mucha gente hacia las acciones gubernamentales, en muchos casos debida al modo poco eficaz en que muchos gobiernos han respondido a la pandemia; el escepticismo que hay en torno a la ciencia, muchas veces fomentado desde el gobierno; así como el que mucha gente piensa que, con la premura con la que se está desarrollando la vacuna, no estará lo suficientemente probada y podría tener imprevistos efectos secundarios serios. Sea por la razón que sea, es altamente probable que mucha gente se rehusará a vacunarse. A nivel mundial, según una encuesta encargada por el Foro Económico Mundial, 26% de la gente no estaría dispuesta a vacunarse cuando esté lista la vacuna (Myers, 2020)⁴ —en México, la cifra es de 25% (Reforma, 2020)—. Es posible que estos números cambien cuando la vacuna esté disponible,

⁴ Entre las razones que dieron quienes se rehusarían a vacunarse, el 56% dijo estar preocupado por los efectos secundarios, el 29% no confiaba en su efectividad y el 17% dijo que estaba en contra de las vacunas en general.

pero no está por demás recordar que la vacunación para enfermedades similares como la influenza suele ser del 50% en Estados Unidos (Neergard y Fingerhut, 2020). Es probable que la epidemia no se controle sino hasta que se logre la inmunidad colectiva o “de rebaño”. Se calcula que un 70% de la población debe ser inmune a la COVID-19 para interrumpir la cadena de contagio y comprometer la inmunidad colectiva (Mayo Clinic, 2020). Si el número de personas vacunadas en un lugar está por debajo de este umbral, la exposición a la enfermedad podría resultar en que esta se siga transmitiendo rápidamente, con lo cual la pandemia podría tardar más en controlarse —mucho de esto dependerá de si será necesario aplicar refuerzos o vacunarse anualmente, como sucede con la vacuna contra la influenza, porque la protección se reduce con el tiempo—. Por eso, la oposición a las vacunas, o la falta de confianza en ellas, presenta un desafío real a la inmunidad colectiva y al control de la pandemia. ¿Se puede obligar a la gente a vacunarse? ¿Se debe, por ejemplo, restringir el acceso de los niños a las escuelas si no están vacunados, como se ha hecho en el pasado? ¿Qué tanto se pueden restringir libertades y derechos individuales en nombre de la salud pública? La bioética tendría que ayudarnos a contestar estas y otras preguntas.

X. INFODEMIA

Como señalamos antes, una estrategia exitosa de combate a la pandemia depende de que haya investigación científica rigurosa que se divulgue ampliamente y que la población en general esté bien informada para que actúe en concordancia con las medidas de salud pública de combate a la pandemia que se instrumenten sobre la base de esa información científica. Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19 hemos visto que los esfuerzos de informar verazmente a la población y que ésta actúe sobre la base de esa información se han visto erosionados por la difusión de información engañosa o falsa. Esto ha llevado a que se hable de que, además de la epidemia de COVID-19, estamos viviendo al mismo tiempo una “infodemia”, es decir, una “epidemia” o una rápida difusión de información que tiende a ser falsa y que desvirtúa las fuentes confiables de información y en particular aquellas basadas en evidencia científica. Esta infodemia incluye la circulación viral de noticias falsas y teorías de la conspiración, la proliferación de “expertos” que difunden opiniones contradictorias que afectan las políticas públicas, mensajes contradictorios de científicos, funcionarios públicos y ciudadanos y la erosión de la confianza pública en la ciencia.

En muchas ocasiones han sido los mismos líderes políticos en diversos países quienes han minimizado los riesgos de la pandemia y han diseminado desinformación médica promoviendo remedios no probados o incluso, como relata Pauline Capdevielle en su texto —en el que analiza el fenómeno en América Latina—, promoviendo creencias y prácticas religiosas como medidas de protección y sanación ante la COVID-19. Capdevielle examina este fenómeno, haciendo énfasis en la existencia, en la región, de una cultura política históricamente marcada por el populismo y la utilización de la religión como legitimación del poder político. Argumenta que la utilización de lo religioso busca subsanar las endebles respuestas institucionales, así como consolidar liderazgos políticos de corte mesiánico, especialmente en los casos de México y Brasil. Reflexiona también en torno a la necesidad de consolidar una cultura laica y científica en la región, especialmente en un contexto de crisis sanitaria.

El clima de polarización política que se vive en muchos países ha hecho que se politice la información y ha abonado al escepticismo acerca de la existencia de verdades científicas, al punto de que lo que la gente cree que es verdad termina siendo relativo a sus convicciones políticas. Pero los líderes políticos no han estado solos en esta labor de erosionar la confianza pública en la ciencia: celebridades del mundo del espectáculo, una miríada de “expertos” basados en el Internet e incluso algunas autoridades de salud han ayudado a propagar información falsa o engañosa. El uso de teléfonos móviles, Internet y redes sociales como Facebook, Twitter, WhatsApp y otras redes, han potenciado esta infodemia. La confusión, la ansiedad y la desesperación por encontrar un remedio a la enfermedad cuando la ciencia tarda en dar respuestas han hecho que mucha gente dé más crédito a lo que parece útil o se siente correcto que a la información basada en evidencia científica (Parmentier y Paul, 2020).

A menos que haya confianza pública en la ciencia y en que las medidas de salud pública están basadas en la mejor evidencia científica disponible, no se puede esperar que la gente siga las recomendaciones de las autoridades encargadas del combate a la pandemia. Si continúa la reticencia de la población a adoptar medidas de salud pública bien fundamentadas, se retrasarán intervenciones esenciales, la epidemia seguirá propagándose y cobrando más vidas. La infodemia es peligrosa. El director de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, y Alex Ng han afirmado que “Esta infodemia está obstaculizando las medidas de contención del brote, propagando pánico y confusión de forma innecesaria y generando división en un momento en el que necesitamos ser solidarios y colaborar para salvar vidas y para poner fin a esta crisis sanitaria” (Ghebreyesus y Ng, 2020). Por ello es imperativo

el combate a la infodemia, en particular a la información falsa que más directamente obstruye las medidas de salud pública basadas en evidencia científica. En su texto, Cuauthémoc Mayorga analiza el fenómeno de la infodemia, explica algunas de sus causas y propone medidas que pueden ayudar a combatir esta epidemia de información y que incluyen una mejor educación en temas científicos, una adopción de principios comunicativos que hagan accesibles el conocimiento y la ciencia a la población en general, entre otras medidas. A estas habría que agregar medidas como identificar evidencia confiable, traducir el conocimiento y la ciencia no sólo de forma que sea accesible al grueso de la población, sino que se pueda traducir en conductas específicas, identificar a las personas correctas (líderes de asociaciones médicas, líderes comunitarios, entre otros) para que ayuden a difundir y amplificar información a través de plataformas tecnológicas y redes sociales. También habría que recopilar, organizar y analizar datos que puedan ayudar a medir y describir la infodemia, y rastrear las tendencias y el impacto de los mensajes (OMS, 2020b).⁵

XI. GOBERNANZA MUNDIAL, COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Por sus mismas características, las pandemias no conocen fronteras nacionales. Hoy, más que nunca antes, y debido a la globalización y a la mayor frecuencia en viajes internacionales, los virus pueden extenderse rápidamente del lugar del brote emergente a cualquier parte del mundo. Por ello se necesita armar rápidamente no sólo una respuesta nacional eficaz, sino también una basada en la cooperación internacional. Como señala Roberto Blancarte en su texto “Ética política, globalización y solidaridad”, aunque una tendencia muy natural de muchos pueblos y países sea aislarse de una epidemia que viene de fuera, es virtualmente imposible hoy en día aislarse completamente del mundo de manera unilateral; por lo mismo, lo mejor es buscar la solidaridad y la cooperación internacional. Se necesita responsabilidad colectiva para prevenir las amenazas de la pandemia. Sin embargo, aquí surgen diversos cuestionamientos éticos acerca de qué obligaciones específicas tienen los países en la prevención y en la respuesta a una pandemia. Particularmente, ¿qué obligaciones morales tienen los países ricos frente a los pobres para enfrentar la pandemia? A fin de cuentas, la amenaza de que la pandemia

⁵ Esto se ha hecho a través de sitios web como <https://covid19misinfo.org/>, y como el COVID-19 Infodemics Observatory (<https://covid19obs.fbkc.eu/#/>), que analizan la confiabilidad de las noticias sobre COVID-19, si éstas han sido propagadas a través de bots y refieren a sitios con información confiable, entre otras cosas.

continúe depende de que los países en desarrollo también la controlen. No obstante, en buena medida que la controlen depende de condiciones como la pobreza global, una infraestructura de salud pública y de atención primaria inadecuada, entre otras cosas (Smith y Upshur, 2019; OMS, 2016).

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI), emitido por la OMS, establece que los países tienen obligaciones unos hacia otros porque tienen un objetivo común: “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales” (RSI, 2005, artículo 2o.). No obstante, los países han fallado en cooperar entre sí al no notificar inmediatamente a la OMS acerca del surgimiento de un brote epidémico, como establece el RSI —como de hecho sucedió en China con el brote de COVID-19—. También tienen la obligación de brindar apoyo a países en desarrollo, si así lo solicitan “en la construcción, fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades de salud pública”. Sin embargo, tal vez porque en esta ocasión la pandemia ha tenido un efecto negativo sobre casi todos los países del mundo, muchos países en desarrollo no han tenido apoyo de países desarrollados —que se enfrentan ellos mismos con graves problemas sanitarios—. Un problema con la aplicación y seguimiento de lo que establece el RSI es que no hay mecanismos de rendición de cuentas.

Una falla de la que estamos siendo testigos en términos de cooperación internacional es que, al haberse aprobado nuevas vacunas, los países ricos han acaparado las vacunas, dejando a los países en vías de desarrollo con pocas posibilidades de acceso a ellas. Según un estudio del Centro de Innovación en Salud Global de la Universidad de Duke, las compras totales de vacunas han alcanzado al menos 7,250 millones de dosis; 3,900 millones de esas dosis, más de la mitad, las han realizado países de altos ingresos, aunque estos países representan solo el 14% de la población mundial. Si los países ricos —que han querido asegurar la mayor cantidad de vacunas para sus poblaciones— recibieran todas las dosis que han pedido, la Unión Europea podría inocular dos veces a sus residentes, el Reino Unido y Estados Unidos podrían hacerlo cuatro veces, y Canadá seis veces. Esto podría dejar sin vacunas a miles de millones de personas en los países de ingresos bajos hasta por lo menos el año 2024 (GHIC, 2020 y Twohey, Collins, Thomas, 2020). Algunos países desarrollados están planteando la posibilidad de donar el excedente de sus vacunas a países en vías de desarrollo, pero mucho dependerá de si la vacuna garantiza inmunidad permanente o de si la vacuna se convierte en una medida de protección anual (como la

vacuna para la influenza), porque entonces eso podría dejar a poblaciones de países pobres sin vacuna por muchos años.

Por este tipo de problemas en la cooperación internacional, Jorge Linares argumenta que se hace necesaria una nueva ética cosmopolita que dé lugar a un nuevo orden mundial, mediante instituciones internacionales renovadas democráticamente, como la ONU o la OMS, y que se basen en el concepto de los derechos inherentes de una “ciudadanía cosmopolita”. Sobre estas bases se podría desarrollar un sistema mundial de atención a la salud que reorganizara y condujera las políticas internacionales para proporcionar servicios de salud básicos (como la vacunación) a todas las personas por igual, y que fuera capaz de proponer directrices mundiales para enfrentar pandemias.

XII. CONSIDERACIONES FINALES

En esta introducción hemos querido presentar algunos de los aspectos éticos más relevantes durante la pandemia de COVID-19 y al mismo tiempo presentar las contribuciones de los diferentes autores y autoras que han pensado desde sus áreas de especialidad estas cuestiones, y que conforman este libro. No ha sido posible abarcar todos los problemas con los que nos confronta la pandemia, dada la vastedad de las situaciones éticas que se han presentado. Seguirán surgiendo nuevas situaciones a medida que se siga desarrollando la pandemia. Por ejemplo, estamos presenciando mutaciones del virus que tienen mayor infectividad y es probable que haya más mutaciones. Asimismo, ignoramos muchas cosas acerca de las vacunas que se han desarrollado, dado que se han desarrollado en muy poco tiempo, como que es posible que incluso después de haber sido vacunada, una persona podría todavía infectar a otros (Madavilli, 2020). En el transcurso del tiempo surgirán nuevas situaciones y también surgirán nuevos problemas morales.

La bioética nos puede ayudar a pensar sobre los distintos problemas que nos presenta la pandemia. La bioética no nos va a dar una única solución, dado que no es una disciplina monolítica y hay muy diversas teorías y perspectivas que hacen que en ocasiones diversas bioeticistas tengan perspectivas contrarias e incluso nos recomienden cursos de acción opuestos. Pero las distintas teorías bioéticas nos pueden ayudar a echar luz sobre las diferentes situaciones que se van dando conforme transcurren las distintas etapas de la pandemia. Sería conveniente que prestáramos más atención a muchas de estas discusiones si queremos hacer una mejor planeación para próximas pandemias. La historia de la humanidad nos muestra que epide-

mias o pandemias ocurren con cierta frecuencia; muchos epidemiólogos nos han advertido de la inminencia de otras pandemias en el futuro cercano, en buena medida debido a nuestra insana relación con la naturaleza. La deforestación y defaunación han ocasionado que nos encontremos en mayor cercanía con especies con las que no solíamos estar en contacto y que más frecuentemente haya brotes zoonóticos. La globalización ha facilitado que estas enfermedades emergentes se extiendan más rápidamente por todo el mundo. La pandemia de COVID-19 nos ha mostrado la falta de preparación de muchos sistemas de salud en el mundo. Sería conveniente que estuviéramos en mejores condiciones de planeación y preparación para futuras pandemias. Si algo nos ha enseñado ésta es la necesidad de pensar más profundamente sobre temas que tienen que ver con la naturaleza, el balance entre la libertad individual y el bienestar colectivo, la justicia distributiva, la solidaridad y el valor de la vida, entre muchos otros. Desde diversos ángulos la bioética puede coadyuvar en esta labor, a través de diálogos académicos públicos, vinculados y abiertos con la sociedad, que de manera incluyente reflexione sobre éstos y otros desafíos.⁶

XIII. REFERENCIAS

- AKST, J., 2020, “A challenge trial for COVID-19 would not be the first of its kind”, *The Scientist*, 8 de octubre, disponible en: <https://www.the-scientist.com/news-opinion/a-challenge-trial-for-covid-19-would-not-be-the-first-of-its-kind-68030>.
- ALPUCHE, C. *et al.*, en prensa, “Priorización de grupos poblacionales que recibirán vacuna Covid-19 en México: análisis intermedio”, *Revista Salud Pública de México*.
- AULD, S. C. *et al.*, 2020, “Declines in mortality over time for critically ill adults with coronavirus disease 2019”, *Critical Care Medicine*, septiembre 28, DOI: 10.1097/CCM.0000000000004687.
- BBC News, 2020, “Vacuna contra el coronavirus: EE.UU. y México aprueban el uso de emergencia de la de Pfizer-BioNTech”, 12 de diciembre, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55284459>. Fecha de acceso: 18 de diciembre 2020.
- BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J., 2013, *Principles of Biomedical Ethics*, 7a. ed., Nueva York: Oxford University Press.

⁶ Agradezco los comentarios de Asunción Álvarez del Río y de María de Jesús Medina Arellano a una versión previa de este texto.

- CALLAWAY, E., 2020a, “Russia’s fast-track coronavirus vaccine draws outrage over safety”, *Nature*, 11 de agosto, disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02386-2>. Fecha de consulta: 5 de enero de 2021.
- CALLAWAY, E., 2020b, “Dozens to be deliberately infected with coronavirus in UK ‘human challenge’ trials”, *Nature*, 20 de octubre, disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02821-4>.
- CHALLENGER, D. *et al.*, 2020, “Coronavirus: why a blanket ban on wildlife trade would not be the right response”, *The Conversation*, 8 de abril, <https://theconversation.com/coronavirus-why-a-blanket-ban-on-wildlife-trade-would-not-be-the-right-response-135746>. Fecha de acceso: 21 de diciembre de 2020.
- CLARK, C. C., 2005, “In harm’s way: AMA physicians and the duty to treat”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 30:65–87, DOI: 10.1080/03605310590907066.
- CORUM, J., WEE, S.-L., ZIMMER, C., 2021, “Coronavirus vaccine tracker”, *The New York Times*, 5 de enero, <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2020.
- CSG, 2020, “Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia”, Consejo de Salubridad General, 30 de abril, http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf.
- CDC, 2020, *Zoonotic diseases*, Centers for Disease Control and Prevention, disponible en: <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/zoonotic-diseases.html>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.
- CRC, 2020, Coronavirus Resource Center, Johns Hopkins University & Medicine, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.
- DANIELS, N., 2000, “Accountability for Reasonableness”, *British Medical Journal* 321(7272): 1300-1301.
- DAWSON, A., 2007, “Vaccination ethics”, *Principles of Health Care Ethics*, 2a. ed., R. E. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper, J. R. McMillan (comps.), West Sussex: Wiley.
- EMANUEL, E. J. *et al.*, 2020, “Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19”, *The New England Journal of Medicine* 382: 2049-2055. DOI: 10.1056/NEJMs2005114.
- EVANS, M. L., LINDAUER, M., FARRELL, M. E. 2020, “A pandemic within a pandemic — intimate partner violence during covid-19”, *The New England Journal of Medicine*, 16 de septiembre, DOI: 10.1056/NEJMp2024046.

- GHEBREYESUS, T.A., NG, A., 2020, “Desinformación frente a medicina: hagamos frente a la ‘infodemia’”, *El País*, 18 febrero, disponible en: https://elpais.com/sociedad/2020/02/18/actualidad/1582053544_191857.html.
- GHIC, 2020, Launch and Scale Speedometer. Mapping Covid-19 Vaccine Pre-Purchases Across the Globe, 29 de diciembre, disponible en: <https://launchandscalefaster.org/covid-19>.
- GOBIERNO DE MÉXICO, 2020, Política Nacional de Vacunación contra el Virus Sars-Cov-2, para la prevención de la covid-19 en México, versión 3.0, 8 de diciembre, https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/12/PolVx_COVID.pdf. Fecha de acceso: 18 de diciembre de 2020.
- GONZÁLEZ VALERIO, M. A., MARTÍNEZ RUIZ, R., 2020, “Triaje. Decir lo éticamente indecible”, *El Universal*, 22 de abril, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/maria-antonia-gonzalez-valerio-y-rosaura-martinez-ruiz/triaje-decidir-lo-eticamente>.
- GOZZER, S., 2020, “Coronavirus: los médicos que se negaron a atender a pacientes de covid-19 (y lo que su caso muestra de la precaria situación de muchos sanitarios en América Latina)”, *BBC News Mundo*, 27 de abril, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52413808>.
- HAN, B.-C., 2020, “La emergencia viral y el mundo de mañana”, *El País*, 22 de marzo.
- HENN, W., 2020, “Allocation criteria for an initial shortage of a future SARS-CoV-2 vaccine and necessary measures for global immunity”, *Vaccine* 38: 5396–5397.
- HU, B. *et al.*, 2017, “Discovery of a rich gene pool of bat SARS-related coronaviruses provides new insights into the origin of SARS coronavirus”, *PLOS Pathogens* 13(11): e1006698. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1006698>.
- HUI, D. S. *et al.*, 2020, “The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health – The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China”, *International Journal of Infectious Diseases* 91: 264-266. DOI:10.1016/j.ijid.2020.01.009.
- LARSSON, P., 2020, “COVID-19 anti-vaxxers use the same arguments from 135 years ago”, *The Conversation*, 4 de octubre, <https://theconversation.com/covid-19-anti-vaxxers-use-the-same-arguments-from-135-years-ago-145592>.
- LAU, S. K. P. *et al.*, 2020, “Possible bat origin of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2”, *Emerging infectious diseases*, disponible en: <https://doi.org/10.3201/eid2607.200092>.
- LEDFOORD, H., CYRANOSKI, D., VAN NOORDEN, R., “The UK has approved a COVID vaccine – here’s what scientists now want to know”, *Nature*

- News*, 3 de diciembre, <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03441-8>, Fecha de acceso: 18 de diciembre de 2020.
- MA, J., 2020, “Coronavirus: China’s first confirmed covid-19 case traced back to November 17”, *South China Morning Post*, 13 de marzo, <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3074991/coronavirus-chinas-first-confirmed-covid-19-case-traced-back>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.
- MADAVILLI, A., 2020, “Here’s why vaccinated people still need to wear a mask”, *The New York Times*, 8 de diciembre, <https://www.nytimes.com/2020/12/08/health/covid-vaccine-mask.html>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.
- Mayo Clinic, 2020, “Herd immunity and COVID-19 (coronavirus): What you need to know”, Mayo Clinic, 6 de junio, <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/herd-immunity-and-coronavirus/art-20486808>.
- MAZZOLINI, C., 2020, “COVID-19 and malpractice: New risks to watch for”, *Medical Economics*, 23 de junio, <https://www.medicaleconomics.com/view/covid-19-and-malpractice-new-risks-to-watch-for>.
- MIRANDA, P. y MANZO, L., 2020, “Mueren 8 de cada 10 intubados por covid en el IMSS”, *El Universal*, 22 de octubre, <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/mueren-8-de-cada-10-intubados-por-covid-en-el-imss>.
- MYERS, J., 2020, “3 in 4 adults around the world say they would get a COVID-19 vaccine”, World Economic Forum/Ipsos, 1o. de septiembre, <https://www.weforum.org/agenda/2020/09/covid-19-coronavirus-vaccine-opinion-survey/>.
- NEERGAARD, L., Y FINGERHUT, H., 2020, “AP-NORC poll: Half of Americans would get a COVID-19 vaccine”, AP News, 27 de mayo, disponible en: <https://apnews.com/article/dacdc8bc428dd4df6511bfa259cfec44>.
- New York Times*, 2020, “U.S. Starts vaccine rollout as high risk health care workers go first”, 17 de diciembre, <https://www.nytimes.com/live/2020/12/14/world/covid-19-coronavirus>. Fecha de acceso: 18 de diciembre 2020.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2016. *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks*. Ginebra: OMS, disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 2020a, “Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020”, disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.

- OMS (Organización Mundial de la Salud), 2020b, *Managing the COVID Infodemic. A Call for Action*, disponible en: <https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemic-management>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2020, “COVID-19 has infected some 570,000 health workers and killed 2,500 in the Americas, PAHO Director says”, OPS, 2 de septiembre, disponible en: <https://www.paho.org/en/news/2-9-2020-covid-19-has-infected-some-570000-health-workers-and-killed-2500-americas-paho>.
- ORTIZ MILLÁN, G., 2020a, “Pandemias, zoonosis y el comercio de animales silvestres”, *Revista de Bioética y Derecho* 50: 19-35. DOI: 10.1344/rbd2020.50.31303.
- ORTIZ MILLÁN, G., 2020b, “¿A qué pacientes atender?”, *Nexos* 509, mayo.
- ORTIZ MILLÁN, G., 2020c, “La asignación de recursos médicos escasos y el criterio del valor social personal”, *Este País*, 20 de abril, disponible en: https://estepais.com/tendencias_y_opiniones/la-asignacion-de-recursos-medicos-escasos-y-el-criterio-del-valor-social-personal/.
- ORTIZ MILLÁN, G., 2020d, “La Guía bioética, la equidad y el criterio de la aleatoriedad”, *Este País*, 24 de abril, disponible en: https://estepais.com/tendencias_y_opiniones/la-guia-bioetica-la-equidad-y-el-criterio-de-la-aleatoriedad/.
- ORTIZ MILLÁN, G., 2020e, “«Jugar a ser Dios» y la necesidad de una guía de asignación de recursos médicos escasos”, *Nexos*, 26 de abril, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=47787>.
- PARMET, W. E., PAUL, J., 2020, “COVID-19: The first posttruth pandemic”, *American Journal of Public Health* 110(7), disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305721>.
- PERSAD, G., WERTHEIMER, A., y EMANUEL, E. J., 2009, “Principles for allocation of scarce medical intervention”, *The Lancet* 373 (9661).
- Reforma, 2020, “Rechaza vacuna una cuarta parte”, *Reforma*, 14 de octubre.
- Reglamento Sanitario Internacional, 2005, Organización Mundial de la Salud, disponible en: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/>. Fecha de acceso: 18 de diciembre de 2020.
- RSF, 2020, “Si la prensa china fuera libre, el coronavirus no sería una pandemia”, Reporteros Sin Fronteras, 24 de marzo, disponible en: <https://www.rsf-es.org/news/china-coronavirus-si-la-prensa-china-fuera-libre-el-coronavirus-no-seria-una-pandemia-sostiene-rsf/>.
- RUBIN, G. J. y WESSELY, S., 2020, “Coronavirus: The psychological effects of quarantining a city”, *British Medical Journal*, 24 de enero, disponible en:

- <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/01/24/coronavirus-the-psychological-effects-of-quarantining-a-city/>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.
- RUDERMAN, C. *et al.*, 2006, “On pandemics and the duty to care: Whose duty? Who cares?”, *BMC Medical Ethics* 7:5 DOI:10.1186/1472-6939-7-5.
- SANGER, D. *et al.*, 2020, “Profits and pride at stake, the race for a vaccine intensifies”, *The New York Times*, 2 de mayo, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/05/02/us/politics/vaccines-coronavirus-research.html>.
- Secretaría de Salud, 2020, Guía de manejo de cadáveres por COVID-19 SARS-CoV-2 en México, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Guia_Manejo_Cadaveres_COVID-19.pdf.
- SHADBOLT, P., 2013, “WHO: H7N9 virus ‘one of the most lethal so far’”, *CNN*. 25 de abril, disponible en: <https://edition.cnn.com/2013/04/24/world/asia/china-birdflu/index.html>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.
- SILVA, D. S. *et al.*, 2012, “Priority setting of ICU resources in an influenza pandemic: A qualitative study of the Canadian public’s perspectives”, *BMC Public Health* 12: 241-252.
- SMITH, M. y UPSHUR, R., 2019, “Pandemic disease, public health, and ethics”, *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*, A. C. Mastroianni, J. P. Kahn y N. E. Kass (comps.), Oxford, Oxford University Press, DOI: 10.1093/oxfordhb/9780190245191.013.69.
- SNIDER, D. E., 2000, “Ethical issues in tuberculosis vaccine trials”, *Clinical Infectious Diseases* 30 (Suppl 3): S271-5.
- SOTO MOTA, A. *et al.*, 2020, “Un dilema inevitable del COVID-19: ¿cómo salvar más vidas cuando se acaben las camas?”, *Nexos*, 11 de abril, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=47691>.
- TSAN-YUK LAM, T. *et al.*, 2020, “Identifying SARS-CoV-2 related coronaviruses in Malayan pangolins”, *Nature*, 26 de marzo, disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2169-0>.
- TWOHEY, M. *et al.*, 2020, “Los países prósperos aseguraron sus vacunas, pero «han vaciado los estantes» para el resto”, *The New York Times*, 17 de diciembre, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/12/17/espanol/vacunas-paises.html?name=styl-n-coronavirus-es>.
- UN News, 2020, “Hard times forecast for global job recovery in 2020, warns UN labour agency chief”, United Nations News, 30 de junio, disponible en: <https://news.un.org/en/story/2020/06/1067432>.
- VEGA, M., 2020, “Muerte materna aumenta 46% por la pandemia, mientras caen a la mitad las consultas prenatales”, *Animal Político*, 19 de octubre,

INTRODUCCIÓN

39

disponible en: <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/muerte-materna-aumenta-covid>. Fecha de acceso: 18 de diciembre de 2020.

WALTERS, M. J., 2014, *Seven Modern Plagues and How We are Causing Them*, 2a. ed. Washington: Island Press.

WU, K. J., ZIMMER, C., CORUM, J., 2020, Tratamientos y medicamentos para el coronavirus: monitoreo de efectividad, *The New York Times*, 26 de diciembre, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/interactive/2020/science/coronavirus-tratamientos-curas.html>. Fecha de acceso: 5 de enero de 2021.

YUAN, L., 2021, “China vuelve a la normalidad prepandémica mientras el mundo sigue en caos”, *The New York Times*, 6 de enero, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2021/01/06/espanol/china-covid.html>. Fecha de acceso: 12 de enero de 2021.

ORÍGENES DE LA PANDEMIA

NUESTRA RESPONSABILIDAD EN EL SURGIMIENTO DE LAS PANDEMIAS

Beatriz VANDA CANTÓN

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Los virus en las pandemias del siglo XXI.* III. *¿Cómo surgen las pandemias?* IV. *La comercialización de animales silvestres: un problema bioético y de salud.* V. *Los animales: ¿culpables o víctimas de las pandemias?* VI. *Conclusiones.*

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia por el *betacoronavirus* SARS-CoV-2 que produce el Síndrome Agudo Respiratorio Severo, conocido como COVID-19 y que actualmente nos afecta, no es una situación desconocida ni poco frecuente, ya en este siglo hemos sido testigos de varias epidemias causadas por virus, pero parece que no hemos aprendido a prevenirlas ni a contenerlas. Hace un siglo, entre 1918 y 1920, tuvimos como gran antecedente a la gripe o influenza española, considerada como la pandemia más devastadora de la historia, pues se calcula que mató entre 40 y 50 millones de personas. En un artículo publicado en 1919 en la revista *Science*, dicha pandemia fue descrita como una catástrofe que arrasó al mundo entero, y que el planeta nunca había enfrentado una situación de tal magnitud en términos de destrucción humana.¹ A 100 años de distancia, podemos ver que la influenza española guarda más similitudes que diferencias con el COVID-19; una de las pocas diferencias es que en aquella ocasión los grupos más susceptibles fueron personas sanas de entre 15 y 35 años,² en tanto que ahora, en quienes se

¹ Soper, George A. *et al.*, “The lessons of the pandemic”, *Science*, 49, (1274), 30 May 1919, pp. 501-506, DOI: 10.1126/science.49.1274.501, disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/49/1274/501>, Consultado el 25/05/2020.

² Jester, Barbara, Uyeki, Timothy y Jernigan, Daniel, “Readiness for Responding to a Severe Pandemic 100 Years After 1918”, *American Journal of Epidemiology*, 187(12), 2018, pp. 2596-2602, DOI:10.1093/aje/kwy165, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30102376/>.

presenta mayor mortalidad es en los adultos de más de 60 años que presentan algún otro padecimiento o comorbilidad. Igual que en esta ocasión, parece que el primer brote ocurrió en China (1917), aunque otros estudios apuntan a que fue en una base militar de Kansas, en los Estados Unidos de Norteamérica (E.E.U.U.) en 1918; sin embargo, se le conoce como “Influenza española” porque España, que permaneció neutral en la Primera Guerra Mundial, fue el primer país que notificó sus casos, los otros países los ocultaron dado que temían que sus soldados pudieran desmoralizarse si se enteraban que había una epidemia en sus países.³ Se cree que el agente etiológico fue el virus de la influenza aviar A (H1N1), que migró a los cerdos, mutó y de ahí pudo pasar a los humanos. El hacinamiento y traslado de soldados a través de los continentes durante la guerra, contribuyeron a la propagación del virus. La mayoría de los pacientes murieron por complicaciones con neumonías bacterianas, pues no había antibióticos, y de hecho, en ese entonces no sabían que enfrentaban a un virus, muchos médicos atribuían la enfermedad al bacilo de Pfeiffer (*Haemophilus influenzae*) que provocaba bronconeumonía.⁴ Se recurrió a medidas de contención similares a las que hoy se procuran: en algunos países fue obligatorio usar mascarillas y se establecieron multas para quienes no se cubrieran la boca al toser. Hubo cuarentenas, se aisló a enfermos, se cerraron puertos, se suspendieron actividades culturales, religiosas y sociales, y como hoy, también ocurrieron rebrotes porque muchos ya no querían seguir encerrados, y cuando disminuyeron los contagios, en algunas ciudades la gente salió a las calles y festejó con desfiles; a los pocos días los hospitales estaban saturados y el número de muertos se elevó considerablemente. Si estos eventos nos suenan conocidos, entonces ¿por qué los olvidamos?

II. LOS VIRUS EN LAS PANDEMIAS DEL SIGLO XXI

Muchos virus son específicos de especie, es decir sólo infectan a una especie determinada anclándose a sus receptores celulares; pero no todos los virus inducen enfermedad en el hospedador, por lo que hay animales que sólo son

³ Pulido, Sandra, “La Gripe Española: la pandemia de 1918 que no comenzó en España”, 19 de enero de 2020, disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/la-gripe-espanola-la-pandemia-de-1918-que-no-comenzo-en-espana-fy1357456/>. Consultada el 2/junio/2020.

⁴ Jordan, Douglas, Tumpcy, Terrence y Jester, Barbara, “The Deadliest Flu: The Complete Story of the Discovery and Reconstruction of the 1918 Pandemic Virus”, *Centers for Disease Control and Prevention*, disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/reconstruction-1918-virus.html>. Consultado el 2/junio/2020.

reservorios del virus, como lo son diversas especies de murciélagos.⁵ Si el virus muta y logra adaptarse a otra especie que no lo conoce y no tiene inmunidad contra él, sí puede causarle enfermedad. Además, la especie receptora puede actuar como amplificadora del virus aumentando su patogenicidad y la rapidez con que éste se transmite. Una vez adaptado a otra especie, es posible que permanezca circulando entre los individuos durante años, antes de pasar a la siguiente especie hospedadora, o bien puede recombinarse genéticamente con otras cepas virales en un mismo hospedador.⁶

Las cuatro pandemias que se han presentado en lo que va de este siglo comparten muchas características en cuanto a su origen: todas han sido causadas por virus de otras especies animales que mutaron y pasaron a los humanos, por lo que se consideran zoonosis, y en tres de ellas los primeros casos surgieron en el sureste asiático, en China para ser precisos.⁷

La epidemia por el coronavirus SARS-CoV-1 entre 2002 y 2003 se originó en la provincia de Cantón (Guangzhou ó Guangdong) en China, donde la gente es afecta a consumir mamíferos silvestres como las civetas o “zorros de las frutas” (*Paguma larvata*) quienes son capturados en las selvas y vendidos en mercados o se les mata en los restaurantes donde son cocinados.⁸ Las civetas a su vez, pudieron haberse infectado con el coronavirus a través de las excretas de los murciélagos (*Rhinolophus sp.*). La enfermedad que se extendió a 37 países iniciaba con un cuadro gripal, seguido por síntomas respiratorios como tos y disnea, algunos pacientes presentaron falla multiorgánica, se calcula que la mortalidad fue del 10%.⁹ A raíz de esto, China prohibió la venta de animales silvestres en sus mercados, pero un mes después de que la Organización Mundial de

⁵ Anthony, Simon J. *et al.*, “Global patterns in coronavirus diversity”, *Virus Evolution*, 3(1), 2017, 1-15. <https://doi.org/10.1093/ve/vex012>. Consultado el 5/junio/2020.

⁶ Webby, Richard J. *et al.*, “Evolution of Swine H3N2 Influenza Viruses in the United States”. *Journal of Virology*, 74 (18), 2000, pp. 8243-8251; DOI: 10.1128/JVI.74.18.8243-8251.2000, <https://jvi.asm.org/content/74/18/8243>. Consultado el 4/08/2020.

⁷ Bauso, Matias, Los virus que saltaron de animales a humanos y causaron 4 pandemias durante este siglo”, *Infobae*, 5/04/2020, disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/2020/04/05/los-virus-que-saltaron-de-animales-a-humanos-y-causaron-4-pandemias-durante-este-siglo>. Consultado el 2 de junio de 2020.

⁸ Wang, M. *et al.*, “SARS-CoV infection in a restaurant from palm civet”. *Emerging Infectious Diseases*, 11(12), 2005, pp. 1860-1865, DOI.org/10.3201/eid1112.041293, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3367621/#R2>. Consultado el 4/08/2020.

⁹ Poon, L. L., Guan, Y., Nicholls, J. M., “The Aetiology, Origins, and Diagnosis of Severe Acute Respiratory Syndrome”, *The Lancet. Infectious diseases*, 4(11), 2004, pp. 663-671. disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(04\)01172-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(04)01172-7). Consultado el 23/08/2020.

la Salud (OMS) declaró que se había contenido el virus, China levantó la prohibición.¹⁰

La segunda epidemia fue la gripe aviar, cuya etiología es el virus de la influenza A (H5N1) hiperpatogénica, también de origen asiático; en 2003 se notificaron casos en humanos, que aunque no fueron muy numerosos, más del 60% resultaron mortales. Este virus pasó de las aves de corral (*Gallus gallus*) a personas que estaban en contacto con gallinas y pollos infectados en mercados, granjas o con sus cadáveres.¹¹ Para contener la epizootia tan sólo en Asia se mató a más de 140 millones de pollos y gallinas, lo que representó una enorme pérdida económica y de vidas animales.¹²

Entre 2009 y 2010 tuvo lugar la tercera pandemia del siglo, esta vez la causa de la zoonosis fue el virus de la influenza A (H1N1) que pasó de los cerdos a los humanos. Los virus influenza pueden infectar y adaptarse a una gran cantidad de especies de mamíferos y aves, y recombinar sus genes con los de virus que afectan a otras especies en el nuevo hospedador.¹³ En esta ocasión se combinaron una cepa aviar y dos cepas porcinas que se terminaron recombinando con una humana; se estima que pudieron haber muerto hasta medio millón de personas en el mundo, siendo los más afectados los jóvenes y adultos menores de 50 años.¹⁴ Los datos epidemiológicos señalan que pudo haberse originado en el estado de Veracruz en México, donde hay grandes granjas de cerdos; sin embargo, por esa misma época, también existen informes de casos en niños en California, EE.UU. La OMS declaró emergencia de salud pública internacional.¹⁵

¹⁰ Ortiz-Millán, Gustavo, “Pandemias, zoonosis y comercio de animales silvestres”, *Revista de Bioética y Derecho*, 5, 2020, pp. 19-35, disponible en: <https://revistes.uib.edu/index.php/RBD/article/view/31303/32126>. Consultado el 2/07/2020.

¹¹ OMS, “Virus de la gripe aviar y otros virus de la gripe de origen zoonótico”, 13/noviembre/2018, disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(avian-and-other-zoonotic\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(avian-and-other-zoonotic)). Consultado el 7/07/2020.

¹² Cook, Robert A., “Emerging Diseases at the Interface of People, Domestic Animals, and Wildlife. The Role of Wildlife in our Understanding of Highly Pathogenic Avian Influenza”, *Yale Journal of Biology and Medicine*, 78, 2005, pp. 339-349.

¹³ Webby, Richard J. *et al.*, *op. cit.*

¹⁴ LaRussa, Philip, “Pandemic novel 2009 H1N1 influenza: what have we learned?”. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 32(4), 2011, pp. 393-399, disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0031-1283279>.

¹⁵ Girard, M. P., Tam, J. S. *et al.*, “The 2009 A (H1N1) s DOI: 10.1016/j.vaccine.2010.05.031, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20553769/>. Consultado el 05/08/2020. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), “Outbreak of swine-origin influenza A (H1N1) virus infection, Mexico”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 58(17), 2009, pp. 467-470, disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19444150/>. Consultado el 8/08/2020.

Los primeros casos de la cuarta pandemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2 conocido como COVID-19, se informaron en diciembre de 2019 en Wuhan, China.¹⁶ La mayoría de los infectados trabajaba en un mercado en donde se vendían mariscos y animales silvestres vivos (como faisanes, murciélagos, marmotas, ranas, serpientes) o sus órganos.¹⁷ Este nuevo virus para los humanos está estrechamente relacionado con los coronavirus cuyos reservorios son murciélagos de las familias *Rhinolophidae* y *Pteropodidae*, conocidos como murciélagos “nariz de herradura”, pero a ellos no les causan enfermedad.¹⁸ Es altamente probable que el virus haya mutado y se haya adaptado a los receptores celulares de otra especie que pudo servir de hospedador intermediario, o bien, haber pasado directamente a los humanos.¹⁹ Existen evidencias de que la especie intermediaria pudo ser el pangolín (*Manis javanica*),²⁰ un indefenso mamífero que es una de las especies más traficadas en el mundo, ya que es muy valorado como alimento, por sus escamas y por supuestas propiedades curativas (no comprobadas), por lo que su cacería los ha puesto en peligro de extinción.²¹

III. ¿CÓMO SURGEN LAS PANDEMIAS?

El origen de una pandemia derivada de una zoonosis no es tan simple, no comienza sólo como una zoonosis, es decir con la transmisión de un agente

¹⁶ Li Qun, Guan Xuhua, Wu Peng *et al.*, “Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia”. *The New England Journal of Medicine*, January 29, 2020, pp. 1-9. DOI:10.1056/NEJMOA2001316. Consultado el 27/07/2020.

¹⁷ Ralph, Roby, Lew, Jocelyn, Zeng, Tiansheng *et al.*, “2019-nCoV (Wuhan virus), a Novel Coronavirus: Human-to-Human Transmission, Travel-related Cases, and Vaccine Readiness”. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(1), 2020, pp. 3-17, DOI:10.3855/jidc.12425. Consultado el 27/07/2020.

¹⁸ Woo, PCY, Lau SKP, Li KSM *et al.*, “Molecular Diversity of Coronaviruses in Bats”, *Virology*, 351(1), 2006, pp. 180-187, DOI:10.1016/j.virol.2006.02.041.

¹⁹ Masry, I, von Dobschuetz, S, Plee, L. *et al.*, “Exposure of Humans or Animals to SARS-CoV-2 From Wild, Livestock, Companion and Aquatic Animals: Qualitative Exposure Assessment”, *FAO animal Production and Health*, Paper 181, Rome, 2020 FAO, disponible en: <https://doi.org/10.4060/ca9959en>. Consultado el 20/06/2020.

²⁰ Zhang, Tao, Wu, Qunfu, Zhang, Zhigang, “Probable Pangolin Origin of SARS-CoV-2 Associated with the COVID-19 Outbreak”, *Current Biology*, 30(8), 2020, pp. 1346-1351, <https://doi.org/10.1016/j.cub.2020.03.022>. Tsan-Yuk, Lam, T, Guan, Y. *et al.*, “Identifying SARS-CoV-2 Related Coronaviruses in Malayan Pangolins”, *Nature*, publicado en línea el 26 de marzo de 2020, disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2169-0>.

²¹ Nuwer, R., “Illegal Trade in Pangolins Keeps Growing as Criminal Networks Expand”. *National Geographic*, 11 de febrero de 2020, disponible en: <https://www.nationalgeographic.com/animals/2020/02/pangolin-scale-trade-shipments-growing/>. Consultado el 6/06/2020.

patógeno de un animal de otra especie, al humano. Para que una enfermedad adquiriera tales dimensiones se requiere de varios factores predisponentes y desencadenantes, como los que se presentan a continuación:

- a) No reconocernos como una especie animal más de la naturaleza e ignorar que podemos adquirir de ellos o transmitirles agentes infecciosos.
- b) Devastación de hábitats naturales y pérdida de la biodiversidad.
- c) La introducción de especies exóticas.
- d) La facilidad para trasladarnos a otros países y continentes pudiendo diseminar rápidamente las infecciones.
- e) La captura, comercialización y/o consumo de animales silvestres.
- f) Malas e insalubres condiciones de confinamiento y matanza de animales en mercados y granjas.

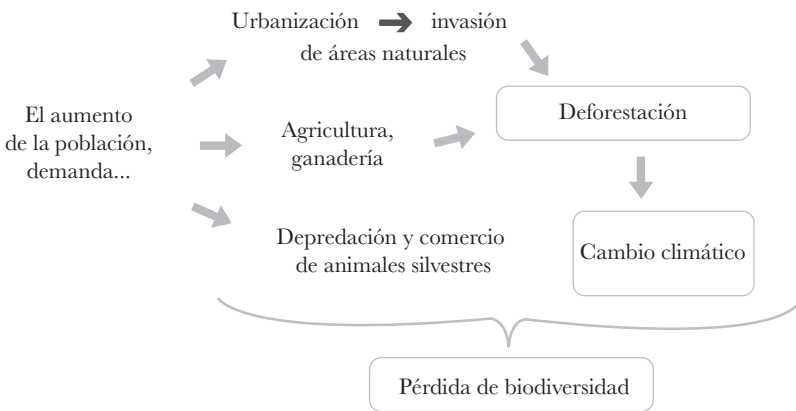
El aumento en la población humana demanda cada vez más recursos de todo tipo: alimentos, vivienda, vestido, comunicaciones, lugares de esparcimiento, así como estilos de vida y otros productos que creemos indispensables, pero que no son compatibles con la sostenibilidad del planeta,²² todo lo anterior representa una amenaza para la existencia de las otras especies. La deforestación es una de las principales causas del cambio climático y ambos problemas contribuyen de forma importante a la pérdida de biodiversidad, de la que también somos responsables en forma directa al depredar a los animales. El 75% de los motivos de la deforestación son la tala en ecosistemas para destinarlos a la agricultura y la ganadería, aunque también la urbanización, las carreteras y la minería contribuyen de forma importante a este fenómeno (Figura 1).

La destrucción e invasión de nichos ecológicos favorecen la extinción de flora y fauna, lo que obliga a los animales silvestres a huir y a desplazarse a otros ecosistemas en donde tal vez no puedan sobrevivir, o en ocasiones tienen que migrar a zonas urbanas en donde aumentan las posibilidades de entrar en contacto con los humanos y con las especies domésticas, pudiendo generar transmisión de enfermedades que antes no había en una población. El cambio climático propicia la expansión de virus y bacterias, ya que debido al aumento de la temperatura en el planeta, algunas especies de mosquitos que son vectores de algunas infecciones virales (como dengue,

²² Garduño, Mónica, “Este sábado la Tierra agotó sus recursos naturales destinados para 2020”, *Forbes México*, 22 de agosto, 2020, disponible en: <https://www.forbes.com.mx/hoy-la-tierra-agoto-sus-recursos-naturales-destinados-para-2020/>. Consultado el 24/08/2020.

chicungunya y encefalitis) o parasitarias (como la malaria), ahora pueden vivir en latitudes más allá de los trópicos, donde antes no llegaban. Cuanta mayor es la destrucción de áreas naturales y la pérdida de diversidad genética, mayor riesgo de epidemias, pues al desaparecer animales y plantas, desaparecen las “barreras físicas y biológicas” aumentando la cercanía y el contacto entre individuos y con ello la transmisión de enfermedades.²³

FIGURA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE LA PÉRDIDA DE LA BIODIVERSIDAD Y DEL ORIGEN DE LAS PANDEMIAS



La introducción de especies exóticas, también representa un riesgo, pues se desconoce la carga de microorganismos patógenos que puedan portar y/o transmitir.²⁴ Esto también se aplica a los animales domésticos o sus cadáveres cuando son transportados de un país a otro para su consumo.²⁵ Los viajes en barcos, pero sobre todo en aviones y en trenes de alta velocidad han acortado las distancias, permitiendo que se pueda llegar rápidamente de un lado al otro del mundo, favoreciendo así la diseminación de infecciones en corto tiempo.

Otra de las causas de las epidemias por virus es sin duda, el acercamiento inapropiado e irresponsable de nuestra especie con los demás animales, en especial con la fauna silvestre. Según el Programa de las Naciones Unidas

²³ Naciones Unidas, “Día internacional de la Madre Tierra”, 22 de abril, 2020, disponible en: <https://www.un.org/es/observances/earth-day>. Consultado el 4/06/2020.

²⁴ Cook, Robert A., *op. cit.*

²⁵ “Trade in wild animals: a disaster ignored”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 3, julio, 2003, p. 391, disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(03\)00695-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(03)00695-9), <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2803%2900695-9>. Consultado el 10/08/2020.

para el Medio Ambiente (PNUMA), el 73% de las infecciosas emergentes que afectan a los humanos provienen de otros animales, como sucedió con la fiebre hemorrágica del Ébola,²⁶ la encefalopatía espongiforme bovina (por consumir encéfalos y médulas espinales de vacas infectadas con el prion causante de la enfermedad de “las vacas locas”), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) SIDA, sólo por citar algunas. Las hipótesis más aceptadas que explican el surgimiento del VIH, es que es un virus mutante de la inmunodeficiencia del simio (VIS), pasó a los humanos ya sea porque comieron carne de simios portadores de este agente o bien, la gente se infectó a través de la sangre de heridas y mordeduras durante la cacería.²⁷

El tema de la captura y comercialización de los animales, así como de las condiciones en que son mantenidos y matados, y la conexión que esto tiene con el surgimiento de las pandemias, se hará desde una perspectiva bioética más amplia, por lo que se presenta en el apartado siguiente.

IV. LA COMERCIALIZACIÓN DE ANIMALES SILVESTRES: UN PROBLEMA BIOÉTICO Y DE SALUD

La captura y comercialización de animales silvestres tiene numerosos cuestionamientos éticos, no importa si hace a pequeña o a gran escala. La venta de animales silvestres vivos o muertos es una de las cinco actividades ilegales más lucrativas del mundo,²⁸ y aunque se destinen a zoológicos o a colecciones privadas no se justifica, pues el confinamiento repercute negativamente en sus niveles de bienestar, debido a que no pueden tener control sobre su entorno, carecen de nutrición y ambiente adecuados y no pueden expresar comportamientos necesarios para ellos.²⁹ Para Lori

²⁶ Karesh, WB, Cook, RA *et al.*, “Wildlife Trade and Global Disease Emergence”. *Emerging Infectious Diseases*, 11(7), 2005, pp. 1000-1002. DOI:10.3201/eid1107.050194. Naciones Unidas, *op. cit.*

²⁷ Cook, Robert A., *op. cit.* “La historia del VIH: cómo el virus pasó del mono al ser humano”, *Gaceta Médica*, 12/enero/2018, <https://gacetamedica.com/opinion/la-contrala-historia-del-vih-como-el-virus-paso-del-mono-al-ser-humano-ad1342174/>. Consultado el 7/08/2020.

²⁸ Justo, Marcelo, “Las cinco actividades del crimen organizado que recaudan más dinero en el mundo”, *BBC Mundo*, 31/marzo/2016, disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160316_economia_crimen_organizado_mj. Consultado el 7/08/2020. Vardi, Nathan, “The World’s Biggest Illicit Industries”, *Forbes*, 04/Jun/2010, https://www.forbes.com/2010/06/04/biggest-illegal-businesses-business-crime_slide.html#2fe7d1fe760a. Consultado el 7/08/2020.

²⁹ Whitham, Jessica & Wielebnowski, Nadja, “New directions for zoo animal welfare science”, *Applied Animal Behaviour Science*, 147, 2013; pp. 247-260. DOI:10.1016/j.ap-

Gruen³⁰ este encierro y exhibición también atenta contra la dignidad de los animales silvestres al no tener privacidad ni forma de escapar de las miradas de los humanos, entre otras cosas. Pero resulta inadmisibles atraparlos cuando se les busca como alimento exótico, como afrodisiacos o para usarlos en la llamada “medicina tradicional” la cual carece de fundamento científico.³¹ También es reprochable usar su piel u otras partes de sus cuerpos con fines ornamentales o para vestir, ya que es del todo innecesario. El comercio de fauna silvestre implica la privación violenta de la libertad de los individuos, la fragmentación de su grupo social, sufrimiento y muchas veces les provoca la muerte o heridas graves durante su captura y transporte; además de que afecta la conservación de las especies e impacta de manera negativa en la bioseguridad, la salud pública y la ecología.

1. *Los mercados de animales vivos y la transmisión de enfermedades*

Hablando específicamente de los animales que son capturados y vendidos vivos en mercados como el de Wuhan en China, implica que mientras esperan ser comprados o matados para ser consumidos ahí mismo, permanecen encerrados en pequeñas jaulas hacinados o muy cerca de individuos de otras especies, lo que facilita el intercambio de microorganismos infecciosos que pueden migrar de una especie a otra.³² El estrés y el miedo que experimentan por la captura, el encierro, la privación de alimento y los bajos niveles de bienestar, les provoca inmunodepresión,³³ favoreciendo la reactivación de infecciones latentes que pudieran tener, así como los contagios interespecie; lo que aunado a la presencia de heces, orina, vísceras y sangre a su alrededor, constituye un “medio de cultivo” ideal para

planim.2013.02.004. Masson, Georgia J, “Species differences in responses to captivity: stress, welfare and the comparative method”, *Trends in Ecology & Evolution*, 25(12), 2010, pp. 713-721. DOI: 10.1016/j.tree.2010.08.011.

³⁰ Gruen, Lori, “Dignity, captivity, and ethics of sight”, en Lori Gruen, *The Ethics of Captivity*, New York, Oxford University Press, 2014. cap. 14, pp. 231-247.

³¹ Byard, R.W., “Traditional medicines and species extinction: another side to forensic wildlife investigation”, *Forensic Science, Medicine and Pathology* 12, (1), 2016, pp. 25-127. DOI 10.1007/s12024-016-9742-8.

³² Cook, Robert A., *op. cit.*

³³ Akthar, Aysha, “Stopping Animal Abuse Will Prevent Future Pandemics, Says Leading Scientist”, *Oxford Centre for Animal Ethics*, 23 de marzo, 2020, disponible en: <https://www.oxfordanimalethics.com/2020/03/press-release-stopping-animal-abuse-will-prevent-future-pandemics-says-leading-scientist/>. Consultado el 08/08/2020.

virus y bacterias que pueden pasar a los humanos, como ha sucedido.³⁴ En 2003 durante la pandemia por el SARS-CoV-1, un estudio reveló que en un mercado de la provincia de Guangdong donde se vendían civetas, el 50% de los vendedores tenía anticuerpos contra este virus, lo que resulta muy significativo desde el punto de vista de la salud pública.³⁵ Pese a ello, este tipo de mercados se ha extendido en China y otros países del sureste asiático,³⁶ y dada la demanda que existe entre la población y el gran negocio que representan, sus gobiernos no han mostrado voluntad para cerrarlos ni para regularlos,³⁷ a pesar de las malas condiciones en que están los animales y del riesgo demostrado que dichos establecimientos representan para la salud humana y animal en el mundo.

Otro aspecto bioético y con repercusiones negativas para la salud humana y que pocas veces se menciona, es la forma y circunstancias en que los animales son matados y preparados en mercados y restaurantes. Seguramente no se respetan medidas mínimas de bienestar durante el manejo previo a la matanza, en donde es fundamental inducir la pérdida de la consciencia en los animales antes de desangrarlos, eviscerarlos, decapitarlos o escaldarlos, con el fin de disminuir su dolor, lo que es una exigencia en muchos países —incluso existen lineamientos estrictos al respecto por parte de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE)³⁸ y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)³⁹—. Además

³⁴ Kan, B., Wang, M. *et al.*, “Molecular Evolution Analysis and Geographic Investigation of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-Like Virus in Palm Civets at an Animal Market and on Farms”, *Journal of Virology*, 79 (18), 2005, pp. 11892-11900. DOI:10.1128/jvi.79.18.11892-11900.2005.

³⁵ Guan, Y., Zheng, B. J., He, Y. Q. *et al.*, “Isolation and Characterization of Viruses Related to the SARS Coronavirus from Animals in Southern China”, *Science*, vol. 302 (5643), 2003, pp. 276-278. DOI:10.1126/science.1087139.

³⁶ Humane Society International, “Comercio de Fauna Silvestre y el COVID-19”, abril, 2020, Washington, D. C., disponible en: <https://www.hsi.org/wp-content/uploads/2020/04/Wildlife-Markets-and-COVID-19-White-Paper-SPANISH.pdf>. Consultado el 10/08/2020.

³⁷ Ortiz-Millán, Gustavo, *op. cit.*, Zachary, Keyser, “Wet markets in China still operating despite coronavirus outbreak”, *Reuters, The Jerusalem Post Staff*, 30 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.jpost.com/international/report-wet-markets-in-china-still-operating-despite-coronavirus-out-break-622917>. Consultado el 23/08/2020.

³⁸ OIE, “Sacrificio de Animales”, cap. 7.5, art. 7.5.7, *Código Sanitario para los Animales Terrestres* (acceso en línea), https://www.oie.int/index.php?id=169&L=2&htmfile=chapitre_au_slaughter.htm. Consultado el 14/08/2020.

³⁹ FAO, “Manejo presacrificio y métodos de aturdimiento y de matanza”, *Manual de Buenas Prácticas para la Industria de la Carne*, sección 7, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación / Fundación Internacional Carrefour, Roma, 2007, pp. 148-164, disponible en: <http://www.fao.org/3/y5454s/y5454s00.pdf>.

de los problemas descritos, los mercados y establecimientos donde se consumen estos animales no cuentan con las mínimas medidas de higiene, ni medicina preventiva, ni se realizan inspecciones sanitarias de los cadáveres ni supervisión de la inocuidad de éstos, y lo extraño es que a los consumidores parece no importarles esto.⁴⁰

2. ¿Pueden ser las granjas un riesgo para la salud?

A pesar de que en muchas de las pandemias los virus han provenido de animales silvestres, también ha habido otras como aquellas causadas por diferentes cepas de virus de influenza A, que se han originado en granjas de animales domésticos.⁴¹ El común denominador ha sido el contexto de hacinamiento y estrés de los animales⁴² así como el contacto con los humanos ya sea a través de secreciones, aerosoles o al momento de ser consumidos. Aunque las granjas son establecimientos legales que cuentan con supervisión médica veterinaria, y en la mayoría de ellas se aplican rigurosas medidas de bioseguridad para resguardar la salud de los animales y de los humanos, no están exentas de condiciones que facilitan la rápida diseminación de algún agente patógeno, como son: la homogeneidad de los grupos de animales (tanto genéticamente como en la edad), la elevada densidad de población, instalaciones incómodas donde no pueden expresar comportamientos necesarios, riesgo de heridas,⁴³ etc., y en consecuencia viven con bajos niveles de bienestar,⁴⁴ lo que repercute negativamente en su sistema inmunológico. Agregando que las maneras inadecuadas de transportarlos⁴⁵ y la forma de darles muerte en muchos rastros, también constituyen un riesgo sanitario y para su bienestar.

⁴⁰ Cook, Robert. A., *op cit.*

⁴¹ Ma, W., Kahn, R. E., Richt, J. A., “The Pig as a Mixing Vessel for Influenza Viruses: Human and Veterinary Implications”, *Journal of Molecular and Genetic Medicine*, 3(1), 2009, p. 159. DOI: 10.4172 /1747-0862.1000028.

⁴² Ortiz-Millán, Gustavo, *op. cit.*

⁴³ Fraser, David, Duncan, an, J. H., Edwards, Sandra *et al.*, “General Principles for the Welfare of Animals in Production Systems: The Underlying Science and its Application”, *The Veterinary Journal*, 198, (1), 2013, pp. 19-27. DOI: 10.1016/j.tvjl.2013.06.028.

⁴⁴ Grandin, Temple, “Welfare Problems in Cattle, Pigs, and Sheep that Persist Even Though Scientific Research Clearly Shows How to Prevent Them”, *Animals, an open access journal from MDPI* vol. 8(7), 2018, 124. DOI: 10.3390/ani8070124. Consultado el 10/08/2020.

⁴⁵ Chauvin, Claire, Hillion, S. *et al.* (2011), “Factors Associated with Mortality of Broilers During Transport to Slaughterhouse”, *Animal: an International Journal of Animal Bioscience*, 5(2), 2011, pp. 287-293. DOI: 10.1017/S1751731110001916. Consultado el 10/08/2020.

V. LOS ANIMALES: ¿CULPABLES O VÍCTIMAS DE LAS PANDEMIAS?

En este punto se presentan tres situaciones para la reflexión bioética: (1) La forma de frenar las epizootias, (2) el destino de los animales cuando se clausuran los establecimientos donde son vendidos y (3) ver en los animales un riesgo latente de zoonosis y enfermedades emergentes.

1. *Control de epizootias*

Dada la rapidez con la que pueden propagarse las epizootias⁴⁶ la forma de contenerlas es matando de la forma que sea, aunque no sea de la mejor manera, a todos los animales de la especie susceptible de ser infectada, estén enfermos o sanos (esta medida era conocida como “rifle sanitario”) con el fin de prevenir una panzootia y/o pandemia. Esto da lugar a situaciones cuestionables como lo que sucedió en Egipto en 2009 cuando se decidió matar a toda la población de cerdos (más de 300 mil animales), por temor a la influenza A (H1N1), a pesar de que fue propagada por humanos y los cerdos no estaban enfermos, ni se encontró el virus en ellos,⁴⁷ por lo que se consideró una medida preventiva extrema, tanto por los daños al bienestar animal como a la economía, incluso la OMS la calificó como una acción innecesaria.⁴⁸

2. *Destino de los animales confiscados o en los mercados clausurados*

Otro cuestionamiento bioético es: ¿qué habrá pasado con los miles de animales del mercado de Wuhan y de otros mercados similares en China, cuando fueron cerrados temporalmente por la declaración de epidemia por el COVID-19? Lo más probable es que hayan sido abandonados ahí dentro, condenados a morir de inanición o fueron matados con prisa, de formas inadecuadas y cruentas, como ocurrió durante la pandemia de SARS-CoV1

⁴⁶ Es el término para referirse a una enfermedad que afecta a un gran número de animales al mismo tiempo en una región determinada, es el equivalente de una epidemia.

⁴⁷ Condon, Bradley y Sinha, Tapen, “Diario de la Peste”, *Nexos*, 1o. de junio de 2009, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=13140>. Consultado el 20/06/2020.

⁴⁸ Sameh, Seef and Jeppsson, Anders, “Is it a policy crisis or it is a health crisis?, The Egyptian context--analysis of the Egyptian health policy for the H1N1 flu pandemic control”, *The Pan African Medical Journal*, vol. 14, 59, 2013. DOI:10.11604/pamj.2013.14.59.1631.

en 2003 cuando se llevó a cabo una matanza masiva de civetas y de animales de granja en los mercados chinos.⁴⁹

3. Exterminio de animales por considerarlos como un riesgo potencial para la salud

Esta situación tiene que ver principalmente con la fauna silvestre, y surge de la ignorancia y el temor exacerbado al contagio, lo que ha provocado intentos de exterminio contra los murciélagos, quienes no representan riesgo directo para los humanos, ni son los culpables de las pandemias;⁵⁰ sin embargo, dado que son reservorios de muchos virus patógenos, la gente les ha puesto trampas o ha incendiado las cuevas donde habitan, siendo que estos quirópteros son prácticamente inofensivos y no suelen estar en zonas urbanas; la mayoría de las especies de murciélagos son frugívoras o insectívoras contribuyendo al control de mosquitos y otras plagas⁵¹ así como a la polinización y conservación de flores y árboles frutales, por lo que provocar la disminución en sus poblaciones o su extinción sería otro error de nuestra parte. Los pangolines tampoco son culpables.⁵² Los animales no son nocivos, están en el hábitat que nosotros invadimos o del cual los hemos sacado. Todos los vivientes son importantes para el equilibrio ecológico, matarlos no resuelve el problema y en cambio generaría otros. Esta pandemia debe recordarnos que somos una especie animal más y que formamos parte de los ecosistemas como los demás vivientes, por ende, la salud humana está conectada con la salud de los otros animales y con el ambiente, este es básicamente el concepto de “Un mundo, una salud” que promueve la OMS.⁵³

Si hemos visto que estas pandemias causan muerte, temor y depresión en la población mundial, interrumpen el comercio y las actividades culturales, causan graves pérdidas económicas masivas e incluso ponen en riesgo las relaciones diplomáticas ¿por qué no se toman medidas para prevenir-

⁴⁹ Watts, Jonathan. “China Culls Wild Animals to Prevent New SARS Threat”, *Lancet*, vol. 363 (9403), 2004, pp. 134 y ss. DOI:10.1016/S0140-6736(03)15313-5. Consultado el 20/06/2020.

⁵⁰ Alaniz, Yolanda, “Coronavirus: no culpemos a la vida silvestre”. *Animal Político*, 15 de junio, 2020, <https://www.animalpolitico.com/una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/coronavirus-no-culpemos-a-la-vida-silvestre/>. Consultado el 20/06/2020.

⁵¹ Kalka, M. B., Smith, A. R., Kalko, E. K. V., “Bats Limit Arthropods and Herbivory in a Tropical Forest”, *Science*, 80, 2008, pp. 320-371.

⁵² Breiman, Robert F., “The Covid-19 culprit is us, not pangolins”, *CNN*, 27 de marzo de 2020, disponible en: <https://edition.cnn.com/2020/03/27/opinions/pangolin-coronavirus-pandemic-breiman/index.html>. Consultado el 18/08/2020.

⁵³ Cook, Robert A., *op. cit.*

las? No se trata de clausurar temporalmente los mercados, ni de matar a los animales que consideramos “culpables”. Se podrán desarrollar vacunas contra el COVID-19, pero si no erradicamos el problema desde la raíz⁵⁴ y continuamos con nuestras prácticas violentas contra la naturaleza, podemos esperar la siguiente pandemia por otro virus desconocido. ¿Cuántas epidemias más se necesitan para prohibir la venta de animales silvestres?⁵⁵ ¿Cuántas víctimas humanas habrá en cada epidemia? ¿Cuántas víctimas animales seguirán sufriendo por este comercio?

A pesar de que muchos investigadores, profesionales de las ciencias de la salud, filósofos y ecologistas piensan que la cacería debe ser ilegal y la venta de animales silvestres en mercados debería estar prohibida, tanto por razones de bienestar animal como para minimizar el riesgo de futuras enfermedades, hay quienes argumentan que dichas prohibiciones podrían tener peores consecuencias tanto para los animales como para la salud pública, al fomentar el tráfico y la venta en el “mercado negro”, y lo que más bien se requiere es la regulación de dichas actividades.⁵⁶ Quizá dentro de todos los escenarios, uno que pareciera no afectar tanto a la biodiversidad sería la de reproducirlos y mantenerlos en criaderos, aunque continuarían los problemas de fondo para los animales como vivir en cautiverio y con bajos niveles de bienestar.

VI. CONCLUSIONES

Para prevenir el surgimiento de nuevas pandemias debemos aprender a respetar a la naturaleza, manteniendo la integridad de las áreas naturales y así preservar la biodiversidad y frenar el cambio climático; esto implicaría prohibir la cacería, trampeo, captura, comercio y consumo de animales silvestres, lo que sólo ocurrirá si estamos dispuestos a modificar nuestros estilos de vida y de alimentación. Las trampas engañan a los animales (atentando contra la regla ética de la confianza), y la cacería viola la no interferencia, asimismo,

⁵⁴ Trilla, Antoni. “One World, One Health: The Novel Coronavirus COVID-19 Epidemic” (“Un mundo, Una Salud: la Epidemia por el Nuevo Coronavirus COVID-19”), *Medicina clínica*, 154 (5), 2020, pp. 175-177. DOI:10.1016/j.medcli.2020.02.002. Consultado el 10/08/2020.

⁵⁵ Alaniz, Yolanda, *op. cit.*

⁵⁶ Challenger, Dan, Hinsley, Amy, Veríssimo, Diogo y ‘t Sas-Rolfes, Michael (2020)., “Coronavirus: why a blanket ban on wildlife trade would not be the right response”, *The Conversation*, 8 de abril de 2020, disponible en: <https://theconversation.com/coronavirus-why-a-blanket-ban-on-wildlife-trade-would-not-be-the-right-response-135746>. Consultado el 10/12/2020. Ortiz-Millán, Gustavo, *op. cit.*

ambas acciones van en contra de la no maleficencia.⁵⁷ La explotación comercial de fauna silvestre también se considera inmoral porque los animales siguen siendo vistos como meros recursos y no como seres sintientes, y se pondera la satisfacción de un gusto humano, por encima de la vida y la libertad de dichos animales.⁵⁸ Deben realizarse campañas masivas de información y concientización encaminadas a evitar que la gente compre animales silvestres ya sea vivos, muertos o partes de sus cuerpos, con el fin de disminuir la demanda y desalentar a quienes los cazan, venden o los ofrecen como alimento. Y aunque estos animales provinieran de criaderos, el conflicto ético es el mismo: ya que seguirían siendo vistos como simples objetos o satisfactores. Tanto si son atrapados y privados de la libertad con violencia durante una cacería (sea legal o furtiva), como si viven confinado en un criadero, en jaulas con un ambiente artificial, ambas situaciones les producirán emociones negativas similares, y de todas formas estarán destinados a morir de una forma dolorosa.

Por otro lado, también se deben mejorar los sistemas de crianza y explotación de animales domésticos en las granjas industriales, para que los animales puedan vivir con mayores niveles de bienestar. Necesitamos tener presente que somos una especie animal más de los ecosistemas, y transitar hacia un modo de vida ético, sostenible y respetuoso que resulte *sano* para todos los vivientes y para la Tierra que todos habitamos.

⁵⁷ Taylor, Paul W., *Respect for Nature. A theory of environmental ethics*, Princeton University Press: Princeton, 2011, pp. 172-193.

⁵⁸ Regan, Tom, *En defensa de los derechos de los animales*, trad. de Ana Tamarit, México, Fondo de Cultura Económica-UNAM, 2016, pp. 394-399.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

ÉTICA EN LA PROTECCIÓN Y EN EL DEBER DE PLANEAR EN SALUD EN EL CONTEXTO PANDÉMICO

Carlos SANTOS-BURGOA

SUMARIO: I. *La crisis por la pandemia de COVID-19 y situaciones inaceptables.* II. *Los principios.* III. *Los principios y la institución del Estado para proteger la salud.* IV. *Mensaje final.* V. *Fuentes de consulta.*

I. LA CRISIS POR LA PANDEMIA DE COVID-19 Y SITUACIONES INACEPTABLES

1. *Contextos iniciales de la pandemia en México*

La Organización Mundial de la Salud declaró al SARS-CoV-2 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional el 30 de enero del 2020 (OPS/OMS, enero 30, 2020). El 31 de diciembre del 2019, la Comisión de Salud Municipal de Wuhan, en la Provincia de Hubei, China, había informado de un brote de casos de neumonía atípica que eventualmente se identificó era producida por un nuevo coronavirus (WHO, abril 2020). Para entonces ya estaba presente en 18 países, en tres continentes. Anteriormente en México se había publicado un aviso preventivo sobre los viajes a China. El 30 de enero fue convocada la reunión extraordinaria del Comité Nacional de Seguridad en Salud, encabezada por el Subsecretario de Promoción y Prevención de la Secretaría de Salud (SS, enero 2020), retomando y actualizando los planes de Preparación y Respuesta que ya tenía la Secretaría de Salud (SS, 2017). Se tenían desde el 2010 las guías de Promoción de la Salud para distintos entornos y para los distintos sectores públicos y privados (OPS/OMS-SS, 2009) en el caso de influenza, adaptables ahora al SARS-CoV-2.

Teniendo el primer caso reconocido en México el 28 de febrero, para inicios de marzo varias instituciones de educación superior primero privadas y luego públicas suspendieron actividades; el cierre de actividades

presenciales en las escuelas fue anunciado por la Secretaria de Educación Pública el 20 de marzo (SS, marzo 2020). El 25 de marzo se anuncia por Salud la Jornada de Sana Distancia. Es el 30 de marzo cuando el Consejo de Salubridad General (CSG) publica el acuerdo por el que se declara emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) (CSG, marzo 2020).

Sin el propósito de hacer una recapitulación prematura del manejo de la epidemia que ya otros han iniciado (Chertorivski *et al.*, 2020), resalto las acciones que tomó el Estado como fue la reconversión de hospitales para atención a casos de COVID-19 en todas las instituciones públicas nacionales, así como el acuerdo para con las instituciones hospitalarias privadas (SS, 5 de abril, 2020). Se establecieron lineamientos para la adquisición de ventiladores (CENETEC, abril, 2020), y se apresuró su compra internacional. Con la intención de incrementar la existencia de medicamentos, reducir monopolios, y evitar desabasto, se publicó el acuerdo para permitir la importación de medicamentos registrados por algunas agencias reguladoras internacionales, sin los requisitos nacionales (SS, enero 29, 2020).

La experiencia ha señalado que no se puede esperar un desempeño distinto durante las crisis al que se tenía antes de las mismas. La pandemia encontró en México un sistema de salud en desorden, durante el segundo año de gestión de la nueva administración. En un proceso sin transición, desmanteló la estructura previa basado en la cobertura por el Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular), y la extensión de medidas de salud en los programas sociales de combate contra la pobreza extrema (Oportunidades). Canceló parcialmente la descentralización en salud, estableciendo el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) a partir del 1 de enero de 2020 sin contar con una estructura ni reglas de operación. Esto en un contexto de reducción del gasto per cápita en salud de 2.9% del PIB en 2012 a 2.5% en 2020 (Mendez, 2019), y con pérdida presupuestal en vigilancia epidemiológica y programas de salud pública (Cámara de Diputados, 2020). El presupuesto para protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS) descendió de 2013 a 2020 de 1,018 a 705 millones de pesos (Velásquez, 2019).

2. Una nota sobre los planes de preparación a pandemia en México

El Plan Nacional de Preparación y Respuesta a Influenza fue originalmente preparado y experimentado en simulacros (SS, 2005), siguiendo los lineamientos de la OMS, y el entonces recién aprobado Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005). Este fue aplicado en el 2009, luego fue

actualizado con esta experiencia en el 2010, y posteriormente renovado al 2017. En enero del 2020, este plan fue revisado por el Comité Nacional de Seguridad en Salud.

El plan fue acarreado de origen una serie de limitaciones que le afectó en su desempeño final. A pesar de lo experimentado en el 2009 en cuanto a la virtud de la colaboración intersectorial, su abordaje es altamente medicalizado, y toca pobremente la acción con otros sectores. Hay especial ausencia de consideración a la protección a trabajadores de la salud, a trabajadores en el sector informal, a la población en sus consumos, y al sistema médico en sus insumos, todos ellos impactos que se identificaron durante la epidemia de influenza A(H1N1) (Córdova *et al.*, 2010). Aprendizajes como la vinculación y empleo estratégico en 2009 de la autoridad sanitaria representada por el Consejo de Salubridad General no fueron retomados (CSG, 2009). Durante la pandemia de influenza A(H1N1), se identificó el impacto de esta en la economía nacional (CEPAL, 2010) afectando a sectores productivos y sociales por 81,314 millones de pesos. En el proceso de atención a la epidemia de COVID-19, el vocero de Salud ha señalado que se busca implícitamente un balance entre la salud y la economía (Morán Breña y Lafuente, 2020), aunque no existe al momento ningún análisis de política públicamente disponible sobre las alternativas en la interacción entre los distintos manejos de la economía y de la salud durante la epidemia.

Es notable que se encuentran representados los sectores económicos, financieros, y sociales (Secretarías de Hacienda y Crédito Público, de Economía, de Educación Pública, de Bienestar) dentro los arreglos contemplados en la estructura de coordinación como es el Comité Nacional de Seguridad en Salud (únicamente con representación gubernamental de salud y bienestar), o la estructura de autoridad sanitaria como es el Consejo de Salubridad General, que cuenta con representación académica, social y del sector privado (como es Cámara Nacional de la Industria de la Transformación [Canacintra] dentro del CSG) (CSG, 1995). Sin embargo, en la década posterior a la pandemia de influenza A(H1N1), estos otros sectores y actores nunca tomaron la iniciativa, ni consideraron los planes de preparación económica y productiva en caso de pandemia: Salud omitió dar el marco de referencia, y ellos no tomaron la iniciativa. La medicalización del manejo de la pandemia, que se encuentra plasmada de origen en el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS, permeó de modo que ni aun con la experiencia ganada, ésta sirvió para transformar los planes, ni para impulsar a la acción intersectorial que es esencial para el caso, en especial en los aspectos económicos. Globalmente tampoco se actuó en su

tiempo, sino solo hasta después de la epidemia de Ébola cuando se estableció un mecanismo solo de aseguramiento financiero por organismos multilaterales de salud y financiamiento con el establecimiento del *Pandemic Emergency Finance Facility* (PEFF 2016). El impacto económico nacional estimado por Banxico por la epidemia de COVID-19 es entre el 8.5% y 10.5% del PIB (Esquivel, julio 2020) incluyendo en ello un aumento de las familias en pobreza extrema entre el 6 y el 11%. En la etapa de la vida nacional cuando se había dado la perspectiva de proteger a los pobres, la ausencia de una estrategia económica y social enmarcada a la de salud ha impactado a los que se encuentran en peor situación de vulnerabilidad.

II. LOS PRINCIPIOS

1. *El Principio de Protección*

Siempre, al enfrentar una crisis, hay que irse a los principios. Deseo resaltar dos principios fundamentales para enmarcar esta tarea en México. Uno es la pertenencia al Tratado Internacional de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, donde se explicita en su preámbulo nueve principios, siendo el noveno el que “Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos” (OMS, 2014). Está incluido en los tratados sobre derechos humanos que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se compromete a garantizar en su artículo primero. A su vez, a partir de la reforma impulsada por el entonces secretario Guillermo Soberón Acevedo, del 3 de febrero de 1983, se cuenta el Principio de Protección a la Salud estipulado en el artículo 4 constitucional. Este establece lo que en otras naciones carecen, por ejemplo, en los Estados Unidos la responsabilidad primordial del Estado es la protección del comercio interestatal como se incluye en la denominada “Clausula de Comercio”, en su artículo uno, sección octava, cláusula 3 (Departamento de Estado, EUA, 2004) y no se cuenta con un derecho constitucional a la salud. Ciertamente es función esencial del Estado la protección contra invasiones, la seguridad personal y de los bienes, pero igual lo es en cuanto a la salud (Juárez Jonapa, 2012). Este principio fue enarbolado para la reforma en salud del 2003, y para la reforma reciente del 2019 creando, la primera, el Sistema de Protección Social en Salud y, la segunda, deshaciéndola y estableciendo el INSABI. La Constitución edifica el pacto social que nos integra como nación. Incluye ciertamente un artículo 131 donde explicita la obligación del Estado a reglamentar en materia económica.

Fue también el sustento para crear el mejor instrumento explícito para la protección de las personas, comunidades y el país contra los peligros a los que se exponen involuntariamente, denominados riesgos sanitarios, y plasmados en el decreto de creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) del 2001 (Presidencia, 2001). Ahí se articulan las acciones de protección, la preparación de personas y comunidades a través de promoción de la salud, identificación y control del peligro y atención del daño. Resalto en el contexto de la epidemia de COVID-19 que la protección incluye entre otros a los riesgos sanitarios, los laborales en salud, en el sector de la economía informal, y los riesgos químicos como pueden ser los productos de limpieza y desinfección, medicamentos e insumos.

2. *El Principio del Deber-de-Planear (PDDP)*

A. *La situación de escasez*

Construyendo sobre lo anterior, con la Pandemia de COVID-19 nos enfrentamos a dos situaciones inesperadas, en salud y en la economía. En salud, nuestra agencia de protección contra riesgos sanitarios no estaba preparada, y se ha comportado débil y reactivamente. Nuestros servicios de atención primaria están minimizados, sin capacidad ni organizacional ni de recursos para ir y encontrar los casos, rastrear a los contactos, y trabajar empoderando a las comunidades en acciones de promoción de la salud, como se ha avanzado todavía limitadamente por el Gobierno de la Ciudad de México (2020), aparentemente la mejor práctica actual. Nuestros hospitales no tenían equipamiento, ni personal, ni insumos. Por mucho tiempo hemos tolerado la simulación de una cobertura mediana, socialmente aceptando que con una baja inversión que apenas se ha acercado en algunos años al 3^o% del PIB, podremos generar una atención médica, aunque mediocre. Nunca como país aceptamos la realidad de que teníamos que duplicar o triplicar la proporción del PIB en salud, ni tomamos la decisión de salirnos del alto costo del énfasis en gasto médico sin fortalecer la inversión en la implementación y cobertura poblacional con intervenciones altamente costo-efectivas de las funciones de salud pública. Con la nueva administración se ha deconstruido mucho del andamiaje institucional, se ha enfatizado la política de provisión de medicamentos, y además se piensa que con baja inversión y capacidad técnica y humana podemos efectuar una rigurosa protección contra riesgos sanitarios.

Además, nuestra economía y estructura de bienestar no estaban preparadas. Incluyo en ello a autoridades federales, estatales y municipales, cámaras empresariales, y empresas particulares, perdiendo también ellos la memoria histórica de la experiencia ganada durante la pandemia de influenza A(H1N1) en México en el 2009.

Si bien hubo un plan de pandemia de influenza reconvertible al COVID-19 existente, aunque con limitaciones (SS, 2017), no se formó un plan integrado nacional sino planes específicos temáticos (SS, abril 2020). Esta se ha constituido paulatinamente en forma altamente mediatizada, relativamente reactiva ante el evento, poco integrado intersectorialmente y sin que otros sectores públicos y privados examinaran su tarea, que, con la excepción de la Secretaría de Educación Pública, puede constatarse a la fecha en los diversos sitios de consulta de información de las secretarías de Estado.

Se espera entonces ahora que los médicos se enfrenten a las decisiones difíciles de asignar recursos según una guía ética (CSG 30 de abril 2020), decidan a quien tratar, cuando por años no se les dio la infraestructura ni recursos por la sociedad. Se espera entonces que la autoridad de salud “negocie” la exposición de los trabajadores para avanzar la economía. Se presiona a que la autoridad de salud no actúe sobre la interacción social y económica en una aparente no intervención en la libertad de los individuos por el Estado, cuando en México existe una amplia cultura de solidaridad comunitaria. La pérdida de facto de la libertad se enfrenta al temor de exponerse a la enfermedad, al miedo a las personas, y a la pérdida con la caída económica de las familias. Cuando el Estado no previó, apoyándose en el rumor social de que “o se mueren de COVID-19 o de hambre”. Los más pobres pagan más.

En fin, se pone a aquellos que están en el frente de la atención médica y de salud a efectuar decisiones éticas sobre la vida propia o de los pacientes en cuanto a la asignación de recursos escasos, no por la emergencia, sino por la deficiente gestión (CSG abril 2020).

B. Tomar una base conceptual de la ética en la gestión

Es interesante entonces encontrar en otros sectores de la gestión de organizaciones el Principio del Deber-de-Planear, un deber del directivo, inherente al puesto. Hay un ejemplo clásico, de la gerencia, desde 1991, en donde se señalaban los 12 deberes de los *coaches* en deportes. Inicia con el deber de instruir y de advertir de los daños del deporte, siendo el decimosegundo el Deber-de-Planear (PDDP) (Gray, 1991). Esto es lo tenemos que

contemplar tanto en el sector público como en el privado, y saber manejar las probabilidades de enfrentar un riesgo en un entorno de incertidumbre.

Recientemente desde la perspectiva de la Academia Nacional de Medicina de los EUA se revisó el Principio de Deber-de-Planear estableciendo estándares de atención bajo crisis y desastres (Hick *et al.*, 2020), con bases éticas en justicia, equidad y máximo beneficio. En el caso a considerar ahora, planteo el PDDP al que se ha faltado, planear recursos que se requieren en salud para la protección a través de la acción reguladora, la promoción en la atención primaria, la vigilancia e inteligencia en salud, para la prevención comunitaria, y, en su caso, la muy abandonada área de atención y paliación médica. Esto en especial, proteger y promover la salud de la población más sensible biológicamente como son quienes tienen comorbilidades, menores de un año, embarazadas o aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad primordialmente por barreras culturales, de pobreza, de trabajo en servicios esenciales, en el sector informal, o por su trabajo en condiciones de alta probabilidad de exposición viral. Asegurando la asignación mayor a donde exista el mayor peligro de abandono (comunidades indígenas, migrantes, refugiados).

Por la falta del cumplimiento del PDDP, al estar rebasados, los directivos y médicos tienen que tomar decisiones en cuanto al *triage* de pacientes, la asignación de recursos de protección personal y terapéuticos, de calidad de la atención, de tratamiento paliativo, y escasamente, de cuidado a la familia. Surgen en la práctica, problemas de equidad y de discriminación, así como de la protección al personal de salud, no solo en cuanto a sus riesgos, sino también en cuanto a la legalidad del proceder. No se ha publicado al momento ningún lineamiento ni comunicado que dé protección legal al personal de salud en cuanto a esta toma de decisiones.

C. Aspectos intersectoriales donde debería aplicarse el Principio de Deber-de-Planear

Construyendo sobre la experiencia previa, se faltó al PDDP en aspectos cuyo impacto le es atribuible a Salud, cuando es por falta de otros. Esto incluye políticas económicas, fiscales, de decisiones de reorientación de inversión, y organización, el uso de recursos como son el Fondo de Prevención de Desastres (Fonden), o fondos internacionales como Fondo Fiduciario para Alivio y Contención de Desastres (FFACC) (FMI, 2020). Todo ello para haber cuidado la economía de las familias, para asegurar la actividad económica y para impulsar su distribución equitativa.

Igualmente, el PDDP para el desarrollo de políticas, organización y recursos en otros sectores para enfrentar educación, bienestar social, agricultura y trabajo.

D. La aplicación futura del Principio de Deber-de-Planear y su investigación

Esto aplica importantemente en cuanto a las decisiones éticas a tomar en el futuro no muy lejano, en cuanto estén disponibles los tratamientos curativos y las vacunas preventivas eficaces y seguras. Se han tomado decisiones en la distribución de pruebas diagnósticas en donde la falta de capacidad nacional ha sido notable (Conacyt, junio 2020) y no sabemos si esto se ha efectuado de acuerdo con la Guía Bioética del Consejo de Salubridad General (abril 2020). Tampoco sabemos cómo en la práctica se ha implementado la priorización en la asignación de recursos para la protección a los trabajadores de las unidades de atención médica. Es interesante que la definición a la fecha (octubre 2020) del semáforo de riesgo epidemiológico, se sustenta en un 50% para ocupación hospitalaria (camas hospitalarias, camas en unidades de cuidados intensivos, ventiladores), y el resto para la tendencia epidemiológica previa (SS, agosto 2020); no se considera adelantarse antes que sea crítica la situación, sino todo se hace al corte previo, haciendo el semáforo reactivo antes que proactivo en no dejar llegar a la situación crítica, como últimamente sucedió en Chihuahua poniéndose el semáforo rojo cuando ya se tenían varios hospitales al 100% de ocupación (Redacción, 2020).

Documentar la experiencia actual en esta toma de decisiones es importante para examinar lo que seguramente suceda en cuanto estén disponibles los tratamientos y vacunas. No identificamos ningún esfuerzo en este sentido.

III. LOS PRINCIPIOS Y LA INSTITUCIÓN DEL ESTADO PARA PROTEGER LA SALUD

1. La protección contra riesgos en el contexto del COVID-19

La función central del Estado es la de proteger al individuo contra lo que difícilmente éste puede protegerse. En el contexto de la pandemia, en las áreas médicas, el Estado nos protege en lo que concierne a las unidades de atención médica, los medicamentos, el equipamiento o que la investigación

no sea peligrosa a los participantes voluntarios. Esto es, que el ir a un servicio médico, pacientes y familiares se sientan seguros que no se expondrán a riesgos innecesarios, ni se contagiarán, o que no se les expondrá a protocolos de investigación que pongan en peligro su seguridad o su vida. Esto ha sido tema de rumores, que no han sido contrargumentados con acción regulatoria evidente. También comprende los aspectos ambientales incluyendo los materiales y equipos de limpieza, desinfección y sus criterios de manejo, pues abunda la comercialización descontrolada de productos de uso hospitalario para hacerlo en el hogar, o aun la identificación de productos de desinfección personal que son tóxicos por estar contaminados, como el caso del alcohol gel con metanol identificado como producto originado en México. Ha habido varios comunicados en otros países contra estos productos entre junio y agosto (FDA, 19 de junio, 2020) y no fue advertido en el país sino hasta dos y medio meses después (Cofepris, septiembre 2020). También aspectos de protección laboral en el caso de personal de salud, personal en servicios, en sitios de trabajo, con particular énfasis en las pequeñas y medianas empresas (PyMES), o las medianas y grandes que frecuentemente son el foco de la Secretaria de Trabajo y Previsión Social. No se diga la publicidad engañosa sobre servicios, productos riesgosos (como el caso del dióxido de cloro), y tratamientos, que solo atentan contra la economía familiar y la de las empresas (Infobae, abril 2020) y que no han contado con el control requerido. La amplia diversidad de servicios sin supervisión y regulación impiden a la población a saberse segura al participar en alguna interacción económica. La Ciudad de México ha generado una importante cantidad de lineamientos en esta materia (CDMX Lineamientos Sanitarios 2020), mismos que su usuario ha de “aceptar” cumplir estrictamente y desplegar en lugar visible, en un proceso de “regulación voluntaria”.

2. *Cofepris y su debilitamiento progresivo en la protección a la población*

La crisis tomó a Cofepris en proceso de modificación. Luego de una evolución histórica sesgada a la aprobación de medicamentos (Santos-Burgoa *et al.*, 2018), y con el abandono de áreas importantes de protección en su mandato. Con el cambio de administración a partir de diciembre del 2018, se ha tenido un período de revisión interna prolongada, con solo algunas acciones estratégicas en el Programa Sectorial de Salud (SS agosto 2020). La falta de capacidad de respuesta y el rezago la ha mantenido relegada, y sin el liderazgo que le permita a la población el saberse protegida de modo que asegure la reactivación económica.

La capacidad regulatoria de Cofepris en este momento de urgente acción protectora se vio afectada por una serie de acciones decretadas seguramente buscando circunvalar la ineficacia de la agencia, pero que han logrado minarle aún más sus funciones. Se produjo el decreto por el que se rejudo la acción de la autoridad reguladora para el registro de medicamentos (SS, enero 28 2020) y un acuerdo secretarial que facultó a las Instituciones de salud a la compra de medicamentos y equipo (SS, 3 de abril 2020). Así, se tiene el ejemplo de la hidroxiclороquina que en una fecha se permite su uso emergente fuera de ensayos clínicos, y a la semana siguiente fue retirada globalmente por la OMS y la FDA (15 de junio 2020), por sus altos riesgos, demostrando la falta de atención a los desarrollos globales.

Otras acciones “delegatorias” hicieron que entidades no preparadas para la actuación regulatoria tuvieran que asumir funciones. Así se dio al Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) la responsabilidad reguladora de pruebas diagnósticas sin mediar acuerdo legal de por medio. Igualmente se dio al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece) responsabilidad sobre el equipamiento (no al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC]). El tema del manejo ambiental, entornos, ocupacional, se tomó por las comisiones estatales de protección contra riesgos sanitarios o sus contrapartes. En materia de investigación se le indicó aprobar investigaciones en menos de 24 horas posterior a someter la solicitud (Cofepris, abril 2020). No solo esto, sino que se anunció la “facultad rectora” del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) para evaluar la vacuna contra el SARS-CoV-2, sin considerar el valor estratégico de la regulación sanitaria para la protección a la salud, se mantuvieron operaciones limitadas en ventanilla, para concentrarse en asuntos de COVID-19.

Una acción final para su reducción de autoridad, con limitación de acción y potenciales conflictos de interés, resultó con el acuerdo del secretario de Salud de ubicar al órgano desconcentrado Cofepris dentro de las áreas centrales de la Secretaría de Salud, adscrito dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SS, agosto 2020).

3. El problema para el cumplimiento del Principio de Protección

Tenemos un déficit en la protección contra riesgos a la salud en el momento en que esto es requerido por la población para protegerla contra la exposición al SARS-CoV-2, y para que dinamice la capacidad económica nacional. No se tiene ninguna evaluación de la calidad e impacto de su eje-

cución, y delega el ejercicio de su mandato protector a entidades federativas, o improvisando en otras unidades —aun fuera del sector salud— para diversas responsabilidades con gran heterogeneidad.

De ahí parte de la percepción de desamparo de la sociedad por la ausencia de protección y la pérdida de confianza social en el manejo adecuado de la epidemia por parte del Estado. Evidentemente, en su materia, la Co-fepris no ejecutó su mandato de planificación para acción efectiva durante una pandemia.

Hay cuatro problemas en lo que estamos viendo de la acción gubernamental en cuanto a la protección contra riesgos a la salud en el momento de la pandemia:

1. *Hay un problema de visión.* Se tiene que ver a la protección contra riesgos sanitarios como una función esencial de salud pública, como parte del del Sistema de Salud (Bettcher, 1988), impulsora de las tecnologías adecuadas, que dinamice la economía, orientadora de la sociedad, dándole el marco a las acciones de promoción.
2. *Hay un problema ético.* Dejando la implementación de las acciones de sociedad, empresa e instituciones a la acción voluntaria, se abdica la función protectora, se privilegia la agilización de procedimientos a riesgo de autorizar productos peligrosos.
3. *Hay un problema de justicia y equidad,* donde en los tropiezos dados, acaba soslayándose la justicia con los entes regulados y no se privilegia la equidad a aquellos en situación de vulnerabilidad y de mayor susceptibilidad.
4. *Hay un problema del Deber-de-Planear* para los procesos de impulso a la investigación adecuada en México, la aprobación a tratamientos innovadores, de vacunas, del manejo de entornos y de la protección permanente de trabajadores de salud, así como aquellos en el sector informal.

IV. MENSAJE FINAL

La pandemia va a continuar más allá del 2020, contrario a los múltiples pronósticos de que se va a aplanar o se va a terminar la curva. Las humanos son entes sociales y biológicos, y su situación poblacional es difícil de pronosticar a través de modelos matemáticos y físicos. Siguen creciendo las muertes, constituyendo COVID-19 la segunda causa de muerte en el país con 11,580 defunciones mensuales desde marzo hasta el 15 de octubre, solo superada por

las muertes cardiovasculares con 11,802 muertes mensuales. Esto es 4 veces más que homicidios, o 3.5 veces más que accidentes (cálculo propio basado en datos Gobierno de México, julio 2020, en comparación con las principales causas de muerte en 2017). Tener una epidemia no nos impide tener otros problemas importantes. Se puede incluir terremotos, brotes de sarampión, el año pasado tuvimos 317% más casos de dengue que en 2018, y pueden venir otras epidemias y amenazas naturales. Gobierno, empresas, personas y familias deben prever un proceso a mediano plazo y cómo van a avanzar en la construcción de la salud y desarrollo.

Bien vale considerar el párrafo resolutivo 3.f. de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en cuanto la pandemia de COVID-19 que señala:

Las medidas que los deben ajustarse a los principios “pro-persona”, de proporcionalidad, temporalidad, y deben tener como finalidad legítima el estricto cumplimiento de objetivos de salud pública y protección integral, como el debido y oportuno cuidado a la población, por sobre cualquier otra consideración o interés de naturaleza pública o privada. (CIDH, 2020)

Tenemos, ahora, en medio de la pandemia, el Deber-de-Planear, para flexiblemente ir adecuando las acciones al nuevo conocimiento de la biología del SARS-CoV-2, la fisiopatología del COVID-19, la protección, la prevención y las innovaciones en terapéutica y profilaxis. Con claridad, que nos permitan estar en la urgencia por un tiempo prolongado, pero no en la crisis y menos en el desastre, tanto en la protección y promoción de la salud, como en la atención y paliación de la enfermedad. Tenemos, ahora, en medio de la pandemia, que asegurar que la sociedad pueda ser efectivamente protegida contra los riesgos de los que las personas no pueden protegerse individualmente.

Rigurosamente asegurar a las personas que las oficinas, hospitales, empresas, restaurantes, escuelas, productos, medicamentos son seguros y puedan agilizar la economía. Requerimos adoptar de forma inmediata, urgente y con la debida diligencia, todas las medidas que sean adecuadas para proteger los derechos a la vida, salud e integridad personal de las personas que se encuentren en sus jurisdicciones frente al riesgo que representa la presente pandemia. Tales medidas deberán de ser adoptadas atendiendo a la evidencia científica.

Debemos adoptar de manera inmediata e intersectorial el enfoque de derechos humanos en toda estrategia, política o medida estatal dirigida a

enfrentar la pandemia del COVID-19 y sus consecuencias, incluyendo los planes para la recuperación social y económica que se formulen.

Hay que asegurar el diseño de un plan de actuación que guíe los procedimientos a seguir para la prevención, detección, tratamiento, control y seguimiento de la pandemia con base en la creciente evidencia científica y el derecho humano a la salud. Transformando la práctica actual, estos procedimientos deben ser transparentes, independientes, participativos, claros e inclusivos.

Es momento que con toda seriedad hagamos valer el pacto social constitucional y saber que ello requiere una transformación profunda. Esta crisis nos lo ha gritado.

V. FUENTES DE CONSULTA

BETTCHER, D. W. *et al.*, 1998, “Essential public health functions: results of the international Delphi study”, *World Health Statistics Quarterly* 51(1):44-54. PMID: 9675808.

Cámara de Diputados, 2020, Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2019-2020, Subdirección de Análisis Económico, junio de 2020, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-12-20.pdf>.

CDMX, 2020, Lineamientos, Normas, Guías y/o Protocolos de Protección a la Salud, Ciudad de México, disponible en: <https://medidassanitarias.covid19.cdmx.gob.mx/>. Consultado 22 de octubre de 2020.

CENETEC, Cofepri, 2020, Disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores, durante la emergencia de salud pública por coronavirus 2019 (COVID-19), *DOF* 6 de abril de 2020, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/545341/Disposiciones_para_la_fabricacio_n_y_....pdf.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2010, Evaluación preliminar del impacto en México de la influenza AH1N1. LC/MEX/L.958, 23 de marzo de 2010, disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/25901-evaluacion-preliminar-impacto-mexico-la-influenza-ah1n1-documento-elaborado>.

CHERTORIVSKI, S. *et al.* *La gestión de la pandemia en México: análisis preliminar y recomendaciones urgentes*, 2020, México, Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México.

CIDH, 2020, La pandemia y derechos humanos en las Américas. Resolución 1/2020, disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>.

- COFEPRIS, 2020, “Acciones estratégicas de Cofepris por la Emergencia de COVID’19”, Comunicado de Prensa, 2 de abril, disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/es/articulos/acciones-estrategicas-de-la-cofepris-por-la-emergencia-de-covid-19?idiom=es>.
- COFEPRIS, 2020, “La Cofepris alerta sobre las diferentes marcas de gel antibacterial que contienen metanol en sus ingredientes”, 22 de septiembre. disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579385/Aler-ta_gel_antibacterial.pdf.
- CONACYT, 2020, “El Conacyt apoya 20 laboratorios para realizar pruebas diagnósticas del virus SARS-CoV2 en 16 estados del país”, 13 de junio, disponible en: <https://www.conacyt.gob.mx/index.php/comunicados/1278-com160-2020>.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada en DOF 08-05-2020, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf.
- CÓRDOVA VILLALOBOS, J. A. et al. (eds.), 2010, *La epidemia de influenza A/H1N1 en México*, México, Editorial Medica Panamericana
- CSG, 2020, Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), *Diario Oficial de la Federación*, 30 de marzo, disponible en: https://dof.gob.mx/2020/CSG/CSG_300320_VES.pdf.
- CSG, 2020, Acuerdo por el que se ratifica el diverso por el que se establecen las actividades de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, en los términos que se indican, DOF 30 de abril, 2009, disponible en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividad/50.ACUERDO.pdf>.
- CSG, 2020, Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia, 30 de abril de 2020, disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBio-eticaTriage_30_abril_2020_7pm.pdf.
- Departamento de Estado, 2004, Constitución de los Estados Unidos, con notas explicativas, 2004, disponible en: https://photos.state.gov/libraries/amgov/30145/publications-spanish/constitution_sp.pdf.
- El Universal*, 2020, “Dan facultad a Conacyt para elegir vacuna”, 19 de septiembre, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/video/nacion/dan-facultad-conacyt-para-elegir-vacuna>.
- FDA (Food and Drug Administration), 2020, Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Revokes Emergency Use Authorization for Chloroquine and

- Hydroxychloroquine, 15 de junio, disponible en: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-revokes-emergency-use-authorization-chloroquine-and>.
- FDA, 2020, La FDA aconseja a los consumidores no usar productos para desinfectar manos que hayan sido fabricados por Eskbiochem, 29 junio, disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/la-fda-aconseja-los-consumidores-no-usar-productos-para-desinfectar-manos-que-hayan-sido-fabricados>.
- FMI, 2020, Fondo Fiduciario para Alivio y Contención de Catástrofes. marzo, disponible en: <https://www.imf.org/es/About/Factsheets/Sheets/2016/08/01/16/49/Catastrophe-Containment-and-Relief-Trust>.
- GRAY, G. R., 1991, “Risk Management Planning: Conducting a Sport Risk Assessment to Enhance Program Safety”, *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 62:6, 29-78. DOI: 10.1080/07303084.1991.10609886.
- GOBIERNO CDMX, 2020, Programa de detección de casos COVID-19 y sus contactos, 12 de junio de 2020, disponible en: <https://cdmx.gob.mx/portal/articulo/programa-de-deteccion-de-casos-covid-19-y-sus-contactos>.
- Gobierno de México, 2020, COVID-19, información general, 5 de julio de 2020, disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DownZCSV>.
- HICK, J. L. *et al.*, 2020, “Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2”, *NAM Perspectives*, Discussion paper. National Academy of Medicine. Washington, D. C., disponible en: <https://doi.org/10.31478/202003b>.
- INFOBAE, 2020, “Coronavirus en México: así funcionan los túneles sanitizantes que combaten el COVID-19 en 20 segundos”, 27 de abril, disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/07/coronavirus-en-mexico-asi-funcionan-los-tuneles-sanitizantes-que-combaten-el-covid-19-en-20-segundos/>.
- JUÁREZ JONAPA, J. L., 2012, “Teoría General del Estado”, *Red Tercer Milenio*, disponible en: https://www.upg.mx/wp-content/uploads/2015/10/LIBRO-18-Teoria_general_del_estado.pdf.
- MÉNDEZ MÉNDEZ, J. S., 2019, Contracción del gasto en salud, CIEP, 15 octubre de 2019, disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>.
- MORÁN BREÑA, C. y LAFUENTE, J., 2020, “López-Gatell: «En México queremos un balance entre proteger la salud y a las economías más debilitadas»”, *El País*, 26 de marzo, disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-26/lopez-gatell-en-mexico-queremos-un-balance-entre-proteger-la-salud-y-a-las-economias-mas-debilitadas.html>.

OMS (Organización Mundial de la Salud), 2005, Reglamento Sanitario Internacional, disponible en: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/>.

OMS, 2014, Documentos Básicos, 48^a ed., disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1>.

OPS/OMS-SS, 2009, Influenza A(H1N1): acciones de promoción de la salud, compartiendo nuestra experiencia, México, Secretaría de Salud; Organización Panamericana de la Salud/OMS, disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&slug=influenza-a-h1n1-acciones-de-promocion-de-la-salud-compartiendo-nuestra-experiencia&layout=default&alias=356-influenza-a-h1n1-acciones-de-promocion-de-la-salud-compartiendo-nuestra-experiencia&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493.

OPS/OMS, 2020, La OMS declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional. Organización Panamericana de la Salud, enero, disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15706:statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-2005-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-2019-ncov&Itemid=1926&lang=es.

PAHO-WHO, 2020, Epidemiological Alert: COVID-19 among health workers, Organización Panamericana de la Salud, agosto 31, disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-among-health-workers-31-august-2020>.

Presidencia de la República, 2001, Decreto de creación de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, 5 de julio, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/dcreacffrs.html>.

Presidencia de la República, 2009, Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, *Diario Oficial de la Federación*, disponible en: <http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividad/42.ACUERDO.pdf>.

Redacción Animal Político, 2020, “«Estamos rebasados»: Récord de casos COVID y hospitales llenos regresaron a Chihuahua al semáforo rojo”, 22 de octubre, disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2020/10/record-casos-covid-hospitales-chihuahua-rojo/>.

SANTOS-BURGOA, C. *et al.*, 2018, “Desarrollo de la capacidad para la regulación en salud en México”, *Gaceta Médica de México*, 154(3): 368-390. DOI: 10.24875/GMM.18004351. PMID: 30047952.

SANTOS-BURGOA, C., 2020, Comentarios al acuerdo por el que se adscriben las unidades administrativas y desconcentradas de la Secretaría

- de Salud. 26 de marzo, disponible en: <http://187.191.71.192/portales/resumen/49948>.
- SS (Secretaría de Salud), 2003, Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Seguridad en Salud, *DOF*, 22 de septiembre, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a220903.html>.
- SS, 2017, Plan Nacional para la Preparación y Respuesta ante la Intensificación de la Influenza Estacional o ante una Pandemia de Influenza, México, Secretaría de Salud, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cenaprece/documentos/plan-nacional-para-la-preparacion-y-respuesta-ante-la-intensificacion-de-la-influenza-estacional-o-ante-una-pandemia-de-influenza>.
- SS, 2019, Comunicado 336. A partir del 1o. de enero, Insabi ofrece atención médica gratuita y sin restricciones, 31 de diciembre, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/a-partir-del-1-de-enero-insabi-ofrece-atencion-medica-gratuita-y-sin-restricciones>.
- SS, 2019, Se reúne de forma extraordinaria el Comité Nacional para la Seguridad en Salud, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/033-mexico-esta-preparado-para-enfrentar-coronavirus-2019-ncov>.
- SS, 2020, Acuerdo por el que se reconocen como equivalentes los requisitos establecidos para la importación de medicamentos con o sin registro sanitario en México, 29 de enero, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5585043&fecha=28/01/2020.
- SS, 2020, Comunicado conjunto SEP-Salud, 14 de marzo, disponible en: <https://www.gob.mx/sep/es/articulos/comunicado-conjunto-no-3-presentan-salud-y-sep-medidas-de-prevencion-para-el-sector-educativo-nacional-por-covid-19?idiom=es>.
- SS, 2020, Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias que se deberán de realizar para la adquisición e importación de los bienes y servicios, 3 de abril, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5591156&fecha=03/04/2020&print=true.
- SS, 2020, Plan de preparación y respuesta ante la Pandemia de SARS-CoV-2 en Atención Primaria, abril, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Preparacion_respuesta_casos_SARS-CoV2_atencion_primaria.pdf.
- SS, 2020, Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, 19 de agosto, disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598727&fecha=19/08/2020&print=true.

- SS, 2020, Lineamiento para la metodología de cálculo del semáforo de riesgo epidémico COVID-19, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/SemaforoCOVID_Metodo.pdf.
- SS, 2020, Programa Sectorial de Salud 2020-2024, 17 de agosto, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020&print=true.
- VELÁSQUEZ, M. C., 2019, Presupuesto Público para Salud 2020, *Código, CANIFARMA*, 8 de octubre, disponible en: <https://codigof.mx/presupuesto-publico-para-salud-2020/>.
- WHO, 2020, Timeline COVID-19, 27 de abril, disponible en: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline--covid-19>.

LOS ESTADOS DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS: ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA Y PRINCIPIOS ÉTICOS ANTE LA PANDEMIA COVID-19

Irene CÓRDOVA JIMÉNEZ
Rocío PRECIADO GONZÁLEZ
Luis Alfonso DURÁN MONTES

SUMARIO: I. *COVID-19*. II. *Datos globales*. III. *Región de las Américas*. IV. *Salud Pública*. V. *Ética, derecho y emergencias sanitarias*. VI. *Reglamento Sanitario Internacional*. VII. *Pacto de Siracusa y las limitaciones a derechos civiles*. VIII. *Comité de emergencia del RSI y el director general de la OMS*. IX. *Estrategias de salud pública en la región de las Américas*. X. *Principios éticos y estrategias de salud pública*. XI. *Conclusiones*. XII. *Fuentes de consulta*.

I. COVID-19

Las pandemias representan problemas en salud de gravedad y repercusiones tales que ponen en riesgo la salud pública internacional. Las más recientes, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS por sus siglas en inglés: Severe Acute Respiratory Syndrome) en 2012 y la influenza H1N1 en 2009, han recordado a los países la necesidad de que sus gobiernos estén preparados para responder adecuada y oportunamente ante situaciones de emergencias sanitarias, pues de lo contrario el impacto negativo se puede traducir en afectación a la salud de los individuos e incluso la muerte, pero también en debilitamiento de su economía. Los pilares de una gestión efectiva ante cualquier pandemia se encuentran en las decisiones informadas e informables y los procedimientos o protocolos de acción que mantengan un equilibrio ante la potencialidad de afectación a los derechos proporcionales, y las acciones ejecutadas que deben implementar las autoridades de cada país. Sin reglas bien establecidas y sólidas, las medidas que se planteen podrían resultar ineficaces, injustas, desproporcionadas y/o contraproducentes.

El 31 de diciembre de 2019¹ se detectan en la comunidad de Wuhan, China, los primeros casos que dieron origen al brote de una nueva enfermedad respiratoria denominada originalmente COVID-19, contra la cual, hasta la fecha, no se cuenta con tratamiento eficaz ni vacunas. Este virus ha mostrado un comportamiento agresivo en cuanto a su potencialidad de contagio y mortalidad.²

II. DATOS GLOBALES

Al 22 de junio de 2020, se han confirmado 9 millones 71 mil 984 casos, de los cuales han muerto 471 mil 554 personas en todo el mundo, el país con más casos confirmados es Estados Unidos; México se encuentra en esta fecha en el lugar 15 (Tabla 1).

TABLA 1. PRINCIPALES PAÍSES POR NÚMERO DE CASOS Y NÚMERO DE DEFUNCIONES POR COVID-19, CONFIRMADOS AL 20 DE JUNIO DE 2020³

		<i>Casos</i>	<i>Defunciones</i>
1	EUA	2'310,798	120,393
2	Brasil	1'106,470	51,271
3	Rusia	591,465	8,196
4	India	425,282	13,699
5	UK	306,761	42,731
6	España	246,504	28,324
7	Perú	257,447	8,223
8	Italia	238,720	34,657
9	Chile	246,963	4,502

¹ Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID 19), disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMIyoad_o6W6gIVw7j7bCh1towIaEAAIASAAEgK9DvD_BwE.

² Río Carlos del y Malani Preetl, “COVID-19, New Insights on a Rapidly Changing Epidemic”, *Jama*, 2020, núm. 14, vol. 323, pp. 1341-1343.

³ Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resouce Center. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU), disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

		<i>Casos</i>	<i>Defunciones</i>
10	Irán	207,525	9,742
11	Francia	207,525	29,666
12	Alemania	191,768	8,999
13	Turquía	188,897	4,974
14	Paquistán	181,088	3,590
15	México	185,122	22,584
21	China	84,610	4,639

III. REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) están agrupados en 6 Regiones: África, las Américas, Asia Sudoriental, Europa, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental. La región de las Américas concentra 49 países en el Norte, Centro y Sur de América y los países del Caribe. Hasta el 22 de junio se registraban en esta región 4 millones 474 mil 652 casos confirmados y 226 mil 634 defunciones por COVID-19 (Tabla 2).

TABLA 2. TOTAL DE PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS DE LA OMS POR NÚMERO DE CASOS Y NÚMERO DE DEFUNCIONES POR COVID-19 CONFIRMADOS AL 22 DE JUNIO DE 2020

<i>Subregión</i>	<i>Países</i>	<i>Casos</i>	<i>Defunciones</i>
C	Panamá	26,030	501
C	Guatemala	13,145	531
C	Honduras	12,769	363
C	El Salvador	4,808	107
C	Costa Rica	2,277	12
C	Belice	22	2
CA	República Dominicana	27,370	669
CA	Puerto Rico	6,564	149
CA	Haití	5,211	88
CA	Guyana Francesa	2,458	8

<i>Subregión</i>	<i>Países</i>	<i>Casos</i>	<i>Defunciones</i>
CA	Cuba	2,315	85
CA	Jamaica	659	10
CA	Suriname	319	8
CA	Martinica	236	14
CA	Guyana	205	12
CA	Islas Caimán	195	1
CA	Guadalupe	174	14
CA	Bermuda	146	9
CA	Trinidad y Tabago	123	8
CA	Sint Maarten	114	18
CA	Bahamas	104	11
CA	Aruba	101	3
CA	Barbados y Caribe Oriental	97	7
CA	Islas Vírgenes	76	3
CA	San Vicente y las Grenadinas	29	0
CA	Antigua y Barbuda	26	3
CA	Curaçao	23	1
CA	Granada	23	0
CA	Santa Lucía	19	0
CA	Dominica	18	0
CA	Saint Kitts y Nevis	15	0
CA	Islas Turcas y Caicos	14	1
CA	Montserrat	11	1
CA	Islas Vírgenes Británicas	8	1
CA	Anguila	3	0
N	Estados Unidos de América	2'305,950	120,393
N	México	180,545	22,584
N	Canadá	103,354	8,494
S	Perú	257,447	8,223
S	Chile	246,963	4,502
S	Brasil	1'083,341	51,271

<i>Subregión</i>	<i>Países</i>	<i>Casos</i>	<i>Defunciones</i>
S	Colombia	68,836	2,353
S	Ecuador	50,640	4,223
S	Argentina	42,785	1,043
S	Bolivia	24,388	773
S	Venezuela (República Bolivariana de)	3,917	33
S	Nicaragua	1,823	64
S	Paraguay	1,392	13
S	Uruguay	876	25

FUENTE:⁴ C= El Caribe, CA= Centroamérica, N= Norteamérica, S= Sudamérica.

Las cifras anteriores corresponden al 49.3% de los casos de COVID-19 y el 48% de las muertes frente al número total de casos en el mundo. México ocupa el quinto lugar por casos confirmados y el tercero en número de muertes de entre los países de la región.

IV. SALUD PÚBLICA

Una característica de las pandemias es la incertidumbre, misma que produce efectos diferenciados para cada país; estos, a su vez, impactan globalmente. En principio, la capacidad de respuesta de los diferentes sistemas de salud y sus ambientes culturales, educativos y económicos podrían ser una explicación de estas diferencias, aunque el caso de Estados Unidos de América (EUA) se aparta de esta afirmación. La salud pública, tanto disciplina como responsabilidad del Estado, debe posibilitar la respuesta eficiente y oportuna a las necesidades de salud (en ocasiones extremas) de una colectividad. En esta ocasión la gravedad del problema propio de la pandemia y las características del virus, unida a la incertidumbre, hacen más compleja la toma de las decisiones públicas para los gobiernos. A nivel social, podrían desanimar a los individuos, en quienes por cierto también recae la responsabilidad de la salud colectiva, a mantener algunas de las medidas de prevención más aconsejables. Es una respuesta imperiosa pero compleja, pues para que la población se comprometa es indispensable la confianza en sus gobiernos, de lo que algunos países de nuestra región adolecen.

⁴ *Idem.*

Los retos públicos que representa esta pandemia implican una respuesta de proporcionalidad entre las restricciones a la libertad de las personas, la afectación a la economía (la privada y la pública), y los límites de acceso a servicios de salud limitados y potencialmente insuficientes. Por lo anterior, los instrumentos éticos y legales, ya sean normativos o programáticos, son indispensables para la orientación de las acciones del Estado y de las poblaciones mundiales.

V. ÉTICA, DERECHO Y EMERGENCIAS SANITARIAS

Dada la situación actual, disposiciones oficiales emitidas en los Estados de la región para controlar y contener la pandemia por COVID-19, tales como el distanciamiento social y la cuarentena voluntaria u obligatoria; el cierre de escuelas y centros laborales; y la suspensión de actividades económicas no esenciales, han mostrado ser efectivas. La proporcionalidad de algunas otras disposiciones, como los estados de excepción y el toque de queda, podrían ser contrastadas con su eficacia, y en su caso, cuestionadas. Al mismo tiempo, la oportunidad y duración de estas disposiciones han permitido evidenciar la fragilidad de determinados grupos sociales, o el grado de responsabilidad de algunos otros. Los lapsos prolongados de suspensión de actividades o estados de cuarentena han demostrado que dichas medidas se relajan con el paso del tiempo debido a necesidades reales, como es el caso de los trabajadores independientes y sus necesidades económicas; o percibidas, para atender actividades lúdicas, por ejemplo.

Durante el curso clínico de la enfermedad por COVID-19, el número de individuos que llegan a necesitar atención en terapia intensiva y/o recursos de salud limitados, han rebasado la capacidad de respuesta en algunos de los países afectados, lo que ha planteado un verdadero reto en cuanto a la asignación de estos recursos.⁵ Del mismo modo, la atención a las necesidades específicas de algunos sectores de la población, como la protección al personal de salud durante el desempeño de sus labores, muestra una especie de vacío legal y normativo que no han logrado subsanar los propios sistemas de salud.⁶

La pandemia por el COVID 19 ha creado desafíos éticos, legales y políticos que no tienen precedentes. El impacto de la salud pública sobre aspectos

⁵ Lissardy, Gerardo, “Coronavirus: el drama del COVID-19 en Nueva York, una ciudad con las morgues repletas y hospitales de campaña”, *BBC News*, 8 de abril de 2020, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52211307>.

⁶ Devi, Sharmila, “COVID-19 exacerbates violence against Health Workers”, *The Lancet*, 5 de septiembre de 2020, núm. 10252, vol. 396, p. 658.

tos sociales, tales como la justicia y la seguridad, fundamentan el imperativo de que las estrategias en salud pública se construyan con referentes éticos sólidos. Esta responsabilidad recae principalmente en los poderes públicos del Estado. Así, la emisión de sus disposiciones legales para atender la emergencia sanitaria presenta un primer desafío para los gobiernos de los Estados: tomar las decisiones oportunas, eficaces, justas y equitativas que posibiliten la atención a las necesidades de la población y controlen la pandemia, con los menores costos en salud, económicos y sociales.

Así, durante la pandemia por COVID-19, las decisiones éticas en salud pública deberían atender a un procedimiento que dé respuesta a preguntas tales como: ¿cuáles son las atribuciones de la autoridad para la emisión de las disposiciones legales excepcionales? ¿Cuál es la proporcionalidad de las estrategias de limitación de las libertades en este contexto? ¿Cuál es el curso de acción que produce el mejor balance costo social/beneficio en salud pública? ¿Cuáles son los riesgos, daños o preocupaciones en la población? ¿Qué aspectos del contexto socio-cultural-histórico están implicados? ¿Cómo comunicar las decisiones públicas y permitir acceder fácilmente a las disposiciones legales? ¿Cuál es la mejor estrategia de gobernanza y liderazgo?

VI. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

La OMS ejerce un liderazgo de orientación para que los Estados miembros realicen acciones dirigidas a limitar y tratar de evitar, entre otros, la propagación de enfermedades infecciosas y su impacto en las sociedades. La Asamblea Mundial de este organismo internacional tiene facultades para emitir reglamentos que contribuyan a lograr el objetivo mencionado.

En 1969 la Asamblea Mundial aprueba la primera versión del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y actualmente se encuentra vigente la versión del 2005.⁷ Los diferentes fenómenos de salud tuvieron impacto para favorecer diversos cambios y actualizaciones a este reglamento, particularmente la aparición del SARS declarada como la primera emergencia de salud pública mundial del siglo XXI. De conformidad con lo que dispone el artículo 2o., la finalidad y alcance del RSI son prevenir, proteger y controlar la propagación de enfermedades mediante respuestas de salud pública proporcionales a los riesgos. Dichas acciones propuestas deben evitar interferencias innecesarias con el tráfico y comercio internacional.

⁷ El RSI 2005 fue aprobado por la Asamblea Mundial de la OMS el 23 de mayo de 2005, entro en vigor el 15 de junio de 2007.

Así, derivado de lo que dispone este reglamento los Estado Parte, deben establecer un Centro Nacional de Enlace para aplicar las medidas relacionadas con las disposiciones del RSI para, entre otras cosas, declarar emergencias de salud pública de importancia internacional.

De acuerdo con el RSI, tratándose de emergencias sanitarias Internacionales hay acciones fundamentales:⁸

- a) La primera le corresponde a la OMS, reconocer la emergencia sanitaria internacional y con ello emitir directrices de apoyo a los Estados Partes para dar respuesta al problema de salud pública, y
- b) La segunda que corre a cargo de los Estados Partes es la obligación de establecer, aplicar y mantener un Plan Nacional de Respuesta a Emergencias de Salud Pública que sean de importancia internacional.

El propósito clave de la existencia de estos planes es establecer acciones multidisciplinarias, coordinadas, sustentadas en evidencia científica, para evitar la discrecionalidad y la improvisación que requiere toda emergencia de salud pública. Desde otra perspectiva, este reglamento busca de igual forma establecer la rectoría de las acciones, tanto a nivel internacional como a nivel de un ente coordinador en cada Estado Parte.

VII. PACTO DE SIRACUSA Y LAS LIMITACIONES A DERECHOS CIVILES

En 1984 se suscribe en el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas los Principios de Siracusa sobre las disposiciones de limitación y derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.⁹ El documento supone la posibilidad de limitar derechos, pero bajo determinadas restricciones:¹⁰

- a) Se base en uno de los motivos que justifican las limitaciones (las emergencias de salud pública lo son¹¹);
- b) Responda a una necesidad pública o social apremiante;

⁸ Organización Mundial de la Salud, “Reglamento Sanitario”, OMS, Ginebra, 2016.

⁹ Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, “Pacto de Siracusa”, Comisión de Derechos Humanos, 28 de septiembre de 1984, 41 periodo de sesiones, tema 18, disponible en: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/E/CN.4/1985/4>.

¹⁰ Punto 10 del apartado A. Parte I. del Pacto de Siracusa.

¹¹ Artículos 15 y 16 del Pacto de Siracusa.

- c) Responda a un objetivo legítimo, y
- d) Guarde proporción con dicho objetivo.

En los casos de emergencias de salud pública de interés internacional, la limitación a los derechos debe derivar de evaluaciones objetivas; en el caso de esta pandemia, debería ser la mejor evidencia científica disponible.

Respecto de esta emergencia sanitaria la OMS ha expresado que las restricciones de derechos humanos como consecuencia de las acciones de atención a la emergencia deben apegarse a la no arbitrariedad, a la legalidad, a justificar la necesidad de la medida, ser proporcionales y evitar la discriminación.¹²

Dada la historia de las emergencias de salud pública internacional y de los elementos constitutivos de esta pandemia, las acciones implementadas constituyen limitaciones parciales a dichos derechos. En casos extremos algunos Estados miembros han recurrido a los estados de excepción (o por ejemplo algunos denominándoles toques de queda), figura jurídica que ha sido debidamente definida por el derecho internacional.¹³ El reto en estos casos es valorar la proporcionalidad y la necesidad de la medida.

VIII. COMITÉ DE EMERGENCIA DEL RSI Y EL DIRECTOR GENERAL DE LA OMS

En su sesión del Comité de Emergencia del día 30 de enero de 2020, se consideró que se cumplían los criterios para declarar al COVID-19 como emergencia de salud pública de interés Internacional,¹⁴ se emitieron también recomendaciones para los Estados miembro consistentes en:

- a) Prepararse para la contención, vigilancia activa, detección temprana, aislamiento y gestión de datos;
- b) Compartir datos completos de casos a la OMS;

¹² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, “Las medidas de emergencia y el COVID-19: Orientaciones”, 27 de abril de 2020, disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Events/EmergencyMeasures_COVID19_ES.pdf.

¹³ Parte II del Pacto de Siracusa.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del Nuevo Coronavirus, 30 de enero de 2020, disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

- c) No restringir viajes o acciones de comercio;
- d) Informar a la OMS si llegaran a tomar medidas de restricción de viajes.

El día 11 de marzo el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, reconoció finalmente la existencia de la pandemia COVID-19.

Las recomendaciones iniciales se ampliaron en la tercera reunión del Comité celebrada el 30 de abril destacando las siguientes:¹⁵

- a) Dimensionar las posibles consecuencias de COVID-19 haciendo hincapié en la necesidad de mayor preparación intersectorial, transparencia y coordinación global;
- b) Incrementar la capacidad de aplicar pruebas de diagnóstico;
- c) No restringir viajes esenciales: atención de la pandemia, repatriaciones, ayuda humanitaria, por ejemplo;
- d) Apoyar el liderazgo de la OMS;
- e) Prioriza la protección de la fuerza laboral de salud (capacitación y provisión de equipos de protección personal, mejores condiciones de trabajo y prevención de estigma y ataques contra los trabajadores de la salud).

IX. ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

El objetivo de este documento fue identificar las diferentes estrategias en salud pública que los Estados de la Región de las Américas (ERA) implementaron para la atención de los problemas derivados de la pandemia COVID-19 y su relación con principios éticos.

Para lo anterior se realizó una búsqueda exhaustiva de los documentos emitidos por los ERA a través de los cuales establecen medidas tales como: declaración de emergencia, aislamiento social y cuarentenas, control de fronteras suspensión de actividades presenciales educativas, suspensión de actividades comerciales, acceso a servicios de diagnósticos y de atención médica, distribución de recursos en medicina crítica, estrategias de comunicación a la sociedad y protección del personal de salud.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la tercera reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19), 1o. de mayo de 2020, disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)).

Se recabó en una matriz información relativa a estrategias de salud pública implementadas por los Estados miembros de la región de las Américas, las cuales fueron seleccionadas como variables a partir de disposiciones del RSI, del Pacto de Siracusa y/o de las recomendaciones del Comité de Emergencias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se registró información sobre la existencia o inexistencia de dichas estrategias, y sus fechas de emisión respecto de los primeros casos confirmados.

La información respecto de los casos activos y defunciones se obtuvieron del Centro de Recursos sobre Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins, las fechas y los documentos que respaldan las estrategias de los Estados miembros fueron buscados en las páginas oficiales de cada uno de los países.

De los 49 que conforman la región, 12 países no reportan en sus páginas oficiales información sobre disposiciones legales, éticas, públicas o de cualquier otro tipo sobre acciones contra COVID-19,¹⁶ la mayoría de estos países pertenecen a la región del Caribe. El caso más relevante en las Américas sobre ausencia de información es Nicaragua, pues no se puede acceder a la página de la Presidencia. La información disponible sobre este país se encuentra en prensa, lo cual cuestiona los datos y el manejo de la crisis en Nicaragua. Así que se reporta exclusivamente la información de 37 países.

El primer caso confirmado en la región fue en EUA el 20 de enero. Canadá confirmó su primer caso el 25 de enero. Confirmaron su primer caso en febrero Brasil (26), México (28) y Ecuador (29), los 32 restantes confirmaron casos en marzo.

Las declaratorias de emergencia son los documentos públicos que detonan las acciones relativas a la contención y atención de la pandemia. Brasil fue el primer país de la región en emitir su declaratoria 23 días antes de que se confirmara su primer caso. Curaçao emitió la propia el 22 de febrero, 22 días antes de su primer caso. En total nueve países declararon la emergencia sanitaria antes de su primer caso. 12 países declararon la emergencia entre el 11 y el 17 de marzo (en la primera semana de la Declaración del Comité de Emergencias de la OMS del 11 de marzo). De los cuatro países que emitieron su declaratoria de forma posterior, tardando incluso más de 15 días después de su primer caso, destaca EUA con 53 días.¹⁷

¹⁶ Los países que se excluyen de este estudio son Guadalupe, Guyana, Guyana Francesa, Haití, Islas Vírgenes Británicas, Martinica, Montserrat, Nicaragua, San Vicente y las Grenadinas, Sint Maarten y Suriname.

¹⁷ En Estados Unidos se confirmó su primer caso el 29 de febrero de 2020, pero su declaratoria de emergencia se emitió hasta el 11 de marzo.

Como se mencionó anteriormente, los Estados miembros se comprometieron a dar cumplimiento al RSI y con ello a contar con un Plan Nacional de Respuesta de Emergencias en Salud Pública. Solamente 15 países contaban con dicho plan, ya sea como ley nacional o como instrumento programático. 22 países no cuentan con este documento y tal vez por ello han recurrido a la emisión de actas, acuerdos, decretos, resoluciones de manera emergente y por rubros específicos. México es uno de esos países que no cuentan con el plan.

Cuarentena y aislamiento significan restricción de actividades y/o la separación de personas, con la intención de prevenir la propagación de la infección o contaminación. En el primer caso se refiere a personas enfermas o con sospecha de la enfermedad, en el segundo caso se refiere a la separación de personas sanas (como son las acciones de distanciamiento social y aislamiento en domicilio). Al respecto, los Estados de la región han emitido disposiciones en ambos sentidos, algunos con carácter obligatorio y otros dejando a las personas la opción de atender la disposición.

	Número de países	
	<i>Obligatoria</i>	<i>Voluntaria</i>
Cuarentena	16	21
Aislamiento	11	25

Ahora bien, en cuanto a la obligatoriedad de estas medidas, ninguna se emitieron de forma absolutas, todas presentaban excepciones; por ejemplo, salidas a consultas médicas o adquisición de bienes básicos.

El caso de EUA es especial y no se cuenta en ninguno de los supuestos anteriores, pues por lo general los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) emite recomendaciones y los estados son autónomos para implementar las recomendaciones de este centro.

Ahora bien, en cuanto a la obligatoriedad de estas medidas, ninguna se emitió de forma absoluta, todas presentaban excepciones, por ejemplo, salidas a consultas médicas o adquisición de bienes básicos.

Independientemente de lo anterior, es posible encontrar documentos emitidos por 22 países en los que se menciona *estado de excepción* o *toque de queda*. Ciertamente con aclaraciones de los límites de estas declaraciones (horarios o regiones). No se define en dichas disposiciones lo que es un estado de excepción o un toque de queda. El incumplimiento en algunos casos conlleva multas, mientras en otros se puede hacer uso de la fuerza pública

o la detención de las personas. Honduras es un caso especial pues estableció “Toque de queda absoluto con suspensión de garantías constitucionales desde el 16 de marzo y hasta nuevo aviso”,¹⁸ lo que es contrario al Pacto de Siracusa.

Las recomendaciones de la OMS respecto a las pruebas de detección se relacionan con su acceso, sin embargo, nueve países han emitido disposiciones legales para que las autoridades tengan el derecho de obligar a sus habitantes a realizarse las pruebas de detección.

34 países han suspendido mediante documentos legales las actividades escolares, todos entre el 11 y el 25 de marzo, solo dos países lo han hecho de manera parcial (Santa Lucía e Islas Caimán). EUA no ha suspendido desde la rectoría federal las actividades educativas pues como en casos anteriores los Estados de la Unión Americana son autónomos para seguir o no las recomendaciones de los CDC. Aun sin una disposición federal al respecto, la suspensión de actividades escolares en EUA se llevó a cabo y se fue presentando en diferentes fechas.

33 países han emitido suspensión de actividades laborales estatales no esenciales, Santa Lucía y Trinidad y Tobago no suspendieron actividades y no se pudo tener conocimiento de información de este tipo de Bahamas y Venezuela.

La restricción o limitación de actividades privadas (económicas o recreativas) se presentaron en 31 países, la gran mayoría (27) a partir del 11 de marzo emitieron disposiciones de suspensión de actividades económicas privadas. No se encontró información pública en 6 países.

La limitación o restricción de paso fronterizo se estableció en algún momento y de manera absoluta en 15 países, la mayoría se trata de países de El Caribe cuya principal vía de acceso es marítima, 22 establecieron restricciones selectivas, por ejemplo, la limitación de ingreso de naves de países con mayor número de contagiados o la libertad de ingreso por repatriaciones.

Pese a la recomendación de la OMS para que los Estados miembros priorizaran la protección de la fuerza laboral de salud (capacitación y provisión de equipos de protección personal, mejores condiciones de trabajo y prevención de estigma y ataques contra los trabajadores)¹⁹ solo 15 países

¹⁸ Este texto se publica como comunicado de prensa del Gobierno de la República de Honduras y de la Secretaría de Seguridad, disponible en: <https://covid19honduras.org/?q=node/404>, y se relaciona con el Decreto Ejecutivo núm. PCM-021-2020 emitido por la presidencia del país publicado en el *Diario Oficial La Gaceta* el 16 de marzo de 2020: disponible en: <https://presidencia.gob.hn/index.php/sala-de-prensa/7016-decreto-ejecutivo-numero-pcm-021-2020>.

¹⁹ Comité de Emergencia del RSI de la OMS del 30 de abril de 2020.

emitieron mecanismos para la protección del personal de salud, aunque no necesariamente su seguridad, de los 22 países restantes no se cuenta con la información por las vías oficiales.

28 países han emitido diferentes disposiciones legales en materia de apoyos económicos, tanto para particulares como para empresas privadas, solamente nueve países no lo han hecho o no se reportan en espacios oficiales.

El 7 de mayo la OMS emitió una guía técnica denominada *Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19*, sin embargo, solamente nueve²⁰ países cuentan con instrumentos guía que atienden esta guía técnica.

X. PRINCIPIOS ÉTICOS Y ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA

1. *Transparencia*

La búsqueda en los sitios web de cada país, como un criterio para acceder a información oficial, permitió observar el nivel de transparencia en la información relativa a COVID-19 que maneja cada Estado de la región.

Básicamente hay tres tipos de estrategia de información en internet:

- a) Países con información pública ordenada, pertinente y accesible mediante un solo ícono, que distingue entre instrumentos legales y la respectiva a información a la población;
- b) Países con información exclusivamente dirigida a la población como recomendaciones para su cuidado, y
- c) Aquellos países que no cuentan información sobre COVID-19.

El Salvador, Guatemala, Grenada, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcos y Caicos, Ecuador, Perú y Argentina cuentan con páginas *web* eficientes, diseñadas *ex profeso* como repositorios de información sobre la emergencia en salud ocasionada por el COVID-19. Estas páginas contienen documentos oficiales, como decretos, informes, resoluciones, regulaciones y comunicados oficiales, entre otros, actualizados periódicamente.

²⁰ *Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19*, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-para-uso-recursos-limitados-servicios-criticos-salud-durante-pandemia>. Los nueve países son Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Estados Unidos, Islas Caimán, Jamaica, México y Perú.

Llama la atención que países en conflicto social permanente y prolongado como El Salvador y Honduras cuenten con este tipo de sitios web con tal calidad y claridad. Podría plantearse la cuestión de si para los ciudadanos de dichos países es tan fácil el acceso a internet y con ello, a los sitios mencionados.

Las páginas de los gobiernos de México y de EUA presentan características diferentes. No cuentan con una página específica y exclusiva que contenga en sí misma todos los datos antes referidos. Para el caso de México, por ejemplo, la página del Consejo de Salubridad General no presenta toda la información en una sección “inmediata” sobre COVID-19. El banner Información General sobre el nuevo coronavirus despliega una página de iconos con hipervínculos, 20 de ellos sobre higiene de manos. Si bien la mayoría de los documentos son localizables, requiere de tiempo y/o conocimiento de las áreas específicas (*vg.* medidas legales, reglamentos, salud, economía, etc.) para su acceso.

Para el caso de EUA, la autonomía que presentan los estados, la precisión y sistematización de la información, y la diversidad de organismos interrelacionados en las mismas áreas confiere dificultades específicas. Por ejemplo, para el caso de COVID-19 en el área de la salud están involucrados, entre otros, la FDA, el Congreso, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, los CDC, los Institutos Nacionales de Salud, el Departamento de Defensa, el de Seguridad Nacional, la OMS, las organizaciones de la sociedad civil, la industria farmacéutica y los gobiernos estatales. Así, la información existe, y nuevamente, aun con el conocimiento de las áreas y el desplazamiento entre ellas, acceder a la información toma mucho tiempo.

2. *Gobernanza*

Como ya se mencionó, las pandemias son emergencias en salud pública, que por definición son imprevistas en su presentación, impredecibles en su comportamiento y de gran impacto entre las poblaciones que afectan. La que los Estados enfrentan actualmente por COVID-19 no es la excepción. Para su control, es indispensable que los gobiernos tomen medidas oportunas, dinámicas y eficientes que se reflejen como una reducción en el impacto negativo tanto en salud como en las demás esferas de las actividades de una sociedad.

En la mayoría de los países, las medidas de seguridad sanitaria derivadas de la declaratoria de emergencia, además de las dictadas para los individuos como la higiene de manos y el distanciamiento social incluyeron, entre otras: la suspensión de actividades escolares, de actividades económicas no

esenciales, de actividades laborales del estado y de actividades recreativas, todas ellas encaminadas a limitar o impedir la transmisión del virus. Otras medidas, como la cuarentena y el aislamiento fueron tomadas con la finalidad de evitar la transmisión y la posibilidad de detectar oportunamente los casos más severos.

En la región de las Américas, estas medidas fueron dictadas desde los gobiernos centrales y con aplicación simultánea para todo el país, junto con la declaratoria en la mayoría casos, a excepción de los EUA, donde derivado de la autonomía de los estados (principalmente), las medidas se tomaron en momentos diferentes y de forma más o menos heterogénea.

Entre otros países, EUA y México no emiten declaraciones de estado de excepción. Honduras es el único en hacerlo de forma radical. Otros países hacen la declaratoria de estado de excepción, estipulando medidas encaminadas principalmente a la restricción de horarios para circular fuera del domicilio y/o fuera del territorio estipulado (límites de zona o ciudad).

3. *Justicia*

En algunos de los Estados, el número de enfermos creció de manera casi exponencial. Así, en lapsos muy cortos, los recursos en salud para la atención de los enfermos de COVID-19, en especial los equipos de protección personal como cubrebocas, guantes, batas y demás insumos desechables (algunos de los cuales se utilizan también en los pacientes hospitalizados) fueron insuficientes en un momento determinado.

Cuatro Estados de la región (EUA, Islas Caimán, Jamaica y México) emitieron algún tipo de directriz para asignación de recursos escasos en salud, especialmente para aquellos requeridos por los enfermos que requieren atención de terapia intensiva: camas en unidades de cuidados intensivos y ventiladores.

Para México, algunas de las estrategias fueron la reconversión de hospitales y la puesta en marcha del Plan DN-III de la Secretaría de la Defensa Nacional y el Plan Marina, incrementando con ello la capacidad de respuesta con un mayor número de camas de hospital y de terapia intensiva.

Sobre este tema, el caso paradigmático son los EUA, ya que, a pesar de su nivel de desarrollo económico, no ha podido resolver el problema de abasto de recursos, en especial aquellos de medicina crítica. Además de la movilización de ventiladores y camas de hospital (para el 25 de abril se habían movilizado 10,988 ventiladores y 15,700 camas hacia las zonas más afectadas, resultandos insuficientes también estos en un momento dado),

fueron necesarias estrategias emitidas por los CDC para la asignación de ventiladores de tal manera que su utilización sea eficaz, eficiente y con equidad, basadas en cuatro factores:

- a) Evaluación de necesidades;
- b) Determinación de la capacidad de las unidades de atención para absorber ventiladores adicionales;
- c) Consideraciones éticas para informar cómo estos recursos escasos son proporcionados a las unidades que puedan salvar tantas vidas como sea posible, y
- d) Propuestas de líderes estatales y locales, expertos en legislación y ética, y de las partes interesadas.

Sin duda una medida basada en justicia social es la que corresponde a la protección de la salud y la seguridad de su personal de salud. Destaca EUA, que especificó puntualmente las medidas y equipos de protección personal de acuerdo con el nivel de exposición a riesgos durante el desempeño de sus labores. En los decretos de emergencia, se menciona la protección de profesionales de la salud en Argentina, Perú, Antigua, Belice, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Perú y República Dominicana.

4. *Libertad*

El impacto en salud (y en otras áreas) de cada pandemia depende del número de personas infectadas, la transmisibilidad de la infección y el espectro clínico de severidad que presentan los individuos afectados.

Para controlar este impacto, las principales medidas en salud que han repercutido en la libertad de los individuos son las disposiciones sobre la cuarentena, que tiene por objetivo evitar el riesgo de contagio y disminuir la circulación del virus, bajo la premisa de que los individuos infectados pero asintomáticos pueden transmitir la enfermedad; y el aislamiento, que se aplica a enfermos y cuyo objetivo es evitar el contagio a más personas y la vigilancia de la evolución en su estado clínico. Ecuador, El Salvador, Granada e Islas Caimán dictaron medidas de cuarentena para contactos. A excepción de EUA (que dictó procedimientos para prohibir el ingreso de viajeros procedentes de países específicos), todos los países emitieron decretos para la cuarentena de viajeros procedentes de países con alta circulación del virus en las primeras semanas de la pandemia, mientras sus fronteras estuvieron abiertas. Posteriormente Dominica, EUA, Guatemala, Honduras, Islas Tur-

cos y Caicos, Jamaica y México emitieron disposiciones para cuarentena voluntaria para la población general.

Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Islas Caimán e Islas Turcos y Caicos impusieron aislamiento obligatorio, mientras que EUA, Guatemala, Jamaica y México dispusieron medidas de aislamiento voluntarias.

XI. CONCLUSIONES

Es posible que la transmisibilidad y el potencial agresivo de la enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2 hayan sido subestimados en las semanas inmediatas posteriores a la detección de los primeros casos en China y otros países de Europa y EUA. Como consecuencia, la declaratoria de la situación de pandemia por COVID-19 y del estado de emergencia sanitaria (o su equivalente de acuerdo con cada país) emitido por los Estados de la región de las Américas pudieron haber sido demoradas. Una vez emitida la alerta internacional ante la pandemia, la falta (en la mayoría de los países de la región) de un protocolo claramente definido para dar respuesta a las emergencias en salud pública (como lo vincula el RSI) pudo impactar negativamente en la oportunidad y eficacia de las disposiciones legales y las acciones en salud pública de ellas derivadas.

Las disposiciones preventivas (distanciamiento social, higiene de manos, medidas de cuarentena y aislamiento, suspensión de actividades escolares, sociales, laborales y económicas) para contener y controlar la pandemia por COVID-19 han sido efectivas en muchos de los países de la región. Sin ellas, la situación indudablemente sería aún peor.

Las determinaciones para cierres de fronteras, estados de excepción y toques de queda se han aplicado heterogéneamente en cuanto a tiempo y medidas que implican. Tampoco se encontraron definiciones de cada uno de estos conceptos para buscar consenso entre ellos. Con lo anterior, el apego al Pacto de Siracusa, o falta de este, representan una oportunidad para revalorar las situaciones de excepción que justifiquen la suspensión de algunos de los derechos de los individuos en caso de emergencias en salud pública.

XII. FUENTES DE CONSULTA

COHEN, Glenn *et al.*, “Potential Legal Liability for Whitdrawing or Whithholding Ventilators During COVID-19”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 323, núm. 19, 19 de mayo de 2020.

- COUGHLIN, Steven, “Ethical issues in epidemiologic research and public health practice”, *Emerging Themes in Epidemiology*, vol. 3, núm. 1, 3 de octubre de 2006.
- Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas. “Pacto de Siracusa”, Comisión de Derechos Humanos, 28 de septiembre de 1984, 41 periodo de sesiones, tema 18, disponible en: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/E/CN.4/1985/4>.
- DEVI, Sharmila, “COVID-19 exacerbates violence against Health Workers”. *The Lancet* no. 396, núm. 10252, p. 658, 5 de septiembre de 2020.
- HOFFMAN, Steven *et al.*, “Do not Violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak”, *The Lancet*, vol. 395, 29 de febrero de 2020.
- Johns Hopkins University & Medicine. Cronavirus Resouce Center. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU), disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- LISSARDY, Gerardo, “Coronavirus: el drama del COVID-19 en Nueva York, una ciudad con las morgues repletas y hospitales de campaña”, *BBC, News*, 8 de abril 2020, Nueva York, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52211307>.
- Oficina del alto Comisionado de las Naciones Unidas. “Las medidas de emergencia y el COVID-19: Orientaciones”, 27 de abril de 2020, disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Events/EmergencyMeasures_COVID19_ES.pdf.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)”, disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMIyoad_o6W6gIVwpjfb-Ch1towIaEAAIASAAEgK9DvD_BwE.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del Nuevo Coronavirus”. 30 de enero de 2020, disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración sobre la tercera reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19), 1o. de mayo de 2020, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/>

detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Reglamento Sanitario”, OMS, 2016, Ginebra.

PARMET, Wendy y SINHA, Michael. “The Law and limits of Quarantine”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 382, núm. 15, 6 de junio de 2020.

RÍO, Carlos del y MALANI, Preeti, “COVID-19 New Insights on a Rapidly Changing Epidemic”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 323, núm. 14, 14 de abril de 2020.

RETOS JURÍDICOS DE LA PANDEMIA

José Ramón COSSÍO DÍAZ
David Jesús SÁNCHEZ MEJÍA

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *El federalismo en la atención de una epidemia*. III. *Instituciones para responder a una epidemia grave*. IV. *La atención a la epidemia del virus SARS-CoV-2 en México*. V. *Conclusiones*.

I. INTRODUCCIÓN

El pasado 24 de junio de 2020 fuimos invitados a participar en el “Coloquio virtual: COVID-19 y Bioética” convocado por la Universidad Nacional Autónoma de México mediante los institutos de Investigaciones Jurídicas y de Investigaciones Filosóficas. Nuestras participaciones, aunque se dieron en mesas distintas, tocaron preocupaciones comunes en torno a las herramientas con las que cuenta el Estado mexicano para hacer frente a un fenómeno como el que vivimos y a las normas existentes para emplearlas.

En el presente artículo expondremos cómo se trata una epidemia desde el sistema federal. La comprensión de la concurrencia de las facultades que tiene la Federación como las entidades federativas resulta indispensable para poder adentrarnos en el análisis de las posibles modalidades e instituciones que deben estar a cargo de la respuesta. En este sentido, en el primer apartado analizaremos cuál es el marco aplicable a una enfermedad transmisible como es COVID-19, para después identificar si normativamente existen diversas modalidades o características en que se pueda presentar una epidemia. A partir de esto, podremos identificar cuáles son las facultades de cada orden jurídico para una u otra de las modalidades identificadas.

En el segundo apartado expondremos los orígenes y alcances de los órganos del Estado mexicano para responder a una epidemia de las características que ha adquirido la del virus SARS-Cov2. El tercer apartado haremos un relato de los actos jurídicos que se han realizado para ordenar

la epidemia y llevar a cabo la correspondiente contención. En particular se enfatizará el análisis de algunos aspectos que resultan controvertidos, así como algunas de sus posibles causas.

Finalmente, presentaremos a manera de conclusiones algunas propuestas que, desde nuestra óptica, permitirían que el Estado se encuentre mejor preparado y traslade el aprendizaje de la crisis presente a normas que faciliten una respuesta rápida y efectiva a otra epidemia o a otros desafíos en materia de salud pública.

II. EL FEDERALISMO EN LA ATENCIÓN DE UNA EPIDEMIA

La Ley General de Salud (LGS) establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas respecto a las materias de salubridad general, tal como lo dispone el artículo 4o. constitucional.

Para comprender la manera en que desde el federalismo debe tratarse una epidemia como la del virus SARS-Cov2 causante de Covid-19, es indispensable conocer, en primer término, si este tipo de enfermedades son consideradas como una materia de salubridad general; en segundo término, cuáles son las facultades de los distintos niveles de gobierno para atenderlas y, en tercer lugar, si dichas facultades se modifican cuando se trata de una epidemia como la que presenciamos.

Para atender el primero punto basta con revisar el catálogo establecido en el artículo 3o. de la LGS para observar que las enfermedades transmisibles sí son consideradas materia de salubridad general.¹ Las enfermedades transmisibles se encuentran especificadas a su vez en listado específico, el cual incluye a la influenza epidémica, infecciones agudas del aparato respiratorio, infecciones meningocócicas y las enfermedades causadas por estreptococos, entre otras. A dicho listado pueden incorporarse aquellas enfermedades que determine el Consejo de Salubridad General o que sean reconocidas de conformidad a los tratados y convenciones internacionales en que México sea parte.²

La atención de las enfermedades transmisibles se realiza a partir de tres actividades: vigilancia epidemiológica, prevención y control.³ La concurrencia en cada una de estas actividades es distinta.

¹ Artículo 3o., fracción XV de la Ley General de Salud.

² Artículo 134 de la Ley General de Salud.

³ *Idem.*

Las actividades de vigilancia epidemiológica son preponderantemente federales. La Secretaría de Salud es la encargada de establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).⁴ Mientras que la difusión, aplicación y verificación del cumplimiento de los procedimientos de la vigilancia corresponde a los Estados.⁵ Por su parte, las actividades de prevención y control de las enfermedades transmisibles les competen principalmente a las entidades federativas, pues en ellas recae el deber de organizar, operar, supervisar y evaluar dichas actividades.⁶ Respecto a estas dos actividades, las facultades de la federación se acotan a la elaboración de programas o campañas temporales o permanentes, en coordinación con las autoridades estatales.⁷

Cuando una enfermedad se presenta como brote o epidemia, existe la obligación de notificar inmediatamente a la Secretaría de Salud federal o a la autoridad sanitaria más cercana.⁸ La LGS faculta a las autoridades sanitarias a utilizar como elementos auxiliares los recursos médicos existentes en las regiones afectadas,⁹ y a ordenar, por causas de epidemia, la clausura temporal de los locales o centros de reunión de cualquier índole.¹⁰ La ley emplea el término “autoridades sanitarias” sin especificar si se alude a las de carácter federal o local, lo cual inicialmente podría llevar a considerar que se trata de facultades que pueden ser ejercidas indistintamente en forma de concurrencia. Sin embargo, por tratarse de facultades para la prevención y el control de enfermedades transmisibles, debe considerarse que éstas les corresponden a las entidades federativas bajo la coordinación de la Federación siempre que no sean consideradas como graves.

Un régimen competencial distinto se prevé cuando una epidemia adquiere ciertas características. En caso de que el fenómeno sea considerado como una epidemia de carácter grave, exista el riesgo de que una enfermedad transmisible invada el país o surja una situación de emergencia o una catástrofe que afecten al país, la LGS establece la “acción extraordinaria en materia de salubridad general” (AEMSG).¹¹ La misma corresponde a la Secretaría de Salud.¹² En este sentido, entre las responsabilidades de la au-

⁴ *Ibidem*, artículo 133, fracción II.

⁵ 5.4 NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

⁶ Artículo 13, apartado B, fracción I, Ley General de Salud.

⁷ *Ibidem*, artículo 135.

⁸ *Ibidem*, artículo 136, fracción II.

⁹ *Ibidem*, artículo 148.

¹⁰ *Ibidem*, artículo 152.

¹¹ *Ibidem*, artículo 181.

¹² *Ibidem*, artículo 13, apartado A, fracción V, en relación con el artículo 184.

toridad sanitaria federal se encuentra encomendar a todas las autoridades federales, locales y municipales las actividades que se estimen necesarias para llevarla a cabo.¹³

El inicio de la AEMSG requiere de actos jurídicos concretos según el supuesto de la ley que se actualice. Así tratándose de una epidemia de carácter grave o del riesgo de que una enfermedad transmisible invada el país, corresponde exclusivamente al Consejo de Salubridad General emitir la declaratoria correspondiente.¹⁴ Cuando se trata de situaciones de una emergencia o una catástrofe que afecte al país, el mecanismo no es del todo claro, pues en caso de que dicha situación atente contra la seguridad nacional corresponde al Consejo de Salubridad General hacer la declaratoria en los términos de su reglamento interior, mientras que en los casos en que no se considere comprometida la seguridad nacional, corresponde al Ejecutivo Federal emitir la declaratoria de emergencia conforme al marco normativo en materia de protección civil,¹⁵ así como decretar la región o regiones amenazadas y el lapso que durará la AEMSG.¹⁶

A partir de lo anteriormente expuesto podemos apreciar que las enfermedades transmisibles sí se encuentran reguladas por nuestro ordenamiento jurídico, y que las competencias para atenderlas se diferencian por las características que adquiera un brote o epidemia. Cuando se encuentra en condiciones que bien podemos llamar “normales”, el régimen que predomina es el de las facultades concurrentes, en el cual la Federación procesa información y coordina algunos de los esfuerzos de prevención, y las entidades operan las actividades de prevención y control. Por el contrario, cuando el brote o epidemia adquiere características de gravedad, las competencias para la atención y respuesta son principalmente federales. A las autoridades de este orden de gobierno les corresponde emitir la declaratoria respecto al supuesto que se actualizó y ejercer la AEMSG.

III. INSTITUCIONES PARA RESPONDER A UNA EPIDEMIA GRAVE

Las implicaciones de una epidemia grave para los individuos y las comunidades han propiciado que, a lo largo de la historia, se adopten medidas que res-

¹³ Artículo 184, fracción I, de la Ley General de Salud.

¹⁴ Artículo 9o., fracción XVII, del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

¹⁵ Artículo 7o., fracción IV, en relación con el 2, fracción XXVI, ambos de la Ley General de Protección Civil.

¹⁶ Artículo 183 de la Ley General de Salud.

trinjan su propagación, así como el establecimiento de normas e instituciones para hacerse cargo de las respuestas a estos fenómenos.¹⁷

Desde luego, México no es la excepción. Desde el movimiento de independencia a inicios del siglo XIX hasta la consumación de la revolución en el siglo XX, el país vivió los estragos de brotes epidémicos como viruela, fiebre amarilla, paludismo, tifo o sarampión, por mencionar solo algunos.¹⁸ Ello llevó a que durante ese periodo se creara el Consejo Superior de Salubridad y, posteriormente, el Constituyente de 1917 estableciera la permanencia del Consejo de Salubridad General y se creara el Departamento de Salubridad para concentrar en el ámbito federal las facultades para responder una epidemia de carácter grave.

El diputado constituyente José María Rodríguez manifestó la añeja preocupación del Estado mexicano por la salud pública al momento de la discusión y debate del artículo 90 constitucional. El médico militar solicitó el uso de la palabra para expresar la necesidad de que se contara con una dependencia específica que unificara la atención a los problemas de salud pública en todo el territorio nacional, dada la trascendencia social y económica de las epidemias:

Las enfermedades exóticas epidémicas en un momento dado pueden atacar grandes proporciones de la República, interrumpir de modo completo el tráfico y las relaciones interiores de Estado a Estado y las internacionales, cegando pasajeramente todas las fuentes de riqueza y de subsistencia nacional.

Para la lucha contra estas enfermedades, que es para lo que yo propongo que el control lo tenga el Ejecutivo; la práctica ha enseñado que solamente se ha obtenido resultado cuando personal directamente organizado y, por decirlo así, municionado, pertrechado y guiado por el Consejo de Salubridad ha sido el encargado de la campaña. En todas las campañas militares y otras, la unidad de mando y de dirección es la base principal del éxito.¹⁹

La propuesta no se incorporó al texto aprobado del artículo 90 constitucional.²⁰ Sin embargo, el médico constituyente junto con 41 diputados más

¹⁷ Gostin, Lawrence, *Public Health Law: Power, Duty and Restraint*, University of California Press, 2a. ed., 2008, p. 425.

¹⁸ Ruíz, Leobardo *et al.*, “*Antecedentes y Evolución de la Salubridad Pública en el México Independiente*”, *Memorias y prospectiva de las Secretarías de Estado: Secretaría de Salud*, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revoluciones de México, 2017, pp. 43-63.

¹⁹ Marván, Ignacio, *Nueva Edición del Diario de Debates del Congreso Constituyente de 1916-1917*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2006, t. II, p. 1986.

²⁰ “Art. 90. Para el despacho de los negocios del orden administrativo de la Federación, habrá un número de secretarios que establezca el Congreso por una Ley, la que distribuirá los negocios que han de estar a cargo de cada Secretaría”.

propuso la adición de cuatro bases a la fracción XVI del artículo 73.²¹ Estas bases tenían sustento en tres objetivos principales: la necesidad de contar con órganos para atender de manera rápida y eficaz los problemas de salud pública; que dichos órganos tuvieran los recursos para ejecutar sus acciones, y que tuvieran la capacidad de emitir disposiciones obligatorias para todo el territorio nacional.²² La exposición de la iniciativa resaltó de nueva cuenta el papel de estos órganos en el combate a las epidemias:

Como si la autoridad sanitaria no tiene un dominio general sobre la salubridad de la República en todo el país, para dictar sus disposiciones y ponerlas en vigor, éstas dejarán de ser efectivas en un momento dado para evitar las consecuencias de contagios o invasión de enfermedades epidémicas de estado a estado o internacionales... por esto, los subscriptos sostenemos que la unidad sanitaria de salubridad debe ser general, debe afectar a todos los Estados de la República, debe llegar a todos los confines y debe ser acatada por todas las autoridades administrativas pues en los pueblos civilizados, sin excepción, la autoridad sanitaria es la única tiranía que se soporta en la actualidad pues es la única manera de librar al individuo de los contagios, a la familia, al Estado y a la nación.²³

La propuesta fue bien recibida por la amplia mayoría del Congreso Constituyente creando así al Consejo de Salubridad General, así como al establecimiento del Departamento de Salubridad Pública.²⁴

El Consejo de Salubridad General fue creado como un órgano con amplias facultades normativas, consultivas y ejecutivas para atender la salud pública del país.²⁵ La ahora Secretaría de Salud fue ideada como el brazo

²¹ El término “bases” fue empleado por el doctor Rodríguez al hacer uso de la palabra; sin embargo, no especificó las razones por las cuales denominó de esa manera a los cuatro párrafos que propuso incluir.

²² Cossío, José Ramón y Sánchez, David J., *El Consejo de Salubridad General en la Constitución mexicana de 1917, Memorias y prospectiva de las Secretarías de Estado: Secretaría de Salud*, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución de México, 2017, pp. 78 y 79

²³ Marván, Ignacio, *Nueva Edición del Diario de Debates del Congreso Constituyente de 1916-1917*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2006, t. II, pp. 1769 y 1770

²⁴ La iniciativa aprobada por 143 diputados a favor y 3 en contra. Los votos en contra fueron emitidos por los ciudadanos Fajardo, Palma y Pastrana Jaimes.

²⁵ Artículo 73. El Congreso tiene facultad...

XVI. Para dictar Leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

operativo de las medidas que el Consejo adoptara en materia de salud pública y como encargada de atender los servicios de salud. En su conjunto, ambas instituciones fueron facultadas para atender de manera rápida y eficiente las necesidades de la República cuando se presentara una epidemia de carácter grave dentro del territorio nacional o cuando hubiera el peligro de que una de estas ingresara al país. Esta intención del Constituyente la vemos articulada en la LGS en la AEMSG.

IV. LA ATENCIÓN A LA EPIDEMIA DEL VIRUS SARS-CoV-2 EN MÉXICO

El primero de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes derivado de la notificación que recibió de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan, China, de un conjunto de casos de neumonía en la ciudad, mismos que posteriormente se determinó que fueron causados por un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2.²⁶

El Director General de la OMS convocó al Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional el 22 de enero, para que se tratara y le asesorara sobre el brote del nuevo coronavirus a fin de decidir si se debía declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII).²⁷ En dicha sesión no hubo consenso sobre si se trataba o no de una ESPII, por lo que se decidió que no lo era.²⁸ Fue en la segunda sesión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional realizada

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el País, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

²⁶ “COVID-19: cronología de la actuación de la OMS” Organización Mundial de la Salud, 27 de abril de 2020, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline--covid-19>.

²⁷ El Reglamento Sanitario Internacional en su artículo 1o. define “emergencia de salud pública de importancia internacional” como aquellos eventos extraordinarios que: i) constituyen un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada.

²⁸ Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV), Organización Mundial de la Salud, 23 de enero de 2020, disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

el 30 de enero de 2020, en que se reconoció al nuevo coronavirus como una ESPII, por ello recomendó que todos los países adoptaran las medidas de contención, como la vigilancia activa, la detección temprana, el aislamiento y el manejo de los casos, el seguimiento de contactos y la prevención.²⁹

Conforme al marco constitucional y legal de nuestro país, la declaración de la OMS actualizó el supuesto de que existía “peligro de invasión de enfermedades exóticas”,³⁰ por lo que el Consejo de Salubridad General debió haber sesionado para hacer la declaración formal correspondiente y que la Secretaría de Salud ejerciera a partir de ese momento la AEMS. Sin embargo, esto no sucedió así. La primera acción oficial en torno a la pandemia no fue adoptada por las autoridades sanitarias sino por la Secretaría de Educación Pública (SEP).³¹ El 16 de marzo de 2020, la SEP suspendió las actividades educativas de todos los niveles —preescolar, primaria, secundaria, normal, medio superior y superior— a través de un Acuerdo publicado en el *DOF*.³²

Fue hasta el 19 de marzo que el Consejo de Salubridad General sesionó de manera extraordinaria para analizar la situación. Formalmente reconoció que la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2, como una enfermedad grave de atención prioritaria, mediante un Acuerdo publicado el 23 de marzo.³³

²⁹ Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV), Organización Mundial de la Salud, 30 de enero de 2020, disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

³⁰ Artículo 73, fracción XVI, 2, constitucional, en relación con el artículo 181 de la Ley General de Salud.

³¹ Por acción oficial nos referimos a aquellos actos jurídicos publicados en los medios de difusión oficial del Estado, como lo es el *Diario Oficial de la Federación*. La Secretaría de Salud federal anunció en una conferencia de prensa realizada el 14 de marzo la “Jornada Nacional de Sana Distancia”; sin embargo, esta no fue publicada formalmente hasta el 31 de marzo siguiente.

³² Acuerdo número 02/03/20 por el que se suspenden las clases en las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del sistema educativo nacional, así como aquellas de los tipos medio superior y superior dependientes de la secretaría de educación pública, 16 de marzo de 2020, *Diario Oficial de la Federación*. Inicialmente la suspensión comprendía del 23 de marzo al 17 de abril de 2020. El 1o. de abril se modificó el Acuerdo ampliando el periodo de suspensión al 30 de abril. La suspensión de actividades de amplió una vez más hasta el 30 de mayo.

³³ Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. *Diario Oficial de la Federación* del 23 de marzo de 2020.

Al día siguiente, la Secretaría de Salud publicó las medidas preventivas que se debían implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2.³⁴ El Presidente de la República sancionó favorablemente las medidas ese mismo día, conforme a la facultad que le confiere el artículo 73, fracción XVI, 2, constitucional.³⁵ Posteriormente, el Presidente ejerció la potestad del artículo 183 de la LGS para decretar la AEMSG en las regiones afectadas de todo el país —sin especificar cuáles eran estas— y algunas medidas para la adquisición de bienes y servicios para atender la emergencia.

En un hecho sin precedentes, el 30 de marzo, el Consejo de Salubridad General declaró que la epidemia constituía una “*emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor*”;³⁶ terminología que no corresponde a la legislación sanitaria, sino que obedeció a una medida para evitar que se actualizarán los supuestos de suspensión de labores previstos en la Ley Federal del Trabajo.³⁷ Con ello, sin embargo, se actualizaron muchas de las implicaciones que la fuerza mayor ocasiona en otro tipo de relaciones jurídicas, como claramente son las civiles y las comerciales.

Derivado del acuerdo anterior, la Secretaría de Salud declaró nuevas acciones extraordinarias,³⁸ entre ellas, una clasificación de actividades y la suspensión de aquellas que no eran consideradas esenciales.³⁹ Adicionalmente, modificó la integración del Consejo de Salubridad General.⁴⁰ A di-

³⁴ Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), *Diario Oficial de la Federación* del 24 de marzo de 2020.

³⁵ Decreto por el que se sanciona el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), *Diario Oficial de la Federación* del 27 de marzo de 2020.

³⁶ Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), *Diario Oficial de la Federación* del 30 de marzo de 2020.

³⁷ Artículo 42 bis, en relación con el 429, fracción IV, de la Ley Federal del Trabajo.

³⁸ Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, *Diario Oficial de la Federación* del 31 de marzo de 2020.

³⁹ La suspensión de actividades se acordó hasta el 30 de abril. Sin embargo, dicha disposición fue modificada el 21 de abril por lo que se amplió el plazo hasta el 30 de mayo de 2020.

⁴⁰ Al respecto cabe mencionar que se trató de una modificación ilegal al Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, pues dicho ordenamiento solo podría haber sido modificado bajo el mismo procedimiento por el cual se creó. Dicha situación parece que fue advertida por la Secretaría de Salud, pues el 3 de abril de 2020, publicó una nota

ferencia de lo que aconteció con las acciones adoptadas el 24 de marzo, en esta ocasión las medidas no fueron sancionadas por el Presidente de la República.

El 3 de abril, la Secretaría de Salud dio contenido al Decreto presidencial del 27 de marzo para garantizar las acciones de respuesta a la epidemia.⁴¹ En particular se facultó a distintas dependencias para la adquisición de bienes y servicios, se posibilitó también la contratación de médicos y se suprimieron trámites administrativos para la importación de bienes.⁴²

El 21 de abril de 2020, la Secretaría de Salud modificó y adicionó el acuerdo del 31 de marzo. Se incorporaron a su contenido cuatro artículos. En ellos, la Secretaría de Salud Federal decidió que definiría los criterios para evaluar la intensidad de la transmisión del virus SARS-CoV2 y que establecería los lineamientos para reducir la movilidad entre los municipios con distinto grado de propagación.⁴³

Además, determinó que realizaría las adecuaciones que considerase necesarias al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y delegó a las Entidades Federativas su responsabilidad para instrumentar las medidas de prevención y control,⁴⁴ así como la establecimiento y ejecución de mecanismos para la reducción de la movilidad de los habitantes entre municipios, ello a partir de lineamientos expedidos por la Secretaría de Salud Federal.⁴⁵

El pasado 14 de mayo comenzó —jurídicamente hablando— la denominada “nueva normalidad”. Para ello, la Secretaría de Salud emitió un Acuerdo cuyo objeto fue establecer la estrategia para la reapertura de

aclearatoria en el *Diario Oficial de la Federación* en la cual cambió el sentido del artículo Segundo del Acuerdo publicado originalmente.

⁴¹ Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias que se deberán de realizar para la adquisición e importación de los bienes y servicios a que se refieren las fracciones II y III del artículo segundo del Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), publicado el 3 de abril de 2020 en el *Diario Oficial de la Federación*.

⁴² Las especificaciones que debían observar las dependencias facultadas fueron publicadas de manera posterior, en un Acuerdo de la Secretaría de Salud del 24 de abril de 2020.

⁴³ “Acuerdo por el que se modifica el similar por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, publicado el 31 de marzo de 2020”, 21 de abril de 2020, *Diario Oficial de la Federación*.

⁴⁴ “Acuerdo por el que se modifica el similar por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, publicado el 31 de marzo de 2020”, 21 de abril de 2020, *Diario Oficial de la Federación*.

⁴⁵ Los lineamientos referidos en el Acuerdo no fueron publicados en el *Diario Oficial de la Federación*, ni constan en el sitio web habilitado por el Gobierno Federal con motivo de la Epidemia.

las actividades sociales, educativas y económicas. El Acuerdo establecía las etapas en que se dará la reapertura de forma gradual, ordenada y cauta. Reconoció a la industria de la construcción, la minería y la fabricación de equipo de transporte como actividades esenciales. Asimismo, se estableció un sistema de semáforo para la adopción de medidas sanitarias, y que la Secretaría de Salud publicaría los municipios que podrían retomar todas sus actividades, para que en coordinación con las autoridades sanitarias de las entidades federativas se establecieran las medidas de prevención y control de COVID-19.⁴⁶

Al día siguiente, el Acuerdo fue modificado. En primer término, se cambió la manera en que las empresas debían adoptar las acciones de preparación para la reapertura, pues se añadieron supuestos no previstos inicialmente. Se obligó a las empresas a presentar protocolos de seguridad sanitaria acordes con los lineamientos generales que dispusieran las secretarías de Salud, de Economía y del Trabajo y Previsión Social y los lineamientos de seguridad sanitaria en el entorno laboral que publicaría la Secretaría de Salud, en coordinación con las dependencias referidas y el Instituto Mexicano del Seguro Social.⁴⁷ Finalmente, el 29 de mayo de 2020 se dio a conocer el Acuerdo que contiene los lineamientos técnicos específicos que deberán ser implementados para la reapertura de las actividades económicas.⁴⁸

La descripción anterior es una muestra general de lo que jurídicamente ha sido la respuesta del Estado a la epidemia del virus causante de COVID-19. Desde que se declaró formalmente su inicio las autoridades sanitarias federales han publicado diecisiete instrumentos en el *Diario Oficial de la Federación* mediante los cuales se ha intentado ordenar la respuesta a la

⁴⁶ Acuerdo por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como se establecen acciones extraordinarias, 14 de mayo de 2020, *Diario Oficial de la Federación*.

⁴⁷ El 18 de mayo, se difundieron originalmente en la página web de la Secretaría de Salud los “Lineamientos Técnicos de Seguridad Sanitaria en el Entorno Laboral”. Posteriormente, fueron trasladados a la página web de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Formalmente parece que se trata de un Acuerdo del Secretario de Salud, quién los firmó el domingo 17 de mayo, sin embargo, nunca fueron publicados oficialmente. Los lineamientos son de aplicación obligatoria para las industrias de la construcción, la minería y la fabricación de equipo de transporte, y referente para resto de las actividades esenciales. Estos lineamientos contienen reglas de carácter técnico-sanitario que distintos sujetos deben observar para reiniciar sus actividades, pese a que se haya señalado que son actos de “buena voluntad”.

⁴⁸ Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas, 29 de mayo de 2020, *Diario Oficial de la Federación*.

epidemia.⁴⁹ Sin embargo, las medidas no han logrado de manera eficiente su cometido por diversos factores.

En primer lugar, un mal entendimiento del marco normativo aplicable a una epidemia grave. Existió una dilación injustificada para que el Consejo de Salubridad General sesionara y declarara la existencia de un peligro de invasión de una enfermedad infecciosa. Transcurrieron 49 días entre la declaración por parte de la OMS acerca de que se trataba de una ESPII y la sesión del Consejo de Salubridad General. Si bien se indicó en diversas conferencias de prensa que existieron sesiones de otros órganos para revisar el estado de la epidemia, ninguno de estos resultaba el competente para declarar la emergencia y, con ello, comenzar la respuesta del Estado.

En segundo lugar, el marco normativo vigente debió ser interpretado de manera amplia, pues si bien la Constitución es clara que en cuanto al alcance de la medidas y disposiciones que surjan del Consejo de Salubridad General como de la Secretaría de Salud, la AEMSG prevista en la LGS únicamente delimita las competencias de la Secretaría de Salud federal para ordenar los ámbitos propios de la salubridad general. De ahí que la AEMGS resultase insuficiente para que la Secretaría de Salud pudiera normar la respuesta de toda la Administración Pública Federal a la epidemia. Por ello, debió adoptarse una interpretación bajo la cual el Consejo de Salubridad General, por su composición y su carácter técnico-científico, fuera el epicentro de las medidas que debían ser adoptadas por todas las autoridades del país.

En tercer lugar, derivado de los puntos anteriores, la falta de disposiciones que proporcionaran elementos normativos suficientes para que las entidades pudieran actuar en el ámbito de sus competencias y coordinarse con las autoridades federales. Ello generó vacíos normativos que propiciaron una mala coordinación entre la federación y los Estados. Además, poca claridad de las disposiciones emitidas abonó a este problema, pues en un momento dado la federación delegó indebidamente facultades exclusivas de instrumentación y ejecución de medidas, cuando la epidemia ya había avanzado.

Las consecuencias económicas y sociales de los problemas aquí apuntados, desafortunadamente, no las conoceremos por completo hasta que la epidemia concluya. Sin embargo, el estudio y análisis de lo que se hizo y de lo que se dejó de hacer abre la oportunidad para que no vuelva repetirse.

⁴⁹ Conteo realizado al 31 de julio de 2020.

V. CONCLUSIONES

La epidemia de SARS-CoV-2 no será la última que nos toque enfrentar. Por ello resulta necesario realizar las modificaciones necesarias a las normas para que se cuente con las herramientas jurídicas suficientes para actuar de manera rápida y eficiente. El mal entendimiento del marco normativo aplicable a una epidemia fue uno de los problemas que hemos precisado estos meses. Pueden existir distintas causas de esto. Una de ellas es la heterogeneidad en el uso del lenguaje de los distintos ordenamientos aplicables.

Veamos un ejemplo. La Constitución habla de “epidemias de carácter grave” o “peligro de invasión de enfermedades exóticas”; la LGS prevé, además, los conceptos de “situaciones de emergencia” o “catástrofe” y el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General habla de “causa de emergencia” o que “atenten contra la seguridad nacional”.

Estas variaciones en el uso del lenguaje, aunque parezcan pequeñas no lo son, pues es a partir de ellas los titulares de los órganos toman decisiones y determinan si les compete o no atender una situación en particular, lo cual puede retrasar una respuesta efectiva. Prueba de ello, es el caso de las sesiones que sostuvieron el Comité Nacional para la Seguridad en Salud y el Comité Nacional de Emergencias con motivo de la epidemia de SARS-CoV-2 las cuales se desarrollaron aun cuando no eran los órganos competentes para ejercer la respuesta a este problema.

Otra de las causas a las que se puede atribuir el mal entendimiento que se tuvo del marco normativo, es que este se encuentra incompleto. La AEMSG prevista en la LGS únicamente cuenta con cuatro artículos, ninguno de los cuales no prevén las interacciones ni las intervenciones que tendrá toda la administración pública y de los distintos niveles de gobierno fuera del ámbito sanitario. En ese sentido, sería recomendable que un reglamento que dote de contenido a la AEMSG y del cual a su vez se desprendieran protocolos respuesta ante las distintas posibilidades del surgimiento de una epidemia grave.⁵⁰

Un segundo aspecto a considerar derivado de la epidemia, es la necesidad de revisar el papel del Consejo de Salubridad General en la conducción de la respuesta a un fenómeno de esta naturaleza, pero a la vez de su rol en la conducción de la política pública en salud.

Hoy más que nunca, la salud pública requiere de un trabajo multidisciplinario coordinado en el que se empleen diversas herramientas que promuevan el bienestar individual y colectivo. Este trabajo debe encontrar sus bases

⁵⁰ Von Aguilar, Lorena, *Derecho y pandemias*, Tirant lo Blanch, México, 2018, p. 65.

en la evaluación, el desarrollo de políticas y en certificar que los objetivos se cumplan, para ello es importante que desde el derecho los órganos previstos para ello cuenten con los mecanismos necesarios para ejercer sus funciones.⁵¹

El Consejo de Salubridad General fue creado como un órgano colegiado con facultades amplias para la emisión de disposiciones obligatorias en materia de salud pública. Su participación en el diseño de políticas públicas en la materia es indispensable por su naturaleza técnica y científica.⁵²

Lejos de que esta función constitucional del Consejo de Salubridad General se haya reforzado, con el paso de los años, en particular, con la aprobación de la LGS de 1984 se le han quitado facultades al grado de prácticamente dejarlo como un órgano consultivo con ciertas atribuciones para aprobar medicamentos y certificar instituciones.

No obstante, la reforma constitucional al artículo 4o. constitucional en materia de servicios de salud y la creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, se erigen como una oportunidad no solo de replantear los alcances que se pretende dar a los servicios de atención médica, sino también a las políticas públicas en materia de salud que se deseen emprender.⁵³

Por ello, es indispensable contar con un Consejo de Salubridad General jurídicamente fuerte que recupere sus facultades históricas de conducción de la política pública mediante la expedición de reglamentos que las vuelvan exigibles a todas las autoridades. También, que sea la Secretaría de Salud la encargada de vigilar su cumplimiento.

Esta propuesta parte de la necesidad de que las políticas públicas surjan del conocimiento y del trabajo multidisciplinario generado dentro del Consejo, ya sea con su estructura actual —en la que participan distintas secretarías de estado— o con una diversa pero que conserve la pluralidad de perfiles de sus integrantes.

La mejor manera de prepararnos para enfrentar otra epidemia como la que se ha vivido a lo largo del 2020 y para los distintos retos de salud pública derivados del cambio climático, del uso de nuevas tecnologías y de otros factores sociales, es teniendo un órgano suficientemente capacitado para ello y con un marco normativo suficientemente claro.

⁵¹ Thompson, Ed *et al.*, “*The Law and the public’s health: Foundations*” en *Law in public health practice* (coord. Goodman), 2a. ed., Oxford University Press, 2007, p. 27.

⁵² Consejo de Salubridad General, *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, 2005, p. 103.

⁵³ Decreto por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 8 de mayo de 2020, *Diario Oficial de la Federación*.

IMPLICACIONES BIOÉTICAS DEL USO DE DATOS Y APPS DE SALUD EN LA PANDEMIA

Itziar DE LECUONA

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Las Apps de identificación de positivos y rastreo de contactos.* III. *Hacia un modelo de gestión de datos fiable, accesible e interoperable y que permita su reutilización.* IV. *El pasaporte inmunológico.* V. *La evaluación de la investigación e innovación en salud.* VI. *Conclusiones.* VII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN

Desde el análisis bioético de la COVID-19, las medidas propuestas para el control de la epidemia han intensificado el debate sobre la protección de la intimidad y la confidencialidad de los datos personales.¹ En España y otros países europeos se han tomado decisiones que han conllevado determinadas restricciones de derechos por razones de interés colectivo, que en ningún caso deberían llegar a anularlos, y que plantean numerosas cuestiones sobre las que reflexionar desde la perspectiva de los principios éticos a aplicar, los derechos e intereses en juego y los mecanismos de garantía, así como el impacto social en personas y sociedades. El uso de datos personales en cualquier ámbito y la tendencia a su monetización en una sociedad de mercado es un signo de nuestro tiempo, situación que debe preocuparnos y ser objeto de análisis. La pandemia ha abierto nuevas oportunidades para la toma de decisiones fundamentada en la explotación intensiva de datos personales y en el contexto de la salud pública, en el que diversas medidas deberían ser temporales y reversibles. En una sociedad altamente digitalizada, las propuestas sobre *Apps*

¹ El trabajo recoge y actualiza las aportaciones efectuadas en la comparecencia de la autora ante la Comisión No Permanente para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados en junio de 2020, disponible en: http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Organos/Comision?_piref73_7498063_73_1339256_1339256.next_page=/wc/detalleInformComisiones?idOrgano=390&idLegislatura=14.

de identificación de positivos y rastreo de contactos, algunas ya implementadas en varios países, o la desproporcionada medida del pasaporte serológico propuesta para la salida del confinamiento, son ejemplos de iniciativas que cuestionan el principio de proporcionalidad y el respeto por los derechos y libertades fundamentales de las personas. El trabajo analiza estas propuestas y también incluye el estudio del modelo de evaluación de los proyectos de investigación e innovación en salud que utilizan tecnologías emergentes como la inteligencia artificial, el *Big Data*, la biometría, entre otras, y para el desarrollo de aplicaciones de salud, y que necesitan tratar datos personales para programar algoritmos. Asimismo, la pandemia por COVID-19 ha evidenciado la falta de infraestructuras públicas para una adecuada gestión de los datos para mejorar la toma de decisiones y entre estas, las políticas.

Esta situación de crisis ha puesto en evidencia los efectos de los recortes sanitarios; la tendencia a la mercantilización y el adelgazamiento de los servicios públicos, acentuando las desigualdades existentes. Tendencia que también ocurre en el ámbito de la investigación en innovación en salud. Bajo el pretexto de la COVID-19 se abren mercados de datos personales disfrazados de investigación e innovación.² Se favorece así la participación de terceros, tradicionalmente ajenos a estos procesos de generación y transferencia de conocimiento, con interés en acceder a información personal de distinta índole y que requiere especial protección.

Los datos personales, los datos de salud entre otros, son el oro de nuestro tiempo a la vez que existe una tremenda desafección social por cuidarlos, y por proteger la intimidad propiciada por la falsa gratuidad digital. El valor de los datos personales debe ser objeto de análisis en la era post-COVID-19 en tanto que bien común. Determinados conjuntos de datos personales, y en particular los de salud, no pueden estar al alcance de cualquiera.³

El soporte que implica la tecnología digital para transitar hacia una “nueva normalidad” y hasta que lleguen las vacunas, nos puede conducir a un confinamiento digital encubierto sin fecha de caducidad, mediante la institucionalización de prácticas de vigilancia digital de las personas que suscitan cuestiones técnicas, éticas y legales, y con enorme impacto social.

² De Lecuona Itziar, “La tendencia a la mercantilización de partes del cuerpo humano y de la intimidad en investigación con muestras biológicas y datos (pequeños y masivos)” en Casado, María, (coord.) *De la solidaridad al mercado*, Editorial Fontamara, México, 2016, pp. 267-296, disponible en acceso abierto en www.bioeticayderecho.ub.edu (Universidad de Barcelona, 2017).

³ De Lecuona, Itziar, Villalobos, María José, “El valor de los datos personales de salud en la sociedad digital”, en García Manrique, Ricardo (coord.), *El cuerpo diseminado, Estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos*, Editorial Aranzadi, Cizur Menor, 2018, pp. 171-190.

Así el debate no sólo debería centrarse en la protección de la intimidad y la confidencialidad de los datos personales en un contexto de digitalización intensiva. También es preciso promover la autonomía de las personas para tomar decisiones libres e informadas, la equidad y la transparencia. No se puede caer en el error de entender el control de la epidemia como una dicotomía entre libertad o intimidad, porque ésta es falsa.

Las decisiones que se tomen en el marco de la salud pública deben ser proporcionales a los fines que se persiguen, respetuosas con los derechos de las personas, temporales y reversibles. Además, estas decisiones deben estar fundamentadas en la evidencia científica, y no en propuestas tecnológicas proclives a mercados de datos personales disfrazados de buenas intenciones con el pretexto de la COVID-19. Es necesario debatir con urgencia sobre la función del estado, y sobre las tecnológicas y la acumulación de poder, ante el despliegue de sistemas digitales basados en el acceso y correlación de conjuntos de datos personales, para extraer patrones de comportamiento, hacer predicciones y, así, mejorar la toma de decisiones también en el ámbito de la sanidad y la salud pública.

En la sociedad de los datos masivos, la inteligencia artificial y los algoritmos necesitamos nuevas estructuras de gobernanza. Co-crear valor a través de los datos y no extraer valor. El auge de las tecnológicas ha sido posible gracias a que los Estados han creado las infraestructuras necesarias mediante el pago de impuestos por parte de los contribuyentes. Internet y el GPS son ejemplos. Los gobiernos deben garantizar que un valor que se ha creado colectivamente esté al servicio del bien común.⁴ Es necesario establecer un modelo de gobernanza que permita alinear los intereses de las personas y la salud pública con los distintos actores desde el diseño de la intervención, durante su desarrollo y en el acceso a los resultados, de acuerdo con la investigación e innovación responsable que Europa propugna.⁵ El objetivo es evitar asimetrías y acumulación de poder por parte de los distintos actores, fundamentalmente el Estado y las tecnológicas.

Hace tiempo que Europa decidió crear un mercado único y una sociedad digital guiada por el dato. Se trata de una apuesta política, científica

⁴ Mazzucato, Mariana, *El estado emprendedor*, Barcelona, RBA Economía, 2019 p. 400. Véase también, Mazzucato, Mariana, *Preventing digital feudalism*, Social Europe, 2019, disponible en: <https://www.socialeurope.eu/preventing-digital-feudalism>.

⁵ European Union, *Responsible Research and Innovation - HORIZON 2020*, disponible en: <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/h2020-section/responsible-research-innovation>, y Casado, María et al., *Declaración sobre integridad científica en investigación e innovación responsable*, Barcelona-Porto, Edicions de la Universitat de Barcelona, 2016, disponible en: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEticaDret/documents/08489.pdf>.

y económica basada en la utilización de tecnologías emergentes y la explotación intensiva de conjuntos de datos, incluidos los datos personales, para mejorar la medicina personalizada, para tener sistemas sanitarios más eficientes y un envejecimiento activo y bienestar, entre otras prioridades.⁶ Europa apuesta así por una inteligencia artificial confiable,⁷ capaz de evitar los prejuicios raciales y de género; pero no depende de las máquinas que sea justa, depende de los datos con los que alimentemos a los algoritmos y de las decisiones resultantes que deben incorporar la corrección humana.

Los datos de salud, genéticos, biométricos, sociodemográficos, entre otros, son datos personales especialmente protegidos, porque lo dicen todo de nosotros y porque podrían ser utilizados con fines no deseados, y dar lugar a discriminaciones encubiertas, con profundas implicaciones para la libertad de las generaciones presentes y futuras. La posesión de conjuntos de datos personales por parte de terceros, sea la iniciativa pública y/o privada, afecta a nuestros derechos en función de los usos, confiriéndoles a estos actores un extraordinario poder sobre nosotros. Las decisiones que se tomen ahora marcarán los proyectos vitales de personas, de colectivos y sociedades.

II. LAS APPS DE IDENTIFICACIÓN DE POSITIVOS Y RASTREO DE CONTACTOS

Las *Apps* de identificación de positivos y rastreo de contactos han cobrado protagonismo desde el inicio de la pandemia para ayudar a su gestión. Se reivindica aquí un modelo más analógico que digital haciendo énfasis en la necesidad de reforzar con carácter urgente la atención primaria y la intervención humana. En este sentido, es necesario no entusiasmarse con el modelo digital que invisibiliza las carencias del sistema analógico, que es tan necesario. Es preciso contar con rastreadores y ello implica contratar personal y recursos que puedan llevar a cabo esta crucial tarea.

Es sabido que el rastreo manual de contactos es una de las principales herramientas para el control de epidemias, pero requiere de una infraestructura y unas dotaciones de personal importantes, y, sobre todo, de una coordinación institucional den el ámbito de la salud pública. En un contexto de crisis económica y de pujante digitalización se han planteado estrate-

⁶ European Union, *What can big data do for you?*, disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/what-big-data-can-do-you>.

⁷ High Level Expert Group on Artificial Intelligence, European Union, *Ethics Guidelines for Trustworthy AI*, 2019, disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ethics-guidelines-trustworthy-ai>.

gias para el control de la epidemia mediante la utilización de aplicaciones móviles con el objetivo de automatizar la identificación de positivos y el rastreo de contactos.

Las promesas de eficiencia y ahorro de costes se contraponen a las críticas que el uso de estas herramientas por cuestiones de seguridad y de falta de protección de los datos personales. Algunas de estas aplicaciones establecen el contacto a través de la geolocalización de los individuos y otras mediante tecnología *Bluetooth* que avisa en caso de haber estado en contacto con un positivo de una manera menos intrusiva. También hay diferencias entre las aplicaciones de tipo centralizado, en las que un servidor central procesa la información de los usuarios, o las de tipo descentralizado, donde este proceso se realiza en el móvil de cada usuario. En España, por ejemplo, se ha optado por este último.

Algunos países desarrollaron este tipo de herramientas al inicio de la pandemia, muchos de ellos influidos por previas experiencias de exposiciones a otros virus respiratorios y crisis de salud pública, como en el caso de Singapur y otros países de Asia con contagios por virus como el SARS o el MERS. Sin embargo, el desarrollo e implementación de estas aplicaciones ha sido desigual en los países europeos y no están claras su utilidad real, sus ventajas respecto a los rastreadores y no están exentas de implicaciones éticas, legales y sociales como se ha visto.

Así, las *Apps* de identificación de positivos y rastreo de contactos para controlar posibles rebrotes de la COVID-19, se deben enmarcar en el ámbito de la salud pública y como una herramienta de apoyo, pero no son la solución. La posible utilización de estas *Apps* obliga a reflexionar también sobre la dependencia europea de las tecnológicas estadounidenses y sobre nuestro entusiasmo tecnológico falsamente liberador del virus. Las *Apps* no devuelven la libertad ni aseguran el turismo, o el funcionamiento de la economía, pero sobre todo no pueden concebirse como un modelo de negocio. El Estado tiene que establecer las condiciones para proteger los derechos de los ciudadanos.

Conviene centrar la atención en el factor humano, porque la relación médico-paciente y el sistema sociosanitario son cruciales. Por ello, es necesario fortalecer, como se ha dicho, la atención primaria, la vigilancia epidemiológica y mejorar la gestión de los datos, y hacer las pruebas correspondientes —nunca de forma indiscriminada⁸—. Estas medidas son más adecuadas y menos invasivas que activar el GPS o el *Bluetooth* de nuestros

⁸ AMASaP-SESPAS, *Posicionamiento AMASaP-SESPAS sobre la realización de test masivos a toda la población en relación con el SARS-CoV-2 (COVID-19)*, disponible en: <https://sespas>.

móviles. Además, se debería fomentar la investigación científica y la investigación sociológica, para conocer los datos de seroprevalencia en la población y diseñar estrategias acordes a los datos más actualizados. Un ejemplo de buenas prácticas es el estudio de seroprevalencia de Instituto de Salud Carlos III y el Instituto Nacional de Estadística, realizado en tres fases en abril, mayo y junio y cuyos resultados fueron presentados en julio de 2020.⁹

Para la identificación de positivos y rastreo de contactos, se debería priorizar la contratación de personal cualificado para realizar estas funciones; que parece más efectiva, fiable y segura que dejarlo en manos de la tecnología digital, por razones éticas, legales y fundamentalmente técnicas. Fomentar las llamadas de teléfono y el seguimiento al estilo tradicional, considerando que no toda la población tiene acceso a internet ni a dispositivos móviles, en particular aquellos más vulnerables. Conviene recordar aquí que el derecho de acceso universal a internet está reconocido en leyes europeas.¹⁰

Parece poco acertado copiar sistemas implantados en contextos que nada tienen que ver con el nuestro, ni cultural, ni social ni políticamente (Corea del Sur, Singapur o China). Se ha demostrado que para que estas *Apps* sean útiles, se las debe descargar, siempre de forma voluntaria, un porcentaje elevado de personas. La tecnología *Bluetooth*, elegida como la más adecuada para el rastreo no fue concebida para gestionar una pandemia, ni para garantizar la intimidad; puede dar lugar a falsos positivos y negativos, con la consecuente sobrecarga del sistema de salud, y plantea problemas de seguridad y hackeo nada despreciables.¹¹ Por ello, es mejor apostar por un modelo más analógico que digital, y que la red de rastreo mediante dispositivos digitales por la que se opte esté controlada por el sistema público de salud.¹²

es/2020/05/31/posicionamiento-amasap-sespas-sobre-la-realizacion-de-test-masivos-en-relacion-con-el-sars-cov-2-covid-19/.

⁹ Instituto de Salud Carlos III, Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España, 2020, disponible en: https://www.mschs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO_ENE-COVID19_INFORME_FINAL.pdf.

¹⁰ Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>.

¹¹ González, Juan *et al*, *Abriendo la caja de Pandemia: por qué necesitamos repensar el rastreo digital de contactos*, CYPRIAN: Cybersecurity, Privacy and Anonymity Lab, Universidad de Vigo, 2020, disponible en: https://www.gradient.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe-Cyprian-contact-tracing_v1-1.pdf.

¹² Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre la COVID-19 del Ministerio de Ciencia e Innovación, *Análisis del informe de la Academia de las Ciencias de Alemania y su posible aplicabilidad a la situación actual de España*, 2020, disponible en: https://www.ciencia.gob.es/stfs/MICINN/Mimisterio/FICHEROS/Doc_GTM_InformeAcadLeopo ldina_Mayo2020_GTM.pdf.

No deberíamos haber aceptado que los sistemas operativos de los teléfonos inteligentes incluyan por defecto este tipo de aplicaciones, como así ha ocurrido. En ajustes de su teléfono podrán comprobar que, con la última actualización de software, ya tienen disponible el servicio de Google y Apple “Notificaciones de exposición por COVID-19”. La plataforma permite desplegar el sistema descentralizado, al que ya se ha hecho referencia en líneas anteriores. Estas medidas pueden implicar un gran hermano digital a las puertas potenciado por la COVID-19, y no parecen en absoluto temporales, sino que se instalan, nunca mejor dicho, por defecto en las vidas de las personas.

En el caso español, la decisión sobre qué modelo adoptar y cómo probarlo e implementarlo se ha caracterizado por la falta de transparencia. A finales de mayo de 2020 se anunció una prueba piloto en Canarias; pero todavía no hay información suficiente para poder valorar las medidas propuestas y tomar decisiones libres e informadas. Esta opacidad, propia de los negocios digitales¹³ no puede aceptarse en una cuestión que afecta a la salud pública. Razones como la solidaridad o el miedo pueden dar lugar a que las personas se instalen la aplicación sin más. En octubre de 2020, tras un tiempo en el que varias comunidades autónomas han ido adaptándose a las directrices establecidas por la Aplicación (App) Radar Covid dependiente de la Secretaría de Estado para la Digitalización y la Inteligencia Artificial en el marco del Ministerio de Economía, la prensa ha dado cuenta de una serie de brechas de seguridad que permiten a terceros conocer la identidad de las personas declaradas como positivas. Entre esos terceros se encuentra Amazon. También se ha publicado que el Gobierno rechaza facilitar la documentación sobre la contratación de la citada aplicación.

En septiembre de 2020 más de 230 investigadores y académicos firmamos un manifiesto¹⁴ en favor de la transparencia en lo relativo al software público y su aplicación en el rastreo mediante aplicaciones móviles.

El Reglamento General de Protección de Datos establece la evaluación del impacto de las operaciones de tratamiento en la protección de datos personales, que debe efectuar el responsable de este en determinados supuestos, como por ejemplo ante el uso de nuevas tecnologías; tratamientos de categorías especiales de datos (datos salud, genéticos y biométricos); tratamientos que impliquen la elaboración de perfiles de personas; y/o toma de decisiones automatizada. Ante cualquiera de estas iniciativas de recogida

¹³ Pasquale, Frank, *The Black Box Society*, Harvard University Press, 2016.

¹⁴ *Manifiesto en favor de la transparencia en desarrollos de software públicos* (septiembre de 2020), disponible en: <https://transparenciagov2020.github.io/>.

de datos de salud a partir de *Apps*, habría que efectuar una evaluación del impacto de los tratamientos de forma anticipada, para valorar los aspectos éticos, legales y sociales junto a las medidas técnicas y organizativas. Así sería posible evaluar la viabilidad de las propuestas, corregir las limitaciones y anticipar riesgos, así como su mitigación. Esta evaluación no se está llevando a cabo en la mayoría de los casos, y no debe entenderse como un proceso burocrático sino como una herramienta útil que va a permitir gestionar y mitigar los riesgos relacionados con los datos personales.¹⁵

III. HACIA UN MODELO DE GESTIÓN DE DATOS FIABLE, ACCESIBLE E INTEROPERABLE Y QUE PERMITA SU REUTILIZACIÓN

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto los problemas sobre el acceso y la gestión de datos, incluidos los datos personales. Es urgente y necesario construir un modelo de datos fiable e interoperable, y que sea seguro y trazable.¹⁶ La transferencia de competencias en materia de sanidad a las CCAA no debería suponer un obstáculo. La combinación de distintos conjuntos de datos personales almacenados en bases de datos es fundamental para extraer conclusiones y tomar decisiones. Por lo tanto, el quid de la cuestión radica en qué datos se van a solicitar, cómo se van a obtener, quién va a tener acceso —y durante cuánto tiempo—, y de qué forma se van a combinar esos datos con otros datos fiables de las personas (por ejemplo, aquellos almacenados en historias clínicas digitalizadas en bases de datos altamente protegidas), para llegar a conclusiones válidas. Las encuestas asociadas a las *Apps* y la conexión de esta información con la que está almacenada en bases de datos de salud altamente protegidas no es una cuestión baladí.

Debido al desarrollo de la tecnología y a la ingente cantidad de información almacenada en bases de datos, y la que emitimos constantemente a través de los dispositivos digitales, no es posible garantizar el anonimato. Sin embargo, es frecuente afirmar que los datos personales serán anonimizados, y no es cierto, aunque esta fuera la intención. Ante esta situación, es preciso articular las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seudonimización de la información.

¹⁵ Agencia Española de Protección de Datos, *Listado de tipos de tratamientos de datos que requieren evaluación del impacto relativa a la protección de datos*, 2019, disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-09/listas-dpia-es-35-4.pdf>.

¹⁶ European Commission, *Guidelines on FAIR Data Management in HORIZON 2020*, 2016, disponible en: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/grants_manual/hi/oa_pilot/h2020-hi-oa-data-mgt_en.pdf.

Se entiende por seudonimización el “tratamiento de datos personales de manera tal que ya no puedan atribuirse a un interesado sin utilizar información adicional, siempre que dicha información adicional figure por separado y esté sujeta a medidas técnicas y organizativas destinadas a garantizar que los datos personales no se atribuyen a una persona física identificada o identificable”.¹⁷ Los datos se codifican o se seudonimizan,¹⁸ pero no es posible mantener que se anonimizan como regla general, por lo que la seudonimización debería exigirse por defecto.

En la sociedad digital guiada por el dato hemos dejado de ser anónimos para ser reidentificables. Nuestro código postal, la fecha de nacimiento y el sexo nos hacen identificables casi en un 100%.¹⁹ Las primeras aplicaciones móviles propuestas para la detección y seguimiento de síntomas en Madrid (*CoronaMadrid*) y Cataluña (*STOP COVID-19 CAT*) fueron criticadas porque, por ejemplo, para iniciar la sesión solicitaban la tarjeta sanitaria, y la ubicación, y estaban desarrolladas por terceros ajenos al ámbito de la salud pública con acceso a datos personales. Así, se deben priorizar aquellas propuestas que aseguren que no es posible identificar a las personas.

La gestión de la pandemia por COVID-19 no puede suponer la institucionalización del poder de las grandes tecnológicas, tampoco puede implicar un control absoluto del Estado sobre nuestro comportamiento. Hay que asumir que el riesgo cero no existe y que las propuestas locales serán inútiles. No existe acuerdo sobre una *App* europea para la identificación de positivos y el rastreo de contactos y, sin embargo, la Unión Europea anuncia que aplicará la biometría facial para controlar las fronteras en Europa en menos de dos años.²⁰ Es necesario revisar la tendencia a aplicar estas tecnologías tan invasivas y también la tendencia a la elaboración de perfiles de personas. Hay que evitar la excesiva dependencia de las tecnológicas, y en particular, de Europa hacia EEUU. El Estado debería establecer las condiciones para garantizar la protección de las personas y cambiar las reglas de

¹⁷ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed., versión 23.3 en línea, <https://dle.rae.es>.

¹⁸ Reglamento relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). R. (UE) 2016/679 (27 abril 2016).

¹⁹ Sweeney, Latanya, *Simple demographics often identify people uniquely*, Carnegie Mellon University, Data Privacy Working Paper 3, Pittsburgh, 2000.

²⁰ “La Unión Europea prepara una base de datos biométrica”, *La Vanguardia*, 6 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200606/481629030064/la-ue-prepara-base-de-datos-biometrica-controlar-fronteras-schengen.html>.

juego imperantes centradas en la acumulación, explotación y monetización de datos personales.²¹

Fomentar la alfabetización digital debería ser una prioridad, y desde la escuela, para evitar asimetrías entre la información que acumulan terceros sobre nosotros, por la información de la que disponen y el conocimiento sobre sus datos y, por lo tanto, el control sobre los mismos por parte de su titular. De hecho, la Ley de Protección de Datos Personales y de Garantías Digitales, de España, de 2018 establece el derecho a la educación digital (art. 83). Además, hay que informar a los titulares de los datos personales acerca de quién, por qué, cómo y durante cuánto tiempo se accede a sus datos y los resultados por razones de salud pública de forma clara e inteligible, permitiendo el ejercicio de los derechos reconocidos en la normativa aplicable.

IV. EL PASAPORTE INMUNOLÓGICO

El pasaporte inmunológico o serológico se ha propuesto como un documento digital acreditativo de haber pasado la COVID-19, y que, por tanto, otorgaría a quien lo poseyera la posibilidad de realizar actividades que en tiempo de restricciones y confinamiento no están permitidas para todos. Trabajar de manera presencial, acudir a locales de ocio o restauración, desplazamiento entre localidades con confinamientos en activo, etcétera. Los defensores de esta propuesta la plantean como una opción para aquellas personas que, por estar teóricamente inmunizadas, pueden circular de manera libre sin suponer un peligro para los demás.

El pasaporte inmunológico debería descartarse por falta de evidencia científica y por ser incompatible con la protección de los derechos y libertades en nuestro contexto. Actuar en favor del interés colectivo y por razones de salud pública no puede anular derechos y condicionar nuestra libertad. El pasaporte serológico, que se ha llegado a plantear como una medida que nos permitiría recuperar nuestra vida en sociedad, ha sido rechazado por la OMS por falta de evidencia científica. Este es incompatible con la normati-

²¹ European Data Protection Board, *Guidelines 03/2020 on the processing of data concerning health for the purpose of scientific research in the context of the COVID-19 outbreak*, 2020, disponible en: https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file1/edpb_guidelines_202003_healthdatascientificresearchcovid19_en.pdf, y European Data Protection Board, *Guidelines 04/2020 on the use of location data and contact tracing tools in the context of the COVID-19 outbreak*, 2020, disponible en: https://edpb.europa.eu/our-work-tools/our-documents/guidelines/guidelines-042020-use-location-data-and-contact-tracing_en.

va europea de protección de datos, entre otras, y, en definitiva, es contrario a la protección de los derechos y libertades fundamentales. Es una medida discriminadora y estigmatizante que, a efectos prácticos, animaría a las personas a contagiarse para obtener el semáforo verde. Haber pasado la COVID-19 no garantiza la inmunidad,²² y es contrario al principio de respeto por las personas, beneficencia y justicia.

El portavoz del Ministerio de Sanidad en el contexto de la epidemia por coronavirus en España, Fernando Simón, en una de sus habituales comparecencias se quedaba pasmado y con razón, ante la pregunta de un periodista sobre la posibilidad de incluir en el *currículum vitae* información sobre la inmunidad de las personas.²³ Una inmunidad que, como se ha dicho, no puede garantizarse. Lo más preocupante es que noticias en algunos medios, en particular en sección negocios, plantean una suerte de DNI sanitario con tecnología *blockchain* para la vuelta al trabajo,²⁴ dando por hecho que la COVID-19 habilita para tomar cualquier medida digital, aunque sea contraria a los derechos y libertades también en el ámbito laboral.

Parece que grandes consultoras y *Start-ups* apuestan por este tipo de certificados (códigos QR) para trabajadores, a los que podrían acceder empresarios y centros de salud y hospitalarios mediante una aplicación, que en estos momentos estaría en fase de validación por parte de las autoridades. Un modelo de negocio que podría ser de interés hasta para fondos de inversión —ahora que dejan de invertir en residencias de mayores—,²⁵ y que anularía cualquier libertad, trayendo consigo una vigilancia intensiva con medidas tan inmediatas como rentables, enmarcadas incluso en la prevención de riesgos laborales.

²² Kofler, Natalie y Baylys, Françoise, “Ten reasons why immunity passports are a bad idea Restricting movement on the basis of biology threatens freedom, fairness and public health”, *Nature comment*, 2020, disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01451-0>.

²³ Fernando Simón: No es moral incluir en el curriculum si estás inmunizado, *La Vanguardia*, 16 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200516/481181834313/pandemia- inmunidad-curriculum-simon.html>.

²⁴ Un DNI sanitario con tecnología *blockchain* para la vuelta al trabajo, *La Vanguardia*, 10 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.pressreader.com/spain/la-vanguardia- dinero/20200510/281822875974758>.

²⁵ Residencias de mayores: un negocio en cuestión que factura 4.500 millones. La mortalidad en los centros para ancianos ha puesto el foco en estas instituciones, que habían atraído al capital riesgo por su alta rentabilidad, *El País Negocios*, 2 de mayo de 2020, disponible en: <https://elpais.com/economia/2020-05-02/residencias-de-mayores-cuando-la-busqueda-de-beneficios-devalua-la-calidad-de-los-servicios.html>.

V. LA EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD

La investigación es el pilar del sistema de salud. Es necesario destinar más presupuesto para aumentar los recursos humanos y materiales; efectuar una revisión de la priorización de las líneas de investigación para que sean socialmente valiosas y, sobre todo, desarrollar pautas comunes para su adecuada evaluación por parte de los comités de ética de la investigación (CEI).

Mi experiencia en tanto que miembro de distintos CEI, permite explicar aquí las cuestiones no resueltas en la evaluación de proyectos de investigación e innovación en salud en los que se utilizan datos personales y ante la aplicación de inteligencia artificial, *Big Data*, biometría y el desarrollo de *Apps* y otros dispositivos digitales. Evaluación que recae fundamentalmente en estos órganos colegiados e interdisciplinarios. La COVID-19 ha evidenciado que se trata de un modelo de evaluación ineficaz y obsoleto. El principal problema es que los CEI, en tanto que mecanismos de protección de los derechos de las personas, no se han adaptado al cambio de paradigma que supone la digitalización y que se asienta en la explotación de conjuntos de datos personales.²⁶

En situación de pandemia por COVID-19 los CEI trabajan bajo presión y se les exige una rápida evaluación de los numerosos proyectos de investigación e innovación que se presentan. En los centros hospitalarios y de investigación, la COVID-19 ha provocado un aluvión de propuestas, ensayos clínicos, otros tipos de investigaciones biomédicas, y especialmente, proyectos para el desarrollo de sistemas de predicción y gestión de la COVID-19. En tiempos de pandemia no se pueden relajar los estándares de protección, y se necesitan pautas para evaluar adecuadamente si los tratamientos de datos personales propuestos cumplen con los requisitos éticos y legales aplicables. La responsabilidad de los CEI es clara, los proyectos deben ser científicamente válidos y socialmente valiosos.

Ejemplos son sistemas de predicción de COVID-19 basados en la programación de algoritmos, que se alimentan de distintos conjuntos de datos personales almacenados en historias clínicas y en otras bases de datos, así como de aquella información remitida por los titulares de los datos en dis-

²⁶ De Lecuona, Itziar, "Evaluación de los aspectos metodológicos, éticos, legales y sociales de proyectos de investigación en salud con datos masivos (big data)", *Gaceta Sanitaria*, vol. 32, núm. 6, noviembre-diciembre de 2018) pp. 576-578, DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.02.007, disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-evaluacion-los-aspectos-metodologicos-eticos-articulo-S0213911118300864>.

tintos formatos. También proliferan las *Hackatones* o retos para desarrollar algoritmos como parte de proyectos para, por ejemplo, predecir el riesgo a desarrollar determinada patología.

Son diversos los terceros interesados en realizar proyectos de investigación e innovación basados en la aplicación de la citada convergencia de tecnologías. El objetivo es aumentar el conocimiento disponible, desarrollar intervenciones personalizadas y mejorar la toma de decisiones. Así, en salud se plantean propuestas que pueden estar fundamentadas en protocolos de investigación, y otras, para innovar en el ámbito asistencial que comparten el reto de asegurar que protegen la intimidad de los titulares de los datos personales que necesitan tratar.

A dos años de la aplicación del Reglamento General de Protección de Datos, la pandemia por COVID-19 ha puesto a prueba la capacidad de los CEI para evaluar, y también ha puesto de manifiesto su incumplimiento. Los CEI necesitan un desarrollo normativo con carácter urgente sobre las competencias, funciones, constitución, acreditación, composición y funcionamiento, que está pendiente desde la Ley española de Investigación Biomédica del año 2007. Y se debería revisar el sistema de control por parte de la administración. Es también urgente desarrollar pautas y homogeneizar las cuestiones que los CEI deben evaluar, para evitar que oportunistas abran mercados de datos personales disfrazados de investigación e innovación en salud.

Es aconsejable crear comités de ética de la innovación,²⁷ y mientras no se priorice cubrir esta necesidad, los CEI seguirán al límite. A la falta de recursos humanos y materiales, se les suma una sobrecarga evidente: seguirán evaluando proyectos de investigación al uso, y además iniciativas provenientes de las áreas de innovación de hospitales y centros de investigación basadas en la citada convergencia de tecnologías, sin la comprensión ni las pautas adecuadas para evaluar los tratamientos de datos personales.

Es también urgente asegurar la independencia de los CEI, que no se crean para secundar intereses espurios, sino para proteger a las personas. El aval ético de estos proyectos viene determinado por el dictamen favorable de los CEI correspondientes, que no están preparados, fundamentalmente por su composición y por la falta de directrices comunes y procedimientos de trabajo para evaluar adecuadamente las propuestas. La necesidad de identificar y evitar los conflictos de intereses es también apremiante.

²⁷ Ossit, Alan, “Why health care organizations need technology ethics committees”, *Bioethics Forum, The Hastings Center Blog*, 5 de febrero de 2020, disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/why-health-care-organizations-need-technology-ethics-committees/>.

En determinados supuestos, como es el caso de los tratamientos de especiales categorías de datos como los de salud, genéticos, biométricos; tratamientos que impliquen elaboración de perfiles de personas; y/o toma de decisiones automatizada, entre otros, los CEI deben comprobar que el proyecto ha sido sometido a la evaluación del impacto de los tratamientos de datos personales propuestos en las personas afectadas, mediante el recurso a unas metodologías. Esta evaluación que compete al investigador principal y que los CEI deben revisar, no se está llevando a cabo en la mayoría de los casos. La figura del Delegado de Protección de Datos establecida por el Reglamento General de Protección de Datos ha sido incorporada en muchos casos sin respetar su espíritu independiente y sin exigir la correspondiente especialización.

Un error común detectado en las memorias de los proyectos, y en la información y el consentimiento informado para los potenciales participantes, es indicar que los datos se anonimizan, cuando del análisis de los tratamientos de datos personales se constata que se seudonimizan o codifican.²⁸ Los CEI deben comprobar las técnicas previstas para los tratamientos de datos personales para asegurar que no se reidentifica a las personas.

Todas estas cuestiones, eminentemente técnicas requieren contar con expertos o asesores en el CEI que, de forma independiente, permitan comprobar que las propuestas son adecuadas y pertinentes. Deberían incorporarse a los CEI especialistas en inteligencia artificial, ciencia de los datos, bioingeniería y otros perfiles capaces de completar la interdisciplinariedad que se requiere para una adecuada evaluación.

Una cuestión clave, en línea con la ciencia abierta que Europa también propugna, es evaluar cómo se obtienen, procesan y se generan nuevos datos en el marco de un proyecto; qué ocurrirá una vez acabado y si se van a compartir en abierto. Para conocer estas cuestiones y las fórmulas para que los datos se puedan encontrar, sean accesibles, interoperables y reutilizables debería exigirse un Plan de Gestión de Datos de cada uno de los proyectos.

VI. CONCLUSIONES

Las medidas que se tomen en tiempos de pandemia deben ser proporcionales a los fines que se persiguen, respetuosas con los derechos de las personas y

²⁸ European Commission, *Ethics and Data Protection*, Horizon2020, 2018, disponible en: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/grants_manual/hi/ethics/h2020_hi_ethics-data-protection_en.pdf.

temporales. La tendencia a la mercantilización de datos personales ha de ser contrarrestada con nuevas estructuras de gobernanza que alineen los intereses de los actores implicados. Es además necesario evitar la excesiva dependencia de las grandes tecnológicas, fundamentalmente estadounidenses. Por ello, es urgente que Europa invierta en el desarrollo de infraestructuras públicas para la gestión de datos, construyendo un modelo que permita su acceso y combinación en condiciones de seguridad, fiabilidad, trazabilidad y calidad; su interoperabilidad y reutilización.

La salud pública y la atención primaria han de ser reforzadas con personal capacitado para hacer el rastreo de contactos, utilizando la tecnología digital como apoyo a las tareas, no como solución. La implementación de las aplicaciones de identificación de positivos y rastreo de contactos plantea cuestiones técnicas, éticas, legales y sociales de calado, y en particular, un posible gran hermano digital si no se activan mecanismos para exigir transparencia y rendición de cuentas por parte del estado y de los distintos agentes que intervienen. Lamentablemente no puede afirmarse que España sea un ejemplo de buenas prácticas en digitalización para la gestión de la pandemia.

El modelo evaluador de la investigación e innovación en salud —gestado en la segunda mitad del siglo XX— debe ser objeto de revisión porque ha quedado obsoleto en la sociedad digital. Los CEIs, sobre los que recae el peso de la evaluación de los aspectos metodológicos, éticos, legales y sociales tienen que modificar su composición: incorporar nuevos perfiles para hacer frente a los retos de la sociedad digital así como desarrollar pautas y procedimientos para asegurar que se respetan los derechos de las personas ante la utilización de tecnologías emergentes y la explotación de conjuntos de datos personales.

Propuestas tan invasivas como el pasaporte inmunológico deben descartarse por ser desproporcionadas e incompatibles con la protección de los derechos y libertades, y además no tienen evidencia científica. Los Estados deben fomentar la alfabetización digital, de tal forma que sea posible evitar asimetrías entre los titulares de los datos personales y los terceros que interviene en estos procesos de explotación de datos personales, en especial, en investigación e innovación en salud.

VII. FUENTES DE CONSULTA

AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS. *Listado de tipos de tratamientos de datos que requieren evaluación del impacto relativa a la protección de datos,*

- 2019 disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-09/listas-dpia-es-35-4.pdf>.
- AMaSaP- SESPAS, *Posicionamiento AMaSaP- SESPAS sobre la realización de test masivos a toda la población en relación con el SARS-Cov-2 (Covid 19)*, disponible en: <https://sespas.es/2020/05/31/posicionamiento-amasap-sespas-sobre-la-realizacion-de-test-masivos-en-relacion-con-el-sars-cov-2-covid-19/>.
- CASADO, María *et al.*, *Declaración sobre integridad científica en investigación e innovación responsable*, Barcelona-Porto, Edicions de la Universitat de Barcelona, 2016, disponible en: <http://www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioEtica-Dret/documents/08489.pdf>.
- Directiva (UE) 2019/1024 del Parlamento europeo y del consejo del 20 de junio de 2019 relativa a los datos abiertos y la reutilización de la información del sector público (versión refundida).
- EUROPEAN COMMISSION, *Guidelines on FAIR Data Management*, 2016, disponible en: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/grants_manual/hi/oa_pilot/h2020-hi-oa-data-mgt_en.pdf.
- EUROPEAN COMMISSION, Ethics and Data Protection, Horizon. 2020, 2018, disponible en: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/grants_manual/hi/ethics/h2020_hi_ethics-data-protection_en.pdf.
- EUROPEAN DATA PROTECTION BOARD, *Guidelines 03/2020 on the processing of data concerning health for the purpose of scientific research in the context of the COVID-19 outbreak*, 2020, disponible en: https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file1/edpb_guidelines_202003_healthdatascientificresearchcovid19_en.pdf.
- EUROPEAN DATA PROTECTION BOARD, *Guidelines 04/2020 on the use of location data and contact tracing tools in the context of the COVID-19 outbreak*, 2020, disponible en: https://edpb.europa.eu/our-work-tools/our-documents/guidelines/guidelines-042020-use-location-data-and-contact-tracing_en.
- EUROPEAN UNION, *Responsible Research and Innovation-HORIZON 2020*, disponible en: <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/h2020-section/responsible-research-innovation>.
- EUROPEAN UNION, *What can big data do for you*, disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/what-big-data-can-do-you>.
- GONZÁLEZ, Juan *et al.*, *Abriendo la caja de Pandemia: por qué necesitamos repensar el rastreo digital de contactos*, CYPRIAN: Cybersecurity, Privacy and Anonymity Lab, Universidad de Vigo, 2020, disponible en: https://www.gradient.org/wp-content/uploads/2020/05/Informe-Cyprian-contact-tracing_v1-1.pdf.
- GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR SOBRE LA COVID19 DEL MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN, *Análisis del informe de la Academia de las*

- Ciencias de Alemania y su posible aplicabilidad a la situación actual de España*, 2020, disponible en: https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Doc_GTM_InformeAcadLeopoIldina_Mayo2020_GTM.pdf.
- HIGH LEVEL EXPERT GROUP ON ARTIFICIAL INTELLIGENCE, European Union, *Ethics Guidelines for Trustworthy AI*, 2019 disponible en: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ethics-guidelines-trustworthy-ai>.
- INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, *Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España*, 2020, disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO_ENE-COVID19_INFORME_FINAL.pdf.
- KOFLER, Natalie y BAYLYS, Françoise, “Ten reasons why immunity passports are a bad idea Restricting movement on the basis of biology threatens freedom, fairness and public health”, *Nature comment*, 2020, disponible en: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01451-0>.
- LECUONA, Itziar de, “El valor de los datos personales de salud en la sociedad digital”, en GARCÍA MANRIQUE, Ricardo (coord.), *El cuerpo diseminado, Estatuto, uso y disposición de los biomateriales humanos*, Editorial Aranzadi, Cizur Menor, 2018.
- LECUONA, Itziar de, “Evaluación de los aspectos metodológicos, éticos, legales y sociales de proyectos de investigación en salud con datos masivos (big data)”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 32, núm. 6, noviembre-diciembre de 2018, DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.02.007, disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-evaluacion-los-aspectos-metodologicos-eticos-articulo-S0213911118300864>.
- LECUONA, Itziar de y VILLALOBOS, María José, “La tendencia a la mercantilización de partes del cuerpo humano y de la intimidad en investigación con muestras biológicas y datos (pequeños y masivos)”, en CASADO, María (coord.), *De la solidaridad al mercado*, Editorial Fontamara, México, 2016, disponible en acceso abierto en www.bioeticayderecho.ub.edu.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>.
- MAZZUCATO, Mariana, *El estado emprendedor*, Barcelona, RBA Economía, 2019.
- MAZZUCATO, Mariana, Preventing digital feudalism, *Social Europe*, 2019, disponible en: <https://www.socialeurope.eu/preventing-digital-feudalism>.
- OSSIT, Alan, “Why health care organizations need technology ethics committees”, *Bioethics Forum, The Hastings Center Blog*, 5 de febrero de 2020, disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/why-health-care-organizations-need-technology-ethics-committees/>.

- PASQUALE, Frank, *The Black Box Society*, Harvard University Press, 2016.
- WILKINSON, Mark *et al.*, “The FAIR Guiding Principles for scientific data management and stewardship”, *Scientific Data* 3, 160018, 2016, DOI. org/10.1038/sdata.2016.18.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed., versión 23.3 en línea, <https://dle.rae.es>.
- Reglamento relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). R. (UE) 2016/679 (27 abril 2016).
- SWEENEY, Latanya, *Simple demographics often identify people uniquely*, Carnegie Mellon University, Data Privacy Working Paper 3, Pittsburgh, 2000.

GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

DE POR QUÉ UN BUEN ANÁLISIS TEÓRICO PUEDE SER RELEVANTE. ¿CÓMO ENTENDER EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD EN TIEMPOS DE COVID?

Florencia LUNA

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *¿En qué consiste la visión tradicional?* III. *¿Cómo se puede entender el concepto de vulnerabilidad?* IV. *¿Cómo se relaciona esta concepción de la vulnerabilidad con la pandemia de COVID-19?* V. *Repensando la vulnerabilidad: los gatillos o condiciones estímulo.* VI. *Repensando la vulnerabilidad: el efecto cascada.* VII. *Repensando la vulnerabilidad: evaluación y práctica.* VIII. *Palabras finales.*

I. INTRODUCCIÓN

Si bien el concepto de vulnerabilidad se discute y argumenta en la bioética —sobre todo al inicio— desde la ética de la investigación, también es un concepto fundamental para la ética de la salud pública. Desde ese lugar, tiene suma relevancia a la hora de pensar el impacto de la actual pandemia y sus conexiones con la vulnerabilidad.

En este trabajo presento un análisis teórico del concepto de vulnerabilidad. Además, argumento que es importante tener una correcta conceptualización del mismo y que el concepto “tradicional” de vulnerabilidad no es el más adecuado. Sostengo que mi propuesta no sólo resulta interesante teóricamente sino que también permite colaborar con la práctica para identificar, evaluar y priorizar ciertas vulnerabilidades. Además, trato de mostrar cómo mi concepción de vulnerabilidad sirve para dar cuenta de nuevas vulnerabilidades que se presentan con la actual pandemia.

En este artículo expongo, en primer término, lo que se ha considerado la concepción tradicional de este concepto. En segundo lugar, señalo algunos de los problemas que implica. Luego presento mi propia concepción de la noción de vulnerabilidad así como los últimos planteos teóricos que he

formulado (el efecto cascada y las condiciones estímulo). También muestro cómo puede trabajarse con estos elementos teóricos en el ámbito práctico y cómo esta concepción de vulnerabilidad puede resultar interesante y dar cuenta de algunos desafíos que nos presenta la pandemia de COVID-19 actualmente.

II. ¿EN QUÉ CONSISTE LA VISIÓN TRADICIONAL?

La visión tradicional se basa en lo que se denomina el enfoque “subpoblacional”. Con frecuencia se hace referencia a “poblaciones vulnerables”. Esto se puede percibir por ejemplo en las Guías (CIOMS 2002).¹ Y, si bien actualmente tenemos una nueva versión de estas pautas (CIOMS 2016),² que toma en cuenta la propuesta que aquí analizaremos,³ esta concepción de subpoblación sigue estando presente en el lenguaje ordinario.

La concepción tradicional permea el lenguaje ordinario. Es más, el lenguaje cotidiano nos lleva a utilizar esta terminología ya que resulta más simple y supuestamente más “intuitivo”. Sin embargo, aún si puede ser que resulte más fácil hablar en estos términos deberíamos tratar de ser más conscientes de sus implicancias.

¿Qué planteaban entonces las Pautas de la CIOMS? En el 2002 cuando prácticamente no se había cuestionado este concepto, estas guías consideraban la existencia de tres grupos de poblaciones vulnerables:

1. Aquellas/os con capacidad limitada para consentir, (niñas/os, personas con desórdenes mentales o prisioneros/as);

¹ Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002, *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*, Ginebra.

² Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016 *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*, Ginebra.

³ La última versión de las Pautas de la CIOMS toma mi concepción de vulnerabilidad si bien no utiliza el término “capas de vulnerabilidad”. El artículo que presenta las nuevas Pautas (van Delden J. y van der Graaf R., “Revised CIOMS International Ethical Guidelines for Health Related Research Involving Humans”, *JAMA*, 2016, 6 de diciembre, DOI:10.1001/jama.2016.18977) señala los cambios que se introducen en las Pautas del 2016, entre ellos señalan problemas en el concepto de vulnerabilidad y citan mi artículo (Luna, F. y Vanderpoel, S., “Not the usual suspects: addressing layers of vulnerability”, *Bioethics*, vol. 27, núm. 6, 2013, pp. 325-332) como el enfoque adecuado que seguirán las Pautas.

2. miembros subordinados (estudiantes de medicina, enfermería, soldados...), y
3. otros grupos o clases (personas en geriátricos, recibiendo ayuda social, desempleados/as, minorías étnicas, refugiados/as, pacientes con enfermedades incurables, etcétera).

Ahora bien, ¿qué problemas se plantearon a partir de esta visión tradicional basada en un enfoque poblacional? Esta concepción fue criticada por resultar demasiado abarcativa: prácticamente todas las personas pertenecían a grupos vulnerables. Esto generaba una superpoblación de grupos vulnerables.

Uno de los problemas señalados era que si se trataba de un concepto tan amplio y todos/as somos vulnerables, no tiene sentido establecer protecciones especiales (como se hace en investigación). Eso llevó a un grupo muy reconocido de bioeticistas estadounidenses⁴ a plantear que este uso tan amplio del concepto de vulnerabilidad era muy nebuloso como para tener sentido. Y, si bien, en parte sus críticas tienen sentido y se necesita una mejor conceptualización de este término; ellos terminan prácticamente dejando de lado este concepto que —a mi criterio— es fundamental.

Otro de los problemas de este enfoque sub-poblacional es que torna esencial al concepto de vulnerabilidad: brinda condiciones necesarias y suficientes para pertenecer o no a tales grupos. Esta concepción supone, además, una visión paradigmática del sujeto de investigación (aquella del adulto normal, relativamente alfabetizado, con una comprensión media, que puede consentir una investigación, etcétera). Este sujeto de investigación ideal o supuesto funciona como línea de base. Aquellos/as que no cumplen con este estereotipo se consideran como una población vulnerable. En este sentido una de las críticas que se formula es que rotula y estigmatiza ya que una vez que se establece que alguien es vulnerable es muy difícil salir de esa posición. A raíz de esto se puede caracterizar esta posición como funcionando con una metáfora de etiquetas.⁵ Por ello otra de las críticas a esta forma de conceptualizar la vulnerabilidad es que rotula y estigmatiza.

⁴ Levine, C., Faden, R., Grady, C., Hammerschmidt, D., Eckenwiler, L., Sugarman, J., The Limitations of “Vulnerability” as a Protection for Human Research Participants, *American Journal of Bioethics*, 4 (3), 2004, pp. 44-49.

⁵ Luna, F., “Identifying and evaluating layers of vulnerability—a way forward”, *Developing World Bioethics*, 19, 2019, p. 87.

III. ¿CÓMO SE PUEDE ENTENDER EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD?

En mi artículo “Elucidating the Concept of Vulnerability. Layers not labels”⁶ critico esta visión tradicional y planteo, en cambio, que este concepto debe entenderse como dinámico y relacional. Allí argumento que no se trata de un concepto de “todo o nada”, no debe ser considerado como una etiqueta, sino que está vinculado al contexto y a las circunstancias. Éstos delinear su alcance y las formas de concebirlo. Esta concepción alternativa a una visión basada en sub- poblaciones no brinda condiciones necesarias y suficientes, se trata de una visión no esencialista que desafía una visión rígida.

En ese artículo propongo pensar a este concepto a través de la metáfora de las capas de vulnerabilidad. Éstas son múltiples y diferentes, pueden quitarse capa por capa. No hay una “única y sólida vulnerabilidad” que agotaría la categoría. Por el contrario, pueden coexistir diferentes tipos de vulnerabilidades, diversas capas de vulnerabilidad volviendo a la persona más y más vulnerable.

IV. ¿CÓMO SE RELACIONA ESTA CONCEPCIÓN DE LA VULNERABILIDAD CON LA PANDEMIA DE COVID-19?

Mi concepción de la vulnerabilidad (basada en diferentes estratos y relacionada con el contexto) puede explicar por qué el personal de salud (médicos/as, etcétera) puede considerarse vulnerable o susceptible de padecer una capa de vulnerabilidad con el COVID-19. Si bien, generalmente, se trata de un grupo de personas que tiene educación y ciertas posibilidades socio-económicas que los ubicaría, según la concepción tradicional, como un colectivo que no resulta vulnerable; esta pandemia los torna vulnerables. La situación contextual varía y la exposición a un virus tan contagioso así como las condiciones de los sistemas de salud, muchos de los cuales carecen de recursos adecuados de protección, hacen que el equipo de salud adquiera una capa de vulnerabilidad. Lo interesante es ver cómo con esta nueva conceptualización de la noción de vulnerabilidad se puede explicar claramente este fenómeno: la vulnerabilidad no es una propiedad esencial, el contexto la determina. Así

⁶ Luna, F., “Elucidating the Concept of Vulnerability. Layers not Labels”, *International Journal of Feminist Approaches of Bioethics*, vol. 2, núm. 1, 2009. Una versión en castellano es “Vulnerabilidad: la metáfora de las capas”, *Revista Lexis-Nexis, Jurisprudencia Argentina*, número especial, IV, 2008, Buenos Aires, pp. 60-67.

dependiendo de las circunstancias ciertas poblaciones que habitualmente no consideramos vulnerables pueden llegar a serlo.⁷ Pero, como se mostrará más adelante, también permite explicitar que hay diferentes tipos o “grados” de vulnerabilidad.

Con el COVID-19 también vemos como si bien la población vulnerable consiste en —supuestamente los adultos mayores—, otros grupos como algunas mujeres, niñas, minorías étnicas o grupos de escasos recursos (a los que originalmente no se consideró población vulnerable porque son una población joven y, en teoría, pueden superar sin mayores inconvenientes el COVID-19) son tan o más afectados. Y esto se puede explicar fácilmente considerando que estas personas o grupos padecen una gran cantidad de capas de vulnerabilidad. La metáfora de las capas muestra que los grupos y personas que resultan vulnerables pueden ir variando. Según como resulte el contexto pueden acumular capas de vulnerabilidad y resultar cada vez más vulnerables. Por ejemplo, en EEUU las muertes por COVID-19 son altísimas en la comunidad afroamericana. En Milwaukee tres cuartos de las muertes se dieron en la población afroamericana y en Saint Louis (al momento de la escritura del editorial que se cita) todas las muertes salvo la de tres personas eran de afroamericanos.⁸ Así a la etnia, se le agrega la situación de pobreza, las dificultades para poder trabajar en modo de “teletrabajo”, etcétera... Lo mismo sucede con muchas poblaciones originarias a las cuales se les añade que padecen de otras comorbilidades como la diabetes o problemas cardíacos. O la inmunodepresión de algunas personas con VIH/sida. De esta manera se puede comprender cómo la pandemia entrelaza un conjunto de situaciones que van volviendo más y más vulnerables a esas personas.

Otro ángulo que muestra la relevancia del contexto en el análisis de la vulnerabilidad es el impacto de las políticas de salud pública en las vidas de las personas y cómo estas políticas pueden tornar más vulnerables a ciertas personas. Por ejemplo, una política universalmente implementada fue el aislamiento social voluntario u obligatorio. El punto a considerar es la con-

⁷ Por ejemplo en el artículo Luna, F., “Vulnerabilidad y las mujeres de clase media: el caso de la sangre de cordón umbilical”, *Perspectivas Bioéticas*, año 16, núm. 30, 2011. pp. 13-33, argumento algo parecido respecto de las mujeres embarazadas de clase media y el impacto que tiene en ellas la publicidad y los diferentes mecanismos de “imposición social” de los bancos de colecta de sangre de cordón umbilical.

⁸ Van Dorn, AV, Cooney, R. E., Sabin, M. L., “COVID-19 exacerbating inequalities in the US”, *The Lancet*, 395 (10232), 2020, pp. 1243 y 1244, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162639/>.

secuencia que esta política puede implicar en ciertos grupos. Un dato relevante es el que el 23 de marzo del 2020 reportó UNICEF.⁹ Señaló que en Latinoamérica y el Caribe más de 154 millones de niños no estaban yendo, temporalmente, a la escuela. El punto va mucho más allá de la pérdida de la escolaridad, ya que 85 millones de niños de la región se benefician con planes alimenticios y para 10 millones de ellos resultan la fuente más confiable de alimentación diaria. Así no se trata sólo de comorbilidades, a esto hay que sumar otras dimensiones psico-sociales que explicitan esta dialéctica entre contexto, política pública y vulnerabilidad.

El abanico de posibilidades es bastante amplio. Por ejemplo, por el confinamiento se puede perder el trabajo y con ello dejar de tener recursos alimentarios (pensemos en los trabajadores informales). Téngase en cuenta que en la India más del 80% de los trabajadores son informales y cómo este tipo de restricciones impacta en la gente. Respecto de la informalidad, la dificultad de acatar el confinamiento y el peso de esto en las familias vemos que no se trata sólo de la India sino que también la misma situación afecta a la mayoría de nuestros países. La falta de recursos alimentarios puede traer otras consecuencias y retrotraernos al plano físico y médico, por ejemplo en Malawi existe un programa para dar tratamiento antirretroviral. Teniendo en cuenta el alcance a un millón de personas, en el 2018 se había llegado a cubrir un 79% de las personas; ahora a raíz de la falta de seguridad alimentaria más de un 45% de las personas abandonaron el tratamiento anti-retroviral.¹⁰

De esta manera se puede observar que la forma en la que la pandemia afecta a las diferentes personas y grupos va variando y, en algunos casos, se van adicionando más y más capas de vulnerabilidad. Así se puede percibir cómo se va sumando capa sobre capa, cada una implicando diferentes dimensiones (de salud, de género, social, económica... sobre aquellas personas que ya padecen co-morbilidades). En este sentido la metáfora de las capas permite dar cuenta de la multiplicidad de dimensiones involucradas y ya veremos cómo algunas de ellas pueden tener efectos especialmente nocivos. Estas situaciones nos llevarán —como se apreciará luego— a analizar cómo debemos evaluarlas y a cuáles dar prioridad. Puntos esenciales para la salud pública.

⁹ The Lancet, “Editorial. Redefining vulnerability in the era of Covid-19”, *The Lancet*, (395), 4 de abril, 2020.

¹⁰ The Lancet HIV, “The syndemic threat of food insecurity and HIV”, *The Lancet HIV*, 7(2), 2020, e75.

V. REPENSANDO LA VULNERABILIDAD: LOS GATILLOS O CONDICIONES ESTÍMULO

Recientemente, he vuelto a reflexionar sobre este concepto para avanzar en su elucidación y posible aplicación práctica.¹¹ Así complementé lo que ya había trabajado desde el 2008 (aquí no presentaré la relación de mi concepción con diferentes definiciones sobre vulnerabilidad que se han brindado).¹² En este trabajo, en cambio, me centraré en dos nuevos conceptos clave que introduzco en tal artículo.¹³ La idea era entender cómo funciona el concepto de vulnerabilidad desde la ética de la investigación y la evaluación de protocolos y también pensar cómo las políticas públicas afectan o inciden en las diferentes capas de vulnerabilidad que pueden superponerse y abarcar diferentes dimensiones. Por ejemplo, examinar si había algún criterio a tener en cuenta a la hora de evaluar y jerarquizar o decidir por donde comenzar: cuál capa de vulnerabilidad atacar primero. Uno de los objetivos era poder identificar las capas más dañinas y más probables para prevenir que operen. También creía relevante presentar algunas obligaciones ya sea para evitar exacerbar vulnerabilidades existentes como para intentar erradicar o minimizar tales capas.

En función de tales objetivos, en primer lugar argumenté que el concepto de vulnerabilidad es un concepto disposicional. Lo interesante de esta forma de abordaje es poder comprender cómo funciona el concepto. Ser vulnerable o padecer una capa de vulnerabilidad señala que una persona puede ser dañada, abusada, explotada, etcétera. Y habrá circunstancias que pueden hacer esto más o menos factible. Sin embargo, una persona no necesita ser dañada, abusada, explotada para ser considerada una persona vulnerable. Es más si se la daña, abusa o explota ya no es más vulnerable sino alguien dañado, abusado o explotado: ha sido vulnerado. Así pues, la posibilidad de ser vulnerado es lo relevante. Y esto es crucial. Lo que muestra es que la vulnerabilidad manifiesta una propiedad disposicional —que si bien fue reconocida por algunas autoras—¹⁴ no ha sido suficientemente destacado en el análisis y funcionamiento de este concepto.

¹¹ Luna, F., “Identifying and evaluating layers of vulnerability—a way forward”, *Developing World Bioethics*, 19, 2019, pp. 86-95.

¹² Para una elaboración de ese punto véase Luna, F., “Identifying and evaluating layers of vulnerability—a way forward”, *Developing World Bioethics*, 19, 2019, pp. 86-95.

¹³ *Idem*.

¹⁴ Hurst, S., “Vulnerability in research and health care. Describing the elephant in the room?”, *Bioethics*, 22 (4), 2008, pp. 191-202.

Ahora bien, ¿qué características tienen los conceptos disposicionales? Un ejemplo clásico de disposicionalidad puede encontrarse en la propiedad de ser soluble. Un terrón de azúcar tiene esta propiedad. El mismo permanece sólido hasta que lo introducimos en líquido. Así esta propiedad permanece latente hasta que una condición estímulo (el hecho de colocar el terrón en líquido) gatilla la solubilidad.

Uno de los puntos que no se ha destacado suficientemente —y que yo considero fundamental— es la importancia de poder identificar cuál o cuáles son las condiciones-estímulo (“el gatillo o los gatillos”) que desencadenarían una capa de vulnerabilidad... En el caso de la solubilidad del terrón de azúcar, la condición estímulo o el gatillo consistiría en la acción o el evento de sumergirlo en líquido.

Ahora bien, ¿por qué en nuestro análisis es esto relevante? Porque no necesariamente esas capas de vulnerabilidad se actualizarán, dependerá de que esos gatillos o condiciones estímulo estén presentes y funcionen. Y si podemos identificar cuáles son esos gatillos —si se pueden producir fácilmente o cuán probables son—, y podemos evitarlos o erradicarlos, podemos prevenir la vulneración de tales personas o grupos. De esta manera el análisis teórico nos alerta respecto de ciertos elementos que debemos considerar y buscar en la realidad para evitar que la vulnerabilidad se actualice y vulnere.

Así, si volvemos al caso del personal de salud y la capa de vulnerabilidad que adquieren en la actual pandemia, podemos señalar que la *falta de equipos de protección personal* adecuados funciona como una *condición estímulo* o un gatillo que fácilmente puede llevar a este colectivo a resultar dañado y por lo tanto vulnerado. Si identificamos cuál es la condición estímulo debemos evitarla, en este caso se debe insistir en la necesidad de brindar al equipo de salud los equipos de protección necesarios.

En esta situación en particular, la condición estímulo es claramente identificable y apunta a la necesidad de realizar acciones de protección que son relativamente simples o viables (si bien pueden requerir recursos económicos extra y una coordinación adecuada para obtenerlos); pero en otros casos estas condiciones estímulo pueden no ser tan claramente identificables o pueden resultar de muy difícil erradicación (pueden estar relacionadas a situaciones socioeconómicas que un investigador o aún ciertas políticas públicas no pueden modificar o erradicar). Sin embargo resulta fundamental examinar si existen tales condiciones estímulo, cuán probables son. Este concepto —a mi juicio crucial— no ha sido suficientemente subrayado en los análisis previos que se han formulado de la vulnerabilidad.

VI. REPENSANDO LA VULNERABILIDAD: EL EFECTO CASCADA

Un segundo concepto que considero es muy importante en la conceptualización de la vulnerabilidad es la identificación de aquellas capas que tienen lo que denomino “efecto cascada”. Se trata de un concepto que retomo de unas autoras australianas feministas (Wendy Rogers, Susan Dodds y Catriona Mackenzie) que también analizan el concepto de vulnerabilidad en consonancia con mi propia propuesta.¹⁵

Rogers, Dodds y Mackenzie explicitan que hay una “fuente patogénica” de vulnerabilidad y dicen: “Algunas respuestas pueden *exacerbar* vulnerabilidades existentes o *generar nuevas vulnerabilidades*”. También señalan que éstas pueden ser *generadas por relaciones sociales y personales moralmente disfuncionales*.¹⁶

Así la primera observación que se puede formular respecto del planteo anterior es que en la caracterización de estas vulnerabilidades se puede distinguir: a) sus efectos y b) su origen. En mi artículo propongo destacar a) sus efectos y denominarlas capas de vulnerabilidad con efecto cascada o vulnerabilidad cascada. Defiendo esta posición porque lo que a mi criterio resulta relevante es el efecto que una capa de vulnerabilidad pueda tener sobre otras ya existentes, o si tiene una suerte de efecto dominó (la situación de una capa de vulnerabilidad que genera otras capas) de manera tal de ir produciendo cada vez más vulnerabilidades. Y, si bien, en algunos casos estas capas o fuentes de vulnerabilidad pueden estar acompañadas de elementos disfuncionales esto, a mi juicio, no es lo más relevante. Un ejemplo de este tipo de vulnerabilidad puede señalarse en el caso de la falta de diagnóstico en enfermedades raras. Estas enfermedades son muy poco frecuentes y hay muy pocos casos en el mundo por lo tanto es habitual que no se diagnostiquen inmediatamente (y no puede atribuirse a mala intención o problemas en el sistema de salud). Sin embargo la falta de diagnóstico puede generar nuevas capas de vulnerabilidad: malos tratamientos o falta de tratamiento y el em-

¹⁵ Se trata de Wendy Rogers, Susan Dodds y Catriona Mackenzie. Ellas siguen mi propuesta de pensar el concepto de vulnerabilidad en términos de capas y tener en cuenta los aspectos contextuales (Véase: Rogers, W., Mackenzie, C., y Dodds, S., “Why bioethics needs a concept of vulnerability?”, *IJFAB*, 5(2) 2012). Ellas proponen una taxonomía con la cual yo disiento (creo que vuelve rígido el planteo pero que además no resulta una buena taxonomía (Véase Meek Lange, M., Rogers, W., Dodds, S., “Vulnerability in Research Ethics. A way forward”, *Bioethics*, vol. 27, number 6, 2013, pp. 330-340). En el artículo (Luna, F., “Rubens, corsets and taxonomies: a response to Meek Lange, Rogers and Dodds”, *Bioethics*, vol. 26, number 6, 2015, pp. 448-450) planteo mis críticas. Sin embargo en ese último artículo también aparece el concepto de fuente patógena que considero debe ser repensado y retomado y que en mi propuesta se transformará en una capa de vulnerabilidad con efecto cascada.

¹⁶ Meek Lange, M., Rogers, W., Dodds, S., *op. cit.*

peoramiento de la condición, la búsqueda de nuevos médicos o tratamientos y el agotamiento familiar, gastos excesivos para poder brindar un sostén al niño o niña con tal padecimiento, problemas familiares (debido a la sobre demanda ocasionada por la situación), nuevos embarazos y descendencia con una patología semejante (en muchos casos estas enfermedades tienen un origen genético), etcétera. Este caso muestra que lo fundamental es el impacto o el daño que este tipo de capa de vulnerabilidad genera. Lo fundamental es la multiplicación de vulnerabilidades. Además de que no necesariamente este efecto cascada surge por problemas sociales o personales patológicos.

Siguiendo esta línea de pensamiento podemos preguntarnos: ¿Qué capas de vulnerabilidad con efecto cascada podrían surgir por el COVID? Aquí podemos analizar la política pública que involucra el confinamiento. Sobre todo en el caso del confinamiento obligatorio (en el cual se requiere permanecer en la casa las 24 horas durante meses (en Argentina, en la ciudad de Buenos Aires y gran Buenos Aires, al momento de redactar este trabajo se han transitado más de cuatro meses de confinamiento)). Lo primero que se puede señalar es que puede generar una serie de vulnerabilidades como lo es acrecentar la violencia doméstica, los abusos sexuales, el abuso de alcohol, el riesgo de embarazo no deseado y de embarazo adolescente (ya que no sólo puede afectar a la pareja adulta sino a las convivientes o hijas), etcétera. Por ejemplo, en la Argentina, las llamadas a la línea de teléfono por violencia doméstica se incrementaron en un 90% en ciudad de Buenos Aires desde que comenzó el aislamiento obligatorio. Y en la provincia de Buenos Aires se recibieron más de un 50% de llamadas por maltrato a niñas y niños según UNICEF Argentina. Lamentablemente, esto no es novedoso, un reporte de Naciones Unidas que analiza los efectos socioeconómicos del Ébola en África también subrayaba el incremento en el riesgo de embarazos en niñas, el abandono escolar y el abuso infantil.¹⁷ Así, una determinada política pública pensada para proteger a los ciudadanos puede generar cierto tipo de vulnerabilidades con efecto cascada y puede volver más y más vulnerables a ciertas personas de la comunidad por ejemplo a mujeres y a adolescentes...

VII. REPENSANDO LA VULNERABILIDAD: EVALUACIÓN Y PRÁCTICA

En las dos secciones anteriores señalé que la vulnerabilidad es un concepto disposicional y que una característica de algunas capas de vulnerabilidad es

¹⁷ UN report on Ebola, disponible en: https://www.uneca.org/sites/default/files/Publication-Files/eca_ebolareport_final_eng_0.pdf.

la posibilidad de tener un efecto cascada. ¿Por qué son importantes estos conceptos? Al identificar la condición estímulo o aquello que gatillará una capa de vulnerabilidad o al determinar qué capas de vulnerabilidad pueden tener este efecto cascada podremos reconocer situaciones que pueden generar mayor daño y jerarquizarlas a la hora de pensar qué evitar o cómo minimizar o erradicar vulnerabilidades. En el caso anterior, podemos implementar paralelamente al confinamiento modelos de prevención de la violencia familiar, buscar lugares alternativos para algunas mujeres, establecer códigos de alerta y seguridad, etcétera.

Así, estos dos conceptos que a primera vista parecen meramente teóricos, tienen fuertes implicaciones prácticas. Al identificar qué capas tienen estos efectos multiplicadores o cuáles son los elementos que las pueden gatillar, podemos elaborar políticas públicas que los eviten o minimicen o podemos diseñar protecciones o empoderar a los sujetos de investigación. Esta propuesta permite establecer cierto orden y fijar prioridades: podemos jerarquizar aquellas capas de vulnerabilidad que se considera serán más dañinas y trabajar para evitarlas, minimizarlas o erradicarlas si fuera posible.

Pero nótese que no sólo estos últimos dos conceptos son sumamente relevantes, también la misma noción de capas de vulnerabilidad y la conceptualización que implica pensar que pueden haber capas diferentes superponiéndose nos lleva a tener una mirada más compleja. Y esto ocurre no sólo respecto de cómo se da la vulnerabilidad sino también respecto de poder pensar su multidimensionalidad, interseccionalidad y también poder elaborar múltiples y diferentes respuestas. Debajo de cada “etiqueta” que plantea el modelo tradicional hay múltiples capas y, quizá, cada una necesite de una respuesta diferente, algunas sean más nocivas que otras y algunas de ellas puedan ser gatilladas más inmediatamente. Considero, entonces, que esta conceptualización resulta fundamental para poder diseñar políticas públicas adecuadas que se puedan adaptar al contexto.

VIII. PALABRAS FINALES

Esta pandemia revolucionó nuestro modo de vivir, de interactuar y también de morir.¹⁸ En algunos países, todavía, estamos luchando para poder tener tal pandemia bajo control y restablecer algo parecido a la normalidad anterior...

¹⁸ Un tema que no se trató en este trabajo pero que también plantea serios problemas éticos es la muerte al quedar la persona aislada de sus afectos en un hospital, la dificultad de comunicarse con sus seres queridos, el duelo de la familia, etcétera. Y no sólo el impacto que tiene en la persona internada sino también en sus familiares, su posibilidad de duelo, etcéte-

La respuesta desde la salud pública fue pensada para cierto tipo de sociedades y no se tuvo en cuenta —al menos inicialmente— los problemas que implica vivir en barrios hacinados, carentes de agua potable así como la falta de recursos sociales y/o económicos por los cuales no se puede salir a trabajar. Esta primera respuesta parece suponer pensar a la vulnerabilidad con un enfoque poblacional esencialista. Se toma como sujeto vulnerable paradigmático a las personas mayores de 65 años cuyas biología s suelen no resistir los ataques de la COVID-19. Esta propuesta pierde de vista el funcionamiento del concepto de vulnerabilidad y su relación con diferentes contextos. Quizás en Europa o en sociedades envejecidas, en países en los cuales hay redes de contención para las personas con menos recursos (y la pobreza no es tan amplia ni tan profunda o corrosiva), los adultos mayores resultan los únicos vulnerables. Pero tal como se explicó, eso depende del contexto. En otras sociedades como las nuestras con grandes desigualdades, altos niveles de pobreza, pocos o insuficientes recursos de contención social, racismo y discriminaciones; las vulnerabilidades se manifiestan de otra manera. Al no percibir este dinamismo y la interacción con el contexto pareciera que tampoco se tuvo en cuenta el impacto que ciertas políticas públicas podían tener y la generación de mayores vulnerabilidades a raíz de ciertas condiciones estímulo y ciertas capas con efecto cascada.

Necesitamos repensar las vulnerabilidades que están implicadas no sólo desde el ámbito práctico sino también desde un plano teórico. Este análisis teórico de la vulnerabilidad debería permitir no sólo la conceptualización de este ambiguo y saturado término sino también debería ayudarnos a manejarlos en la práctica. Debe permitir identificar y evaluar correctamente las diferentes capas de vulnerabilidad para luego poder pensar cómo evitarlas o minimizarlas para lograr una respuesta lo más ética posible.

ra. En Argentina, en el CONICET se creó la Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el Final de la Vida (RIO SP). Esta elaboró un documento con recomendaciones específicas.

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PANDEMIA

Amaranta MANRIQUE DE LARA
Nashieli RAMÍREZ HERNÁNDEZ

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *El impacto de COVID-19 en niñas, niños y adolescentes*. III. *La salud más allá del coronavirus*. IV. *Niñas, niños y adolescentes como protagonistas del distanciamiento*. V. *Efectos psicosociales del encierro*. VI. *Conclusiones: la urgencia de lo inmediato*.

I. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la pandemia global de COVID-19, las niñas, niños y adolescentes¹ han esquivado los peores efectos de salud que provoca la infección por SARS-CoV-2. La proporción de casos es menor y, cuando existe enfermedad, ésta es considerablemente menos severa.² Las infancias y adolescencias no son entonces la cara de esta crisis sanitaria y, tal vez por lo mismo, se han dejado de lado. Sin lugar a duda, el coronavirus llegó a exacerbar las desigualdades y arrojar luz sobre las fallas estructurales que apenas sostienen la organización social actual a nivel global. En este sentido, también se ha puesto en evidencia la prevalencia de una visión adultocéntrica en nuestras sociedades, donde las niñas, niños y adolescentes son vistos como un valor futuro y sus voces ignoradas en el presente.

Aunque no sea directamente provocado por el virus, lo cierto es que las infancias y adolescencias están en riesgo de convertirse en una de las

¹ De acuerdo con la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, son niñas y niños los menores de doce años, y adolescentes las personas de entre doce años cumplidos y menos de dieciocho años de edad (artículo 5o.). Consultar en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5374143&fecha=04/12/2014.

² Ludvigsson, Jonas E., “Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults”, *Acta Paediatrica*, Noruega, vol. 109, núm. 9, 2020, pp. 1088-1095, DOI:10.1111/apa.15270.

mayores víctimas de esta crisis, ya que las respuestas de los gobiernos y las medidas de mitigación implementadas afectan de manera profunda —y en algunos casos, quizás permanente— la vida de estos individuos que conforman el 30.2% de la población mundial.³ Los impactos indirectos de la pandemia tienen ya efectos observables que impiden el pleno ejercicio de los derechos de las infancias y adolescencias, incluidos el derecho a la salud, a la educación, a la integridad personal, a la identidad, a una vida libre de violencia, al esparcimiento, entre otros. Además, aunque todas las niñas, niños y adolescentes se ven afectados, un enfoque interseccional reconoce que existe un impacto diferenciado dependiendo del contexto. Variables como la edad, género, discapacidad, situación socioeconómica o la acumulación de más de una de estas capas de vulnerabilidad⁴ resulta en afectaciones en mayor o menor medida. De esta manera, son las infancias y adolescencias que de por sí son vulneradas, marginadas y violentadas quienes cargarán el mayor peso de los efectos negativos de esta pandemia.

La continua implementación de medidas de mitigación, así como la crisis económica que se viene gestando y que alterará la vida de miles de familias, vuelven urgente el reconocimiento y visibilización de las realidades de niñas, niños y adolescentes. Así como se ha incitado a las naciones a velar por el respeto de los derechos humanos incluso frente a medidas excepcionales a nombre del bien común, los esfuerzos por controlar la crisis sanitaria también deben considerar el efecto diferenciado sobre este grupo etario como un grupo de atención prioritaria, guardando el interés superior de niñas, niños y adolescentes como consideración primordial.

En este escrito, nos proponemos iniciar una reflexión sobre las infancias y adolescencias durante la pandemia de COVID-19, así como los efectos a corto plazo que ésta está teniendo en sus vidas.⁵ En un inicio hablaremos sobre el derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes durante la

³ Organización de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *Perspectivas de la Población Mundial 2019*, 2019, datos personalizados obtenidos de la página web, <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>.

⁴ Luna, Florencia, “Vulnerabilidad: la metáfora de las capas”, *Jurisprudencia Argentina*, vol. 4, núm. 2, 2008, pp. 60-67.

⁵ El análisis que se presenta a continuación tiene como fuente fundamental el informe nacional de la consulta #InfanciasEncerradas, realizada por la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. Más de 40 mil niñas, niños y adolescentes de las 32 entidades federativas expresaron sus vivencias durante el confinamiento, siendo la consulta en sí misma un ejemplo de satisfacción del derecho a la participación de las infancias y adolescencias. Dicho informe puede consultarse en: https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2020/07/Infancias_encerradas_Nacional.pdf.

pandemia, en cuanto a la infección por SARS-CoV-2 y más allá de ésta. Posteriormente, nuestro enfoque será sobre cómo el cierre de escuelas —la medida que instrumentaliza el distanciamiento en este grupo etario— tiene un impacto global que incluye efectos sobre el aprendizaje, el bienestar psicosocial, y la salud mental.

II. EL IMPACTO DE COVID-19 EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Como ya mencionamos, la infección por coronavirus no representa riesgos considerables para niñas, niños y adolescentes, comparado con la severidad que puede llegar a tener la enfermedad en adultos. Sin embargo, esto no significa que no sean susceptibles a SARS-CoV-2, o que su experiencia con la enfermedad sea menos importante. La subestimación de la relevancia de este virus en este grupo etario ha llevado a un rezago de información específica —clínica, epidemiológica y científica— a nivel mundial. En efecto, son pocos los países que están proporcionando información desagregada por edad, por lo menos en América Latina.⁶ Al mismo tiempo, la falta de información reafirma la percepción de irrelevancia.

México es uno de los países que sí reporta datos desagregados de COVID-19, de los cuales se puede obtener información preocupante. Por ejemplo, a pesar de las medidas de confinamiento y el cierre de escuelas en específico, los casos confirmados de niñas, niños y adolescentes ha ido incrementando constante y considerablemente. El número de casos se ha casi duplicado en un mes, entre el 6 de julio⁷ y el 6 de agosto,⁸ llegando a 11,828 casos. Es importante destacar que este comportamiento es más claro en adolescentes, cuya tasa de incidencia ha aumentado 17.16% desde el 12 de abril, mientras que en el grupo de primera infancia creció 10.56% en el

⁶ Convergencia para la Acción, “Situación general del COVID-19 en países del proyecto «Convergencia para la Acción»”, Chile, 28 de julio de 2020, disponible en: <http://convergenciaparaaaccion.org/wp-content/uploads/2020/07/LAT-28-de-julio-2020.pdf>.

⁷ Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, “COVID-19 Niñas, Niños y Adolescentes”, México, 7 de julio de 2020, disponible en: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AMffj0%5FcOQyoRps&cid=34FA594CF22743CD&id=34FA594CF22743CD%2121812&parId=34FA594CF22743CD%2121331&o=OneUp>.

⁸ Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, “COVID-19 Niñas, Niños y Adolescentes”, México, 7 de agosto de 2020, disponible en: https://onedrive.live.com/?authkey=%21AMffj0_cOQyoRps&cid=34FA594CF22743CD&id=34FA594CF22743CD%2122297&parId=34FA594CF22743CD%2121331&o=OneUp.

mismo periodo.⁹ De manera similar, ha habido 187 defunciones de menores de edad desde el 13 de abril que se registró la primera al 6 de agosto;¹⁰ éstas aumentaron 1.72 veces desde el 6 de julio cuando habían 109.¹¹ De estas defunciones registradas por COVID-19, el 48% fueron mujeres y preocupa que más del 26% fueran niñas y niños en primera infancia.¹² También cabe señalar que de las defunciones registradas, cuatro tenían adscripción indígena, equivalente al 2.13%.¹³

Aunque sí hay información específica, considerando que aquí la aplicación de pruebas de COVID-19 está ligada a valoraciones clínicas,¹⁴ y este grupo etario generalmente presenta casos leves o asintomáticos, es probable que la subestimación de casos en niñas, niños y adolescentes sea mayor que en otros grupos. Esta falta de pruebas en infancias y adolescencias es consistente en otros países,¹⁵ y limita el análisis epidemiológico en este grupo etario a nivel global. De igual manera, hay poca información sobre la definición de casos y criterios clínicos, que podrían ser distintos a los de la enfermedad en adultos,¹⁶ así como falta de estrategias de manejo clínico y tratamiento específicas para pacientes pediátricos.¹⁷ Por ejemplo, un porcentaje pequeño de pacientes pediátricos positivos a COVID-19 de-

⁹ *Idem.*

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, “COVID-19 Niñas, Niños y Adolescentes”, México, 7 de julio de 2020, disponible en: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AMjff0%5FcOQyoRps&cid=34FA594CF22743CD&id=34FA594CF22743CD%2121812&parId=34FA594CF22743CD%2121331&o=OneUp>.

¹² Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, “COVID-19 Niñas, Niños y Adolescentes”, México, 7 de agosto de 2020, disponible en: https://onedrive.live.com/?authkey=%21AMjff0_cOQyoRps&cid=34FA594CF22743CD&id=34FA594CF22743CD%2122297&parId=34FA594CF22743CD%2121331&o=OneUp.

¹³ *Idem.*

¹⁴ Secretaría de Salud, “Lineamientos para la prevención, detección y atención de covid-19 en niñas, niños y adolescentes (NNA)”, México, 21 de mayo de 2020, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos_prevenccion_deteccion_atencion_COVID_NNA-1.pdf.

¹⁵ Curley, Christopher, “What a Lack of COVID-19 Testing Means for Children and Reopening Schools”, *Healthline*, 10 de julio de 2020, disponible en: <https://www.healthline.com/health-news/lack-of-covid-19-testing-children-returning-to-school>.

¹⁶ Xia, Wei *et al.*, “Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults”, *Pediatric pulmonology*, vol. 55, núm. 5, 2020, pp. 1169-1174, DOI:10.1002/ppul.24718.

¹⁷ Kelvin, Alyson A. y Halperin, Scott, “COVID-19 in children: the link in the transmission chain”, *The Lancet. Infectious diseases*, vol. 20, núm. 6, 2020, pp. 633 y 634, DOI:10.1016/S1473-3099(20)30236-X.

sarrolla un síndrome inflamatorio multisistémico que puede llegar a ser fatal y que de momento se desconocen los posibles efectos a largo plazo por el daño al tejido pulmonar.¹⁸

No recolectar datos específicos sobre las infancias y adolescencias significa que se invisibilizan sus situaciones y que haya discriminación, ya que no se cuentan con los elementos suficientes para protegerles y garantizar su derecho a la salud. Además, tener información concreta sobre el papel de niñas, niños y adolescentes en la cadena de transmisión del virus es indispensable para implementar estrategias basadas en evidencia y proporcionales que protejan la salud comunitaria. En este sentido, sería recomendable desarrollar proyectos de investigación enfocados en este grupo etario. Por ejemplo, el proyecto HEROS¹⁹ del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas en Estados Unidos dará seguimiento a menores de edad y sus familias por un periodo inicial de seis meses para determinar la prevalencia del estatus de portador y el desarrollo de anticuerpos, con el propósito de informar mejores políticas de salud pública que involucren a estos grupos, como el cierre de escuelas o servicios de cuidado infantil.

III. LA SALUD MÁS ALLÁ DEL CORONAVIRUS

A pesar de la falta de datos específicos, de todos modos podemos observar que la infección por coronavirus no tiene un impacto directo tan grave sobre la salud de este grupo de edad en comparación con otros. Sin embargo, eso no significa que la pandemia no implique un impacto indirecto considerable sobre el ejercicio del derecho a la salud de infancias y adolescencias. De manera amplia, las vidas de niñas, niños y adolescentes se ven afectadas tanto por la presión sobre sistemas de salud de por sí frágiles, como por los efectos de la crisis económica sobre los ingresos familiares.

Desde la primera infancia, se espera ver un incremento a la tasa de mortalidad de menores de cinco años en países de ingresos medio y bajo, por una reducción de la cobertura de salud de rutina.²⁰ Del escenario más opti-

¹⁸ Riphagen, Shelley *et al.*, “Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic”, *Lancet*, vol. 395, núm. 10237, 2020, pp. 1607 y 1608, DOI:10.1016/S0140-6736(20)31094-1.

¹⁹ National Institute of Allergy and Infectious Diseases, “COVID-19: Human Epidemiology and Response to SARS-CoV-2 (HEROS)”, Estados Unidos, 5 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04375761>.

²⁰ Robertson, Timothy *et al.*, “Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income coun-

mista al más catastrófico, un estudio calcula un incremento de entre el 9.8 y el 44.7% de muertes infantiles mensuales.²¹ La importancia de la atención a la salud y el seguimiento del desarrollo durante los primeros meses a años de vida deben tenerse presentes durante la respuesta a la crisis sanitaria, asegurando siempre el acceso a estos servicios para niñas y niños. En este sentido, también es importante asegurar el acceso a una alimentación sana y a servicios como agua para infancias y adolescencias, independientemente de la situación económica de sus familias y cómo se vea ésta afectada por la pandemia.

De manera similar, se está viendo un efecto de la pandemia sobre la medicina preventiva, incluyendo los esquemas de vacunación. La inmunización contra enfermedades como el sarampión y la poliomielitis ha disminuido a nivel global en estos meses. Esto se debe no sólo a la interrupción de la movilidad individual por las políticas de confinamiento, sino también a la reducción de la movilidad internacional comercial. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha documentado una disminución de entre 70 y 80% de los envíos de vacunas, lo que ya afecta al menos a 26 países y pone en riesgo a muchos otros cuyas reservas podrían terminarse en el mediano plazo.²² En efecto, en México se ha detectado un rezago de aproximadamente el 20%; es decir, 700 000 niñas y niños afectados por un retraso en alguna dosis de su esquema de vacunación.²³ El Instituto Mexicano del Seguro Social espera poder regularizar este servicio antes de que termine el año; sin embargo, esto seguiría dejando desprotegidos a niñas y niños que requieran inmunización contra enfermedades como el rotavirus cuyas dosis deben administrarse a más tardar a los ocho meses de edad.²⁴ En cuanto a la vacuna contra la influenza estacional, se ha dicho que por lo menos en la Ciudad de México estarán todas las dosis aseguradas.²⁵ Habrá

tries: a modelling study”, *The Lancet. Global Health*, vol. 8, núm. 7, 2020, pp. E901-E908, DOI:10.1016/S2214-109X(20)30229-1.

²¹ *Idem.*

²² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Geneva Palais briefing note on the impact of COVID-19 mitigation measures on vaccine supply and logistics”, Ginebra, Suiza, 1 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.unicef.org/press-releases/geneva-palais-briefing-note-impact-covid-19-mitigation-measures-vaccine-supply-and>.

²³ Valadez, Blanca, “Covid-19 retrasa vacunación de 700 mil niños”, *Milenio*, Ciudad de México, México, 27 de julio de 2020, disponible en: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/coronavirus-imsd-detecta-retraso-vacunacion-700-mil-ninos>.

²⁴ *Idem.*

²⁵ Wong, Alma Paola, “CdMx adelantará periodo de vacunación de influenza por coronavirus”, *Milenio*, Ciudad de México, México, 22 de julio de 2020, disponible en: <https://www.milenio.com/politica/comunidad/influenza-cdmx-adelantara-etapa-vacunacion-coronavirus>.

que dar seguimiento a que se cumpla el acceso a niños y niñas en primera infancia, ya que sí son un grupo en riesgo de sufrir complicaciones por esta infección respiratoria.

En general, el confinamiento de niñas, niños y adolescentes, y/o la negación a asistir a centros de salud por miedo al contagio deja desprotegidas a las y los pacientes pediátricos. Por ejemplo, la falta de movilidad afecta a infancias y adolescencias con condiciones preexistentes que necesitan monitoreo o rehabilitación que no puede ofrecerse a distancia. Aunque la pandemia ha vuelto urgente la discusión sobre la provisión de servicios de salud por telemedicina, la atención pediátrica a distancia necesitaría tomar en cuenta consideraciones específicas.²⁶ Por ejemplo, el monitoreo del correcto desarrollo necesita seguimiento directo, además de que limitar el nivel de interacción verbal y no verbal complicaría la buena atención a pacientes pediátricos que recién aprenden a comunicarse.

Otro efecto indirecto de la pandemia se ve en la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Durante el tiempo de confinamiento se ha visto un aumento del 20% en los embarazos de adolescentes en México, y se estima que para el próximo año habrá más de 145 mil embarazos de este tipo en este grupo etario.²⁷ Esta situación puede atribuirse en parte a que las adolescentes no están pudiendo acudir a solicitar anticonceptivos por la disminución de la movilidad. Sobre este tema también debe mencionarse que de los embarazos en menores de 14 años, se calcula que por lo menos el 20% son producto de violaciones.²⁸ El incremento de la violencia durante el confinamiento se discute en otro capítulo de este libro, pero vale la pena hacer énfasis que las infancias y adolescencias también son víctimas de este fenómeno y que deben existir mecanismos para asegurar su protección y bienestar. Además, en el tema específico de los embarazos no deseados, es también un tema del ejercicio del derecho a la salud de niñas y adolescentes poder acceder a métodos de interrupción seguros y no revictimizantes.

La realidad es que esta pandemia va a afectar la salud y el bienestar de niñas, niños y adolescentes, independientemente de si se contagien de

²⁶ Rosenthal, Marjorie S., “The New Language of Telehealth”, *The New York Times*, Estados Unidos, 5 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/05/05/well/live/doctors-patients-mother-baby-pediatrics-telemedicine-computers.html>.

Hatcher, Cyndie, “As telemedicine takes hold, what are doctors like me missing?”, *The Boston Globe*, Estados Unidos, 3 de junio de 2020, disponible en: <https://www.bostonglobe.com/2020/06/03/magazine/telemedicine-takes-hold-what-are-doctors-like-me-missing/>.

²⁷ Rodríguez, Gabriela, “Alarmante aumento del embarazo en adolescentes en México”, entrevista por Mónica Garza, *ADN40*, 7 de agosto de 2020.

²⁸ *Idem*.

COVID-19 o no. Como sucede con la población adulta, es inevitable hacer compromisos cuando el sistema de salud se ve abrumado en todos los niveles. Aunque se requieren sacrificios de todos los miembros de la sociedad para lograr mitigar los daños de este virus, a continuación discutiremos por qué consideramos que a este grupo etario se le han pedido más sacrificios que a otros.

IV. NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES COMO PROTAGONISTAS DEL DISTANCIAMIENTO

Durante la pandemia, el distanciamiento social ha sido la fórmula de mitigación más utilizada a nivel global. Si consideramos que la población infantil y adolescente comprende casi la tercera parte de la población mundial, es evidente que el éxito de esta medida descansa en este grupo etario, a quien se le ha obligado a salir de los espacios públicos. En particular, el cierre de espacios escolares —medida indispensable para el distanciamiento de niñas, niños y adolescentes— ha puesto en riesgo la garantía del derecho a la educación.

A nivel global, se ha optado por suspender la oferta educativa presencial. A principios de febrero, incluso antes de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara oficialmente la pandemia, el cierre de escuelas impactaba ya al 0.1% de la población estudiantil mundial, debido al cierre nacional en Mongolia y el cierre focalizado en China.²⁹ Para finales de marzo, eran 179 los países con cierres a nivel nacional, incluyendo a México, y a mediados de abril 191 países reportaron la clausura total de la oferta educativa presencial.³⁰ En el punto más alto de cierre de escuelas, se calcula que aproximadamente el 90% de la población estudiantil global se vio afectada.³¹ Entre estos, seis de cada diez niñas y niños no han recibido educación de ningún tipo debido en parte a la brecha digital —falta de herramientas tecnológicas como computadoras, tabletas, teléfonos inteligentes, etcétera, así como falta de acceso a internet—. No es sorpresa que esta falta de escolarización se vea en mayor medida en países de desarrollo humano bajo.³²

²⁹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, “Seguimiento mundial de los cierres de escuelas causados por el COVID-19”, disponible en: <https://es.unesco.org/covid19/educationresponse>.

³⁰ *Idem*.

³¹ *Idem*.

³² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *COVID-19 and Human Development: Assessing the Crisis, Envisioning the Recovery*, Nueva York, 2020, disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/covid-19_and_human_development_0.pdf.

Este fenómeno de desigualdad lo podemos observar de manera más local, donde la brecha educativa entre poblaciones urbanas y rurales también tenderá a acentuarse. Las propuestas de educación a distancia en México se dan en un contexto donde sólo cuatro de cada diez tienen acceso fluido a internet.³³ Aun si la modalidad a distancia se plantea con la televisión³⁴ nos estaremos enfrentando a problemas de desigualdad, porque existen zonas donde sólo se puede acceder incluso a los canales abiertos si se cuenta con televisión de paga porque la antena no es suficiente.

Parece que nos encontramos no sólo frente a una crisis sanitaria y económica, sino también frente a una emergencia educativa. Pero más allá de los desafíos tecnológicos que presenta la educación durante la pandemia —el avance hacia las nuevas tecnologías en lo educativo era un proceso que se tenía que ir dando de cualquier manera— tenemos que también atender las implicaciones de la falta de la escuela como el centro de la vida social de las niñas, niños y adolescentes; el espacio donde se construyen sus relaciones y vínculos fuera del ámbito familiar.

La generación de conocimiento es sólo uno de los propósitos de la escuela. En realidad, el tiempo efectivo de clases es mínimo en la educación presencial,³⁵ aunque la carga de trabajo se ha incrementado drásticamente durante la transición a la educación a distancia. La función social de la escuela es la que tenemos que trabajar por fortalecer y preservar. Lo que hace la vida social durante la primera infancia es el entorno cercano, pero después las niñas y niños tienen que ir aprendiendo a vivir en sociedad. La adquisición de herramientas sociales, e incluso la formación inicial de ciudadanía, se da a partir de la relación con los otros. El centro de la vida de las niñas, niños y adolescentes a nivel de primaria, secundaria y media superior es la escuela. Las actividades escolares son una válvula también que resuelve cotidianidades. Es en este aspecto en el que la ausencia de la escuela está teniendo y va tener su mayor impacto, y hay que empezar a plantearnos maneras en las que podemos intensificar la vinculación de infancias y adolescencias con sus pares durante el confinamiento.

³³ Instituto Federal de Telecomunicaciones, “Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares, 2015 (Comunicado 27/2016)”, 14 de marzo de 2016, disponible en: <http://www.iftl.org.mx/comunicacion-y-medios/comunicados-ift/es/encuesta-nacional-sobre-disponibilidad-y-uso-de-tecnologias-de-la-informacion-en-los-hogares-2015>.

³⁴ Infobae, “Esteban Moctezuma explicó cómo será el regreso a clases para el Ciclo Escolar 2020-2021 de la SEP”, México, 3 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/08/03/esteban-moctezuma-explico-como-sera-el-regreso-a-clases-para-el-ciclo-escolar-2020-2021-de-la-sep/>.

³⁵ Razo Pérez, Ana Elizabeth, “Tiempo de aprender: El aprovechamiento de los periodos en el aula”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 21, núm. 69, 2016, pp. 611-639.

Un último aspecto relacionado con el cierre de escuelas es que impacta de forma directa en la posibilidad de incorporación de niñas y niños al trabajo infantil. Este factor contribuye también al crecimiento de las desigualdades de género en las expectativas del tipo de trabajo que las niñas pueden realizar, como trabajo de casa o en el campo. Finalmente, los trabajos de cuidado que recaen sobre niñas y niños les exponen a riesgos de contraer enfermedades, en especial cuando se encargan de familiares enfermos.³⁶

V. EFECTOS PSICOSOCIALES DEL ENCIERRO

La vida cotidiana de millones de niñas, niños y adolescentes se transformó de manera radical, de un día a otro el espacio público desapareció, y con él, el vínculo con sus pares y otros adultos que le son significativos. Sumando a lo anterior un contexto de incertidumbre y miedo, con limitadas respuestas de contención de parte de sus cuidadores. Las medidas de confinamiento han sido un caldo de cultivo para la generación de situaciones que ponen en riesgo su equilibrio psicosocial.

Durante el periodo de atención a las medidas de prevención derivadas de la pandemia por COVID-19, diversos organismos internacionales como UNICEF³⁷ y la OMS³⁸ han señalado la emergencia de problemas en el ámbito de la salud mental de niñas, niños y adolescentes. Estas preocupaciones surgen del entendimiento integral de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.³⁹

De acuerdo con la OMS y en consonancia tanto con el propio concepto de salud integral que este organismo promueve, como con el contenido del derecho a la salud tal como ha sido interpretado por el Comité de Dere-

³⁶ Alianza para la Protección de la Niñez y Adolescencia en la Acción Humanitaria, “Nota técnica: COVID-19 y trabajo infantil”, 6 de mayo de 2020, disponible en: https://alliancepha.org/en/system/tdf/library/attachments/covid-19_and_child_labour_annex_final_espanol.pdf.

³⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “How to protect your family’s mental health in the face of coronavirus disease (COVID-19)”, 26 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.unicef.org/coronavirus/how-protect-your-familys-mental-health-face-coronavirus-disease-covid-19>.

³⁸ Agencia EFE, “La OMS advierte que la COVID-19 afectará a la salud mental futura”, 14 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/la-oms-advierete-que-covid-19-afectara-a-salud-mental-futura/10004-4245936>.

³⁹ Organización Mundial de la Salud, “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, *Documentos Básicos*, 48a. ed., Italia, Organización Mundial de la Salud, 2014, pp. 1-21, disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>.

chos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas,⁴⁰ la salud mental debe de ser considerada más allá de la ausencia de trastornos mentales para ser observada como una posibilidad de bienestar. No puede hablarse de un estado de salud general si la salud mental está comprometida. En este sentido, es indispensable analizar cómo es que la situación de crisis actual puede estar afectando la salud mental de niñas, niños y adolescentes como grupo de atención prioritaria.

Ejercicios como la consulta #InfanciasEncerradas nos pueden dar esta clase de indicios. Ésta fue realizada por la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México para conocer las vivencias de infancias y adolescencias durante el confinamiento, obteniendo datos de las 32 entidades federativas para hacer un análisis a nivel nacional. Como mencionamos anteriormente, recolectar datos específicos sobre este grupo etario es indispensable para visibilizar sus situaciones particulares y poder diseñar políticas públicas mejor informadas.

Según los resultados,⁴¹ las niñas, niños y adolescentes en México manifiestan una alta frecuencia de aburrimiento, tristeza, incertidumbre, angustia, entre otros estados de ánimo y sensaciones. La mayoría de las y los participantes (84%) relacionaron el encierro con la palabra aburrimiento, seguida de la sensación de tristeza con el 64%. Nueve de cada diez niñas, niños y adolescentes sienten preocupación de que alguien de su familia se enferme o muera a causa de COVID-19. Después de la salud, su preocupación se centra en la pérdida del trabajo de las personas adultas que les rodean. Por otro lado, la palabra familia fue frecuentemente asociada con emociones positivas, como una fuente de alegría y seguridad, goce en la convivencia y sensación de protección. En el caso de niñas y niños en primera infancia —quienes participaron en la consulta por medio de dibujos— llama la atención la representación del coronavirus como un personaje que ataca o se sobrepone al mundo, a la familia o a la casa. Acompañado de esto, la casa permanece como el espacio de protección.

De un análisis de cada rubro, en particular respecto al miedo y la tristeza, es posible evidenciar que la intensidad o bien la constancia de esas emociones principales y otras relacionadas, generan condiciones propicias para afectar

⁴⁰ Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general núm.14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>.

⁴¹ Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, #InfanciasEncerradas. Consulta a niñas, niños y adolescentes/Reporte nacional, Ciudad de México, 2020, disponible en: https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2020/07/Infancias_encerradas_Nacional.pdf.

la salud mental. Si bien estas emociones no son experiencias exclusivas de este grupo etario durante la pandemia, sí constituyen indicios significativos que justifican la implementación de estrategias específicas de prevención para la salud mental en el grupo de población de niñas, niños y adolescentes.

Es importante tener en cuenta que, así como existen determinantes para la salud en general, también los hay para la salud mental en específico, pues influyen múltiples factores biológicos pero también medioambientales y sociales.⁴² En el contexto actual, es preciso adoptar medidas de atención oportuna a estos factores e identificar su relación con la depresión o con la presencia e incremento de conductas de riesgo, entre otras. La depresión, como un ejemplo, puede aparecer desde la infancia y al comienzo de la adolescencia.⁴³ Es importante advertirla y atenderla en su estado inicial, dado que su evolución conlleva mayores riesgos para el estado general de las personas a lo largo del ciclo de vida y afecta los diversos ámbitos de desarrollo como el académico, social, familiar e incluso puede comprometer la integridad personal.⁴⁴

Como elementos importantes de contexto, no debe desestimarse el aumento en la tasa de suicidio, autolesiones y malestar entre la población. Respecto al suicidio, tan solo en la Ciudad de México, de marzo a julio de 2020 se registraron 29 suicidios correspondientes a adolescentes y niños.⁴⁵ Esta cifra es alarmante si se considera que, para el mismo periodo en 2019, se registraron 14; es decir, un número significativamente menor.⁴⁶

Además de la identificación de los factores, es importante acompañar el desarrollo de hábitos de higiene mental que contribuyan a fortalecer a las personas frente a las amenazas a la salud mental. Lo anterior no sólo es relevante para procurar la salud de las niñas, niños y adolescentes en su etapa de vida actual, sino que la atención temprana y el desarrollo oportuno de habilidades de autocuidado contribuyen también a un sano desarrollo de las personas en etapas de vida posteriores.

⁴² Organización Mundial de la Salud, *Social determinants of mental health*, OMS, Ginebra, Suiza, 2014, disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf.

⁴³ Cohen, Joseph R. et al., "Anxiety and Depression During Childhood and Adolescence: Testing Theoretical Models of Continuity and Discontinuity", *Journal of abnormal child psychology*, vol. 46, núm. 6, 2018, pp. 1295-1308, DOI:10.1007/s10802-017-0370-x.

⁴⁴ Mendelson, T. y Tandon, S. D., "Prevention of Depression in Childhood and Adolescence", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 25, núm. 2, 2016, pp. 201-218, DOI:10.1016/j.chc.2015.11.005.

⁴⁵ Gobierno de la Ciudad de México, *Víctimas en carpetas de investigación de la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México*, datos personalizados obtenidos del portal de datos abiertos, <https://datos.cdmx.gob.mx/explore/dataset/victimas-en-carpetas-de-investigacion-pgi/table/>.

⁴⁶ *Idem*.

Una medida que contribuye a mantener la salud emocional y física de niñas, niños y adolescentes durante este periodo de encierro es fomentar la actividad física y la promoción de estilos de vida saludables con recomendaciones específicas.⁴⁷ Otro elemento importante es procurar el vínculo entre pares y mantener activa la propuesta y el acceso a actividades lúdicas y creativas. Al respecto, países como Chile que ha mantenido un estricto control sobre la población, de cualquier modo ha permitido que niños, niñas y adolescentes realicen actividades en el exterior con una persona adulta —dependiendo de la edad— algunos días de la semana.⁴⁸ Asimismo, los espacios de escucha para que niñas, niños y adolescentes puedan comunicar sus experiencias ya sea a sus familiares o bien a especialistas, es fundamental.

Es importante colocar la información específica obtenida de ejercicios como la consulta #InfanciasEncerradas y otros similares, en la ruta conducente para el diseño de medidas de atención inmediata para mejorar el bienestar mental de niñas, niños y adolescentes. Además, es importante mencionar que la lectura que puedan hacer los principales cuidadores de las infancias y adolescencias de los resultados puede servir para acompañar la vida emocional de hijos e hijas. Dicho acompañamiento por el núcleo de cuidado puede significar que se impida el progreso de tal impacto; es decir, es la principal medida de prevención.

Por lo tanto, las políticas que busquen mejorar el bienestar de niñas, niños y adolescentes deben incluir medidas dirigidas para involucrar a los adultos que les rodean. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de Argentina ha emitido una guía dirigida a madres, padres o principales referentes de cuidado para procurar la salud mental de sus hijos e hijas en edad infantil y adolescente.⁴⁹ Esta guía está basada en un documento emitido por la OMS.⁵⁰

⁴⁷ Guan, Hongyan *et al.*, “Promoting healthy movement behaviours among children during the COVID-19 pandemic”, *The Lancet. Child & Adolescent Health*, vol. 4, núm. 6, 2020, pp. 416-418, DOI:10.1016/S2352-4642(20)30131-0.

⁴⁸ Télam, “Los niños podrán salir tres veces por semana a lugares abiertos durante la cuarentena”, 10 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202008/500718-ninos-podran-para-salir-de-sus-casas-durante-la-pandemia-en-chile.html>.

⁴⁹ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, “Recomendaciones sobre salud mental para la población de niños, niñas y adolescentes por la pandemia COVID-19”, *Ministerio de Salud Argentina*, Argentina, 10 de abril de 2020, disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000001886cnt-covid-19-recomendaciones-salud-mental-ninos-ninas-adolescentes-contexto-pandemia.pdf>.

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud, “Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak”, 18 de marzo de 2020, disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf>.

Pero ¿cómo lograr el cuidado del bienestar psicosocial de niñas, niños y adolescentes cuando los adultos están también sufriendo impactos graves a su propia salud mental? ¿Cómo asegurar los espacios de escucha y el desarrollo del vínculo entre pares cuando nos enfrentamos a una realidad donde muchos menores de edad tendrán que permanecer solos en casa estando las escuelas cerradas pero el mundo laboral volviendo lentamente a la normalidad?

VI. CONCLUSIONES: LA URGENCIA DE LO INMEDIATO

Las niñas, niños y adolescentes han sido —y seguirán siendo— los protagonistas de las medidas de distanciamiento como eje de las medidas de mitigación de esta pandemia. Esto ha significado cambios drásticos a sus vidas diarias cuyo efecto no debe ser subestimado. Más allá de los impactos a la salud física de este grupo etario —aunque dichas consideraciones también son relevantes y deben ser atendidas— nos estamos enfrentando a una crisis de salud mental en este grupo etario, resultado del cambio en la rutina, las expectativas y las condiciones de encierro, el aislamiento y la creciente preocupación por la situación económica de sus padres o cuidadores, entre otros.

Debido a la incertidumbre que existe sobre tantos aspectos de nuestras vidas en sociedad, se vuelve difícil pensar en estrategias para atender los efectos a mediano y largo plazo de esta pandemia. Sin embargo, esto no es excusa para descuidar los efectos inmediatos que estamos observando, especialmente si consideramos que nuestro regreso a la normalidad sigue dependiendo de que las infancias y adolescencias no vuelvan a la suya. La implementación de medidas a corto plazo es urgente e indispensable para atender al bienestar integral de niñas, niños y adolescentes y asegurar el pleno ejercicio de sus derechos.

Cualquier estrategia debe de trascender la perspectiva exclusiva o principalmente médica para transitar hacia una perspectiva psicosocial que abarque más herramientas de diagnóstico individual y comunitario, así como que aporte medidas más amplias desde estos enfoques para procurar la integralidad del abordaje. Es decir que las estrategias de prevención y atención para la salud mental de niñas, niños y adolescentes deben incluir el fortalecimiento de las familias en su diversidad de composición, para que a su vez las niñas, niños y adolescentes encuentren seguridad y protección ante el contexto. Éstas deben cubrir los ámbitos tanto de cuidado emocional y prevención de la violencia como los relativos a la garantía de un nivel de vida adecuada. Todo lo anterior requiere apoyo dirigido tanto a las

personas que fungen como principales cuidadoras, como a la población en general y a los propios niños, niñas y adolescentes para el desarrollo de estrategias de autocuidado.

Las estrategias e intervenciones deben ser interseccionales e involucrar, principalmente, el ámbito educativo y de la salud, desde un enfoque comunitario de la salud pública. Es preciso que estén diseñadas a partir de los diferentes contextos, del enfoque diferenciado e interseccional de modo que puedan cubrir la diversidad propia del grupo etario: diversidad sexogenérica, indígenas y afrodescendientes, con discapacidad, en función del género, si viven en contexto familiar o bien en una institución, entre otros.

Esta pandemia ha realzado el papel tan esencial que juegan las niñas, niños y adolescentes en nuestras sociedades. Sin su cooperación con las medidas de mitigación, imaginamos que los efectos de la crisis sanitaria serían todavía más devastadores. Por lo tanto, esperamos que así como este momento histórico nos ha hecho reflexionar sobre cómo queremos que se vea nuestro mundo en el futuro, pensemos también en cómo poner a las infancias y adolescencias al centro de las discusiones que les afectan y que sus vivencias nos dejen de parecer secundarias.

LA PANDEMIA COVID-19: ALGUNOS DILEMAS DEL CONFINAMIENTO PARA LAS MUJERES EN MÉXICO¹

Amaranta MANRIQUE DE LARA RAMÍREZ
María de Jesús MEDINA ARELLANO

SUMARIO: I. *Introducción: violencia contra las mujeres y el #QuédateEnCasa.* II. *Violencia doméstica y solidaridad.* III. *Trabajadoras de la salud: riesgos y seguridad.* IV. *Salud sexual y reproductiva: acceso al aborto libre y seguro.* V. *Apoyo en línea: acompañamiento y uso de apps.* VI. *Investigación y distribución de recursos escasos.* VII. *Reflexión final.* VIII. *Fuentes de consulta.*

I. INTRODUCCIÓN: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y EL #QUÉDATEENCASA

El Día Internacional de las Mujeres de 2020 fue histórico en México.² Decenas de miles de mujeres tomamos las calles y, al día siguiente, desaparecimos de ellas. Cada una a su manera, el 8 y 9 de marzo se visibilizó la violencia feminicida y la estructura que la sostiene, buscando generar un debate extendido, exigiendo pronunciamiento y compromiso de todos los actores clave.³ Pero mientras nosotras marchábamos en México, el mundo estaba ya comenzando a paralizarse por un virus que hasta ese momento había cobrado la vida de más de 60,000 personas, y en fechas recientes más

¹ Este capítulo es una traducción modificada y ampliada de su versión original publicada en el *Journal of Bioethical Inquiry*, bajo el título “The COVID-19 Pandemic and Ethics in Mexico Through a Gender Lens”, con fecha 27 de agosto 2020. Una versión corta de este capítulo también fue preparada para la revista *Género y Salud* del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en México, en prensa.

² Marcha del 8 y paro del 9 de marzo, *El Universal*, marzo de 2020, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/marcha-del-8-y-paro-del-9-de-marzo>. Fecha de consulta: 22 de agosto de 2020.

³ “La revolución de las jacarandas”, *Nexos*, abril de 2020, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=47492>. Fecha de consulta: 22 de agosto 2020.

de 423, 349 vidas;⁴ lo anterior, obligo desde el inicio de la declaración de la pandemia a confinar personas y familias en sus hogares y abrumando los (de por sí frágiles) sistemas de salud. En esta situación inédita, las niñas, adolescentes y mujeres nos encontramos entre la espada y la pared de dos crisis de salud pública —la pandemia y la violencia de género— en un país donde el machismo es patrimonio nacional.⁵

Ante la rápida propagación de SARS-CoV-2, las medidas de distanciamiento resultan fundamentales. Paradójicamente, además de que el #QuédateEnCasa se confronta con distintas realidades socioeconómicas, el aislamiento y confinamiento preocupa mucho en un país donde la violencia doméstica es la más incidente de las violencias hacia las mujeres, y gran parte de los feminicidios son perpetuados en contextos familiares, de pareja o amistad.⁶ En una pandemia, estas situaciones pueden exacerbarse.⁷ Por un lado, el estrés y la incertidumbre económica son disparadores; por el otro, el confinamiento aleja a las mujeres de sus redes de apoyo. Es imperante implementar programas de atención a la salud durante la pandemia con perspectiva de género para atender la problemática en el nuevo contexto:⁸ ¿cómo puedo pedir ayuda si hay convivencia obligada con mi agresor? Por ejemplo, aplicaciones móviles podrían ser soluciones (aunque con limitaciones) si se habilitan para funcionar como botones de pánico. Es así, como a lo largo del texto señalamos las realidades desde miradas de mujeres en nuestro país, lo cual debe ser crucial para la adopción de políticas públicas en salud sexual y reproductiva durante la COVID-19, así también ha sido el llamado de más de 59 países en declaraciones públicas.⁹

⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Who Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*, disponible en: <https://covid19.who.int>, fecha de consulta: 22 de agosto de 2020.

⁵ Htun, M, F. Jensenius, F. Aspirational laws as weak institutions: Legislation to combat violence against women in Mexico. En: *The Politics of Institutional Weakness in Latin America*, edited by D. M. Brinks, S. Levitsky, and M. V. Murillo, Cambridge, Cambridge University Press, en prensa.

⁶ UN Women, *Global Database on Violence Against Women*, disponible en: <https://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/americas/mexico>. Fecha de consulta: 22 de agosto de 2020.

⁷ Capdevielle, P., Manrique de Lara Ramírez, A., Medina Arellano, M. de J. The COVID-19 pandemic and ethics through the eyes of women, *Blog, BMJ Journals-COVID-19*, abril de 2020, disponible en: <https://blogs.bmj.com/covid-19/2020/04/15/the-covid19-pandemic-and-ethics-through-the-eyes-of-women/>. Fecha de consulta: 22 de agosto de 2020.

⁸ Capdevielle, P., Manrique de Lara Ramírez, A., Medina Arellano, M. de J., “Dilemas del #QuédateEnCasa”, *Nexos*, mayo de 2020, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=47916>. Fecha de consulta: 13 de junio de 2020.

⁹ Klasing, A., “59 governments release joint statement on protecting SRHR and promoting Gender-responsiveness in the COVID-19 crisis”, Human Rights Watch, 8 de mayo

II. VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SOLIDARIDAD

En el contexto mexicano y otras partes del mundo, la violencia estructural hacia la mujer es normalizada de muchas maneras y se manifiesta en los distintos niveles de la sociedad. El feminicidio ya cobraba miles de vidas de mujeres antes de la cuarentena, y esto no ha ido en disminución.¹⁰ Desafortunadamente, esta normalización es muchas veces representada por la prensa, y juega un rol crucial en este sentido, dado que las notas que cubren, por ejemplo, situaciones de feminicidio se hacen utilizando la tragedia de nuestros cuerpos para retratar la situación, sin embargo, el efecto colateral es la normalización del feminicidio y la perpetuación de las mujeres como grupo altamente vulnerable.¹¹

El confinamiento, como señalamos, acentúa estas violencias. Otro ejemplo de esta situación desigualdad normalizada es en la repartición de labores no remuneradas de cuidado, basada en estereotipos machistas. Tan normalizada está, que hasta autoridades en nuestro país no dudaron en afirmar que las mujeres en casa podrían estar pendientes de la salud de las personas mayores, explicando que los varones suelen ser “más desprendidos”.¹² En la cuarentena, la mayoría de las mujeres serán responsables de: tareas domésticas incrementadas; cuidado de las infancias, incluyendo apoyo en su educación dado el cierre de escuelas; atención a familiares con alguna discapacidad física o mental; cuidado de personas ancianas; y, en su caso, atención a los mismos enfermos de COVID-19. Las infancias tendrán efectos psicológicos adversos durante el confinamiento también, dado que las niñas y adolescentes también asumen tareas de cuidado en el apoyo a las madres.¹³ Algunas mujeres tendrán que lidiar también con la carga de trabajo profesional, considerando que de por sí viven

de 2020, disponible en: <https://www.hrw.org/news/2020/05/08/governments-call-protection-sexual-and-reproductive-rights>. Fecha de consulta: 13 de junio de 2020.

¹⁰ Lara Olmos, M., *Ni una más: Feminicides in Mexico*, 4 de abril de 2020, disponible en: <https://justiceinmexico.org/femicidesinmexico/>. Fecha de consulta: 12 de mayo de 2020.

¹¹ Tiscareño-García, E., Miranda-Villanueva, O. M., “Victims and perpetrators of femicide in the language of the Mexican written press”, *Comunicar*. 2020; 28(63): 51-60. DOI:10.3916/C63-2020-05.

¹² Morales, A. *et al.*, “Pide AMLO a mujeres y familias cuidar a los abuelitos ante coronavirus”, *El Universal*, 24 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/coronavirus-en-mexico-pide-amlo-mujeres-cuidar-abuelitos>. Fecha de consulta: 29 de abril de 2020.

¹³ Wang, G. *et al.*, “Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak”, *The Lancet*, 395 (10228), 2020, pp. 945-947.

mayor precariedad laboral y perciben salarios menores.¹⁴ Todo esto genera situaciones de agobio, cansancio crónico y desgaste mental, mismas que pueden afectar de manera permanente la salud emocional, mental y física de las mujeres, algunas veces llevándolas hasta el suicidio.¹⁵ Además, las corrientes bioéticas tradicionales tienden a enfocarse en valores individualistas, por ejemplo, la autonomía, ignorando otros principios bioéticos importantes, como son: solidaridad, compasión y valores comunitarios, que son esenciales en estos tiempos de pandemia.¹⁶

III. TRABAJADORAS DE LA SALUD: RIESGOS Y SEGURIDAD

Es importante resaltar que las mujeres conforman el 70% de profesionales de atención a la salud en el mundo, de acuerdo con los datos de la Organización Mundial para la Salud (OMS);¹⁷ y además son mayoritarias en otros empleos con gran exposición al contagio (ej. empleadas de limpieza, cajeras en supermercados y farmacias). Es así, como creemos que en las conferencias de prensa las mujeres deberían estar más presentes, aquellas en puestos clave de enfrentamiento a la pandemia, puesto que son ejemplos o modelos por seguir para generaciones presentes y futuras, son nuestras heroínas. Sin embargo, tristemente no sorprende, pero es altamente ilustrativo, que la mayoría de las personas presentes en la conferencia de prensa sobre la pandemia COVID-19 en México son hombres “expertos”, y esto se puede explicar porque la mayoría de los puestos directivos en los Institutos Nacionales de Salud y de la Secretaría de Salud son ocupados por hombres.¹⁸ De qué sirve

¹⁴ Scolese, A. *et al.*, “Intimate Partner Violence Against Low-Income Women in Mexico City and Associations with Child School Attendance: A Latent Class Analysis Using Cross-sectional Data”, *Maternal and Child Health Journal*, 2020; 24: 360-368.

¹⁵ Rojas-García, G. y M. P. Toledo González, “Paid domestic work: Gender and the informal economy in Mexico”, *Latin American Perspectives* 45(1) 2017, pp. 146-162.

¹⁶ Medina-Arellano, M. de J., “Principios bioéticos y biojurídicos en tiempos de COVID-19: pacientes como vectores y víctimas”, en *Emergencia Sanitaria del COVID-19: Desde el derecho* (I), N. González Martín (coord.), Mexico, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020, pp. 19-24, disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/publicaciones/detalle-publicacion/151>.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, OMS. Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce. *Human Resources for Health Observer*, 24, 2019, disponible en: <https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/>. Fecha de consulta: 8 de abril de 2020.

¹⁸ Rivera-Romano, L. S. *et al.*, “Gender imbalance in executive management positions at the Mexican National Institutes of Health”, *Human Resources for Health*, 18(1) 2020, pp. 21-32. DOI:10.1186/s12960-020-0463-4.

que sean mayoría las heroínas en el sector salud, si siguen siendo subsumidas por la heteronormatividad patriarcal del ámbito médico. El colmo es que incluso el lenguaje que se utiliza es jerárquico, basado en estereotipos sexuales cuando se habla de las personas trabajadoras del sector salud, por ejemplo, constantemente se habla de médicos y enfermeras, lo cual contribuye a exponer la estructura de poder existente y dominante.

Finalmente, la falta de elementos de seguridad para las profesionales de salud, particularmente enfermeras, han sido atacadas, no solamente por el nocivo y descorazonado COVID-19, sino también por la sociedad desinformada, quien las ha atacado con una crueldad nunca vista, al menos en países como el nuestro, la India, Filipinas, incluso EUA, por mencionar algunos.¹⁹

IV. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ACCESO AL ABORTO LIBRE Y SEGURO

El destino prioritario de recursos y personal médico para atender la crisis puede afectar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en este país con altas tasas de violencia gineco-obstétrica.²⁰ Aunque en nuestro país ya se emitió un lineamiento especial de atención para mujeres embarazadas, protegiéndolas también de contagio de COVID-19,²¹ nada se ha dicho sobre el acceso a servicios de emergencia a mujeres víctimas de violencia sexual, como medios seguros para interrumpir un embarazo producto de una violación. La misma preocupación existe sobre la disponibilidad de servicios no aplazables para terminar una gestación cuando existe una causal o, en el caso de la Ciudad de México y Oaxaca, incluso no solamente en situaciones de violencia sexual, sino cuando ésta no es deseada como parte de un derecho reproductivo fundamental. El derecho a la salud está vinculado al derecho a la vida, desarrollo de la personalidad, dignidad humana y libertad sexual y reproductiva, constituyendo derechos humanos que no pueden ser

¹⁹ McKay, D. *et al.*, “Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19”, *The Lancet* 395(10239) 2020: P1743-1745.

²⁰ Calvo Aguilar, O. *et al.*, “Obstetric violence criminalised in Mexico: a comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission”, *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46, 2020, pp. 38-45.

²¹ Secretaría de Salud. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. México: Versión 1: 10 de abril de 2020, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_prevenicion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_C.NEGSR__1_.pdf. Fecha de consulta: 13 de junio de 2020.

desbaratados por ninguna medida de excepcionalidad. Es importante señalar que la NOM-046 —una regulación técnica de observancia obligatoria implantada por el gobierno—, establece las medidas que se deben de adoptar para el acceso rápido y seguro a cualquier mujer víctima de violencia sexual, incluso si se trata de una niña menor de edad legal. De esta manera, estemos o no de acuerdo con la interrupción del embarazo, ante una situación de violencia en ningún Estado de la república debe de existir demora en el acceso a este derecho sexual y reproductivo, independientemente de las objeciones morales que presente el profesional de la salud.

Tristemente, en nuestro país durante estos tiempos de pandemia, en donde los feminicidios siguen en aumento y el abuso sexual también, en legislaturas locales como la de Guanajuato, se niegan a garantizar estos derechos, protegiendo la vida desde la concepción poniendo en peligro el acceso a mujeres a abortos libres y seguros dada la posible confusión a la que se pueden enfrentar las y los profesionales de la salud.²² Estas discusiones ocurren a la par de fuertes declaraciones y llamados internacionales a los países alrededor del mundo a no manipular la crisis del COVID-19 y mucho menos aprovecharla para avanzar acciones en la restricción de acceso libre y seguro al aborto para las mujeres, es éste el llamado del Grupo de Expertas de Naciones Unidas contra la Discriminación de las Mujeres y Niñas.²³

V. APOYO EN LÍNEA: ACOMPAÑAMIENTO Y USO DE APLICACIONES MÓVILES

El internet juega un papel clave en el seguimiento no solamente del control de la pandemia COVID-19, sino también en combatir la persistente violencia de género en nuestro país. De manera importante, el confinamiento o distanciamiento social ha exacerbado la violencia que se sufre en hogares, más aún donde los hogares se comparten con el perpetrador y en espacios de 5 por 10 metros cuadrados. Indudablemente, las aplicaciones móviles y el acceso al internet podrían ser herramientas adecuadas para garantizar apoyo psicológico, y así evitar no solamente violencia física, sino también

²² Agren D., “In two Mexican states, lawmakers vote down bills to legalize abortion”, *Crux*, 28 de mayo de 2020, disponible en: <https://cruxnow.com/church-in-the-americas/2020/05/in-two-mexican-states-lawmakers-vote-down-bills-to-legalize-abortion/>. Fecha de consulta: 30 de mayo de 2020.

²³ United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner, United States: Authorities manipulating COVID-19 crisis to restrict access to abortion, 27 de mayo 2020, disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25907&LangID=E>. Fecha de consulta: 30 de mayo de 2020.

suicidios.²⁴ Medidas como estas han sido implementadas en México y otros países de América Latina. Un ejemplo en la Ciudad de México es el programa creado por la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, que habilitó la línea #CDHCMAmiga para atender y acompañar a víctimas de violencia de género durante la emergencia sanitaria por medio de texto o WhatsApp además de llamadas directas.²⁵ Otro ejemplo es Argentina, el desarrollo de una aplicación gratuita por parte del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad²⁶ ha sido un recurso complementario de información, y aquellas mujeres que no tienen acceso a internet pueden llamar a otra amiga o familiar para que puedan hacer una llamada o mandar un mensaje mediante esta aplicación y directamente ayudar a la mujer que está en riesgo. Sin embargo, es importante recordar que, en temas de violencia de género, es importante la interseccionalidad. Es decir, reconocer que los factores socioeconómicos son un obstáculo incluso para acceder a un teléfono móvil o cualquier tecnología. Por lo tanto, los esfuerzos deben estar dirigidos aún en proporcionar acceso al internet y móviles a mujeres en situación de pobreza e indígenas, por ejemplo.

VI. INVESTIGACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS ESCASOS

Más allá del riesgo de contraer COVID-19, el derecho a la salud de las mujeres está comprometido durante la pandemia. Por ejemplo, ante la contingencia sanitaria, algunos medios de comunicación en México han hecho declaraciones irresponsables e inexactas sobre la utilidad de algunos fármacos como la hidroxiclороquina, sin considerar que muchos de estos fármacos son esenciales para preservar la salud y vida de miles de mujeres, quienes son más propensas a desarrollar enfermedades crónicas como artritis reumatoide o lupus y que forman ya un grupo de riesgo ante COVID-19.²⁷

²⁴ Beleche, T., "Domestic violence laws and suicide in Mexico", *Review of Economics of the Household* 17(1), 2019, pp. 229-248.

²⁵ Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México. La CDHCM implementa línea de atención telefónica para mujeres víctimas de violencia. Boletín 60/2020, 15 de mayo de 2020, disponible en: <https://cdhcm.org.mx/2020/05/la-cdhcm-implementa-linea-de-atencion-telefonica-para-mujeres-victimas-de-violencia/>. Fecha de consulta: 14 de junio de 2020.

²⁶ Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Medidas en Materia de Género y Diversidad en el Marco de la Emergencia Sanitaria, 15 de abril de 2020, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/medidasanteemergenciasanitaria_2.pdf. Fecha de consulta: 28 de abril de 2020.

²⁷ Salgado-Galicia, N. A. et al., "The role of socioeconomic status in the susceptibility to develop systemic lupus erythematosus in Mexican patients", *Clinical Rheumatology* 39, 2020, pp. 2151-2161.

La pandemia COVID-19, también nos ha enseñado que la mortalidad es más alta en varones, y también deberíamos explorar si se trata de condiciones generadas por el cumplimiento de masculinidades tóxicas.²⁸ La elaboración de cualquier política pública y de investigación en salud durante esta pandemia para enfrentar los retos que enunciarnos debe de hacerse desde la perspectiva de género, dado que el entendimiento de las realidades intersecciones que enfrentamos las mujeres es esencial para entender impacto de la pandemia en nuestras vidas en México y el mundo.²⁹ Para ejemplificar la incorporación de perspectiva de género en una política pública de salud presentamos el caso de la “Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia”, en adelante Guía Bioética, publicada el 30 de abril de 2020 por el Comité de Ética de la Comisión Científica del Consejo de Salubridad en México.³⁰ Es crucial reconocer que en algunas situaciones podemos vernos frente a una situación donde tuviéramos un ventilador y dos pacientes con la misma probabilidad de sobrevivir; en dichos casos la Guía Bioética mantiene que en un primer momento se deberá considerar la perspectiva de género conforme a la evidencia científica disponible, y en un segundo momento si uno de estos pacientes pertenece a grupos en situación de vulnerabilidad histórica. Si las consideraciones anteriores no desempatan la situación se recurriría al azar para decidir a quién otorgar el equipo médico escaso.

VII. REFLEXIÓN FINAL

Finalmente, la pandemia ha logrado resaltar y exacerbar desigualdades y fallas a diferentes niveles. Aunque los paros nacionales de mujeres, 8M y 9M, parecen de otra vida, las exigencias son vigentes ahora más que nunca. Estos temas sobre acceso a la salud, justicia y vida libre de violencia de las mujeres

²⁸ The Conversation, COVID-19’s deadliness for men is revealing why researchers should have been studying immune system sex differences years ago, 9 de junio de 2020, disponible en: <https://theconversation.com/covid-19s-deadliness-for-men-is-revealing-why-researchers-should-have-been-studying-immune-system-sex-differences-years-ago-138767>. Fecha de consulta: 13 de junio de 2020.

²⁹ Papp, S. y Hersh, M. A., “Gender Lens for COVID 19”, *Project Syndicate*, 27 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.project-syndicate.org/commentary/covid19-response-requires-a-gender-lens-by-susan-papp-and-marcy-hersh-2020-03>. Fecha de consulta: 28 de abril de 2020.

³⁰ Consejo de Salubridad General, Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia, 30 de abril 2020, disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf. Fecha de consulta: 22 de agosto de 2020.

no deben quedar de lado, sino que deben asumirse como parte fundamental de cualquier plan de mitigación. Todas estamos preocupadas por la pandemia, pero no olvidemos que la violencia machista es el mal más fulminante contra nuestras vidas. Ningún gobierno deberá considerar estas situaciones como secundarias, por las mujeres en México, estamos seguras de que nunca olvidaremos, ni perdonaremos y desde todos los espacios: académico, activista, organizaciones de la sociedad, exigiremos justicia para todas.

VIII. FUENTES DE CONSULTA

- AVERBUCH, M. 2020. “We’ll Disappear”: Thousands of Mexican Women Strike to Protest Femicide, *The Guardian*, 9 de marzo, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/09/thousands-mexican-women-protest-violence-murders-femicide-government-inaction>.
- BELECHE, T., 2019, “Domestic violence laws and suicide in Mexico”, *Review of Economics of the Household* 17(1): 229-248. DOI:10.1007/s11150-017-9362-4.
- CALVO AGUILAR, O. *et al.*, 2020, “Obstetric violence criminalised in Mexico: a comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission”. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 46: 38-45. DOI: 10.1136/bmj.srh-2018-200224.
- El Universal*, 2020, Women’s Day 2020: Thousands of Women took over Mexico to Demand Justice and Equality through Massive Protests, 9 de marzo, disponible en: <https://www.eluniversal.com/english/womens-day-2020-thousands-womentook-over-mexico-demand-justice-and-equality-through-massive#imagen-1>.
- HTUN, M. y JENSENIUS, F., *Forthcoming*. Aspirational laws as weak institutions: Legislation to combat violence against women in Mexico, en *The Politics of Institutional Weakness in Latin America*, edited by D. M. Brinks, S. Levitsky, and M.V. Murillo. Cambridge: Cambridge University Press.
- KLASING, A., 2020, Governments Call for Protection of Sexual and Reproductive Rights. Human Rights Watch, 8 de mayo, disponible en: <https://www.hrw.org/news/2020/05/08/governmentscall-protection-sexual-and-reproductive-rights>.
- MCKAY, D. *et al.*, 2020, Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19, *The Lancet*, 395(10239): P1743-1745.

- MEDINA-ARELLANO, M. de J., 2020, Principios bioéticos y biojurídicos en tiempos de COVID-19: pacientes como vectores y víctimas en emergencia sanitaria del COVID-19: desde el derecho (I), N. González Martín, (coord.), México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/publicaciones/detalle-publicacion/151>.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020, Medidas en Materia de Género y Diversidad en el Marco de la Emergencia Sanitaria. Last modified April 15, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/medidasanteemergenciasanitaria_2.pdf.
- MIRANDA-ACKERMAN, R. C. *et al.*, 2019, Burnout syndrome prevalence during internship in public and private hospitals: a survey study in Mexico. *Medical Education Online* 24(1): 1593785. DOI:10.1080/10872981.2019.1593785.
- MORALES, A. *et al.*, 2020, “Pide AMLO a mujeres y familias cuidar a los abuelitos ante coronavirus”, *El Universal*, 24 de marzo, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/politica/coronavirus-en-mexico-pide-amlo-mujeres-cuidar-abuelitos>.
- NOM-046-SSA2-2005. 2009. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, *Diario Oficial de la Federación*, 16 de abril, disponible en: <http://www.cndh.org.mx/Doc/TR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>.
- OLMOS, M., 2020, Ni una más: Femicides in Mexico, 4 de abril, disponible en: <https://justiceinmexico.org/femicidesinmexico/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019, Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce. Human Resources for Health Observer 24, disponible en: <https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020, Coronavirus (COVID-19), disponible en: <https://covid19.who.int>. Fecha de última consulta: 28 de abril de 2020.
- PADRÓN INNAMORATO, M. *et al.*, 2017, *No todo el trabajo es empleo: avances y desafíos en la conceptualización y medición del trabajo en México*. Ciudad de México: El Colegio Mexiquense, A. C.
- PALACIOS-GONZÁLEZ, C., 2020, Coronavirus: los escenarios para México. *Animal Político*, 21 de marzo, disponible en: <https://www.animalpolitico.com/blog- invitado/coronavirus-losescenarios-para-mexico>.

- PAPP, S. y M. HERSH, 2020, A Gender Lens for COVID-19. Project Syndicate, 27 de marzo, disponible en: <https://www.project-syndicate.org/commentary/covid19-response-requires-agender-lens-by-susan-papp-and-marcy-hersh-2020-03>.
- RIVERA-ROMANO, L. S. *et al.*, 2020, Gender imbalance in executive management positions at the Mexican National Institutes of Health. *Human Resources for Health* 18(1): 21-32. DOI:10.1186/s12960-020-0463-4.
- ROJAS-GARCÍA, G. y TOLEDO GONZÁLEZ, M. P., 2017, Paid domestic work: Gender and the informal economy in Mexico. *Latin American Perspectives* 45(1): 146-162. DOI: 10.1177/0094582X17734545.
- SALGADO-GALICIA, N. A. *et al.*, 2020, The role of socioeconomic status in the susceptibility to develop systemic lupus erythematosus in Mexican patients. *Clinical Rheumatology*. DOI:10.1007/s10067-020-04928-5.
- SCOLESE, A. *et al.*, 2020, Intimate Partner Violence Against Low-Income Women in Mexico City and Associations with Child School Attendance: A Latent Class Analysis Using Cross-sectional Data. *Maternal and Child Health Journal* 24: 360-368. DOI:10.1007/s10995-020-02877-8.
- Secretaría de Salud, México, 2020, Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica Situación de Emergencia, 11 de abril, disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf.
- Secretaría de Salud, México. 2020. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, Mexico, 20 de abril, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_prevenccion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR__1_.pdf.
- TISCAREÑO-GARCÍA, E. y MIRANDA-VILLANUEVA, O. M., 2020, Victims and perpetrators of femicide in the language of the Mexican written press. *Comunicar* 28(63): 51-60. DOI:10.3916/C63-2020-05.
- URRUTIA, A. y JIMÉNEZ, N., 2020, Crecen feminicidios en lo que va del año, reporta Durazo. *La Jornada*, 20 de julio, disponible en: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/07/20/crecen-feminicidios-en-lo-que-va-del-ano-reporta-durazo-2781.html>.
- WANG, G. *et al.*, 2020, Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 395(10228): 945-947.
- XANTOMILA, J., 2020, ONU: Feminicidios en México crecieron diariamente de 7 a 10 en tres años. *La Jornada*, 5 de marzo, 2020, disponible en: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/03/05/onu-feminicidios-en-mexico-crecieron-de-7-a-10-diarios-en-tres-anos-8647.html>.

LA PERSPECTIVA BIOÉTICA DE LA CARA MÁS DURA DE LA COVID-19: MIGRACIÓN VULNERADA Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Eunice RENDÓN

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *La bioética ante la exclusión social de Latinoamérica y su impacto en la pandemia*. III. *Migración vulnerada*. IV. *Violencia contra la mujer en tiempos de pandemia*. V. *Conclusiones*. VI. *Referencias*.

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2, además de afectar nuestra economía, bienestar y entorno, ha puesto de manifiesto otras crisis humanitarias de antaño de nuestra región, como son la violencia de género y las vulnerabilidades de la población en contexto de migración.

La emergencia sanitaria y su enorme impacto en la vida y la dinámica social de las personas y grupos, obliga a analizar desde una perspectiva bioética de justicia y responsabilidad social los temas sanitarios y, en particular, la afectación y mayor vulneración que ocasiona en ciertas poblaciones, aunado a otros determinantes sociales y sus contextos. La bioética, al ser una disciplina que contribuye a orientar y reflexionar sobre situaciones dilemáticas con aristas que van desde lo económico hasta lo social, pasando por lo ecológico, lo ético o biomédico y la biotecnología, aporta un enfoque interdisciplinario relevante y urgente ante la pandemia que tenemos frente.

A lo largo de este capítulo explicaremos que la pandemia golpea con mayor fuerza a los estratos más desfavorecidos, y acentúa la marginación y la exclusión social de la región; asimismo, tocaremos con detalle las condiciones y características de migrantes y mujeres, dos grupos en los que la pandemia ha subrayado las desigualdades, dificultando aún más el ejercicio de derechos básicos como acceder a servicios de salud, tránsito, oportunida-

des, ayuda humanitaria e incluso contar con condiciones de higiene y medidas de distanciamiento social adecuadas en contextos de crisis.

A su vez se analizará desde una visión bioética de justicia, acceso y equidad la cara más vulnerable de la pandemia, para brindar un enfoque humanizado de los retos que enfrentan los que de por sí tenían condiciones desfavorables y sus derechos humanos vulnerados. De tal forma que ahondaremos primero, en la situación e impactos de la COVID-19 en la población migrante en las fronteras norte y sur de México, así como en los Estados Unidos; y segundo, examinaremos los efectos de la pandemia en el recrudecimiento de la violencia contra las mujeres, el fortalecimiento de los roles de género y los obstáculos que representa para acceder a servicios de salud.

II. LA BIOÉTICA ANTE LA EXCLUSIÓN SOCIAL DE LATINOAMÉRICA Y SU IMPACTO EN LA PANDEMIA

En los últimos años, mucho se ha discutido sobre las problemáticas particulares de los contextos latinoamericanos y su análisis bioético. Si bien muchas de las reflexiones en torno a la disciplina bioética se han dado inspiradas por problemas compartidos en contextos y conceptos anglosajones y europeos, como el fin de la vida, el aborto, la genómica, la relación médico paciente entre otros aspectos de perspectiva individual, cada vez más, es necesario analizar las problemáticas propias de la región que guardan ante todo un corte comunitario. Bajo esta visión, temas como la pobreza, el desarrollo, la desigualdad, la migración y la violencia se vuelven relevantes para ser analizados desde la óptica de los principios bioéticos de la justicia, la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía.

La equidad en la distribución de cargas y beneficios, el no producir daño y prevenirlo, actuar en beneficio de los demás y respetar las capacidades de cada uno para decidir es parte de lo que un análisis serio de nuestros problemas con perspectiva comunitaria requiere. La bioética ha prestado escasa atención a las situaciones de los grupos marginados por concentrarse principalmente en los avances tecnológicos del primer mundo. Es únicamente en tiempos recientes que la bioética se ha abierto a una perspectiva más global, preocupada por lo cultural y por los problemas de la justicia y vulnerabilidades socioeconómicas (Feito Grande, 2010, 40-41).

Construir una bioética latinoamericana obliga a distinguir entre la *ética relacionada con situaciones emergentes*, de aquella que se enfoca en situaciones persistentes, con raíces estructurales como lo son muchos de los problemas

y dilemas éticos que tenemos en los países en vías de desarrollo (Fuentes Delgado y Angulo-Bazán, 2020, 11). En el caso particular de nuestro análisis, la violación a los derechos fundamentales de los migrantes, la discriminación y la xenofobia tienen su base en condiciones históricas de falta de oportunidades e inequidad. Por su parte, la violencia de género tiene raíces estructurales que se sustentan en la cultura del machismo y florecen ante la impunidad y la falta de justicia.

Vale la pena destacar que las características de la región del mundo a la que nos referimos influyen en el análisis. Las poblaciones sobre las que versa este estudio y las situaciones y problemas que enfrentan en tiempos del COVID-19, subyacen principalmente en condiciones y realidades latinoamericanas. Por supuesto que algunos de estos fenómenos son temas relevantes en otras latitudes, pero lo vertido a lo largo de este capítulo se limita al análisis de la región mencionada, principalmente a Centroamérica, México y los migrantes latinoamericanos en Estados Unidos.

La protección de la salud es un derecho universal e inalienable que debemos considerar desde una perspectiva amplia, que va más allá de la ausencia de la enfermedad. Incluye el bienestar integral libre de violencia de los seres humanos. La bioética examina, así, la salud (física, sexual, reproductiva y mental) de la población en función del entorno social, y revisa los obstáculos para el desarrollo humano (individual y colectivo) en el que confluyen aspectos económicos, políticos, sociales, biológicos, sociológicos, médicos, geográficos, históricos y jurídicos, que recuerdan la esencia misma del objeto de investigación. Bajo dicho concepto, la inclusión de los determinantes sociales en la balanza es fundamental.

Se debe contar con una calidad de vida adecuada que conlleve a una satisfacción tanto individual como colectiva. En este sentido, las estructuras gubernamentales deben procurar brindar las condiciones necesarias y el acceso sin distinciones sociales ni estigmas, de tipo económico, étnico, cultural, social, político, religioso, entre otros. De tal forma que la bioética toma, cada vez más, una postura más apegada a la realidad de las problemáticas en salud de carácter colectivo, lo cual es de enorme relevancia en la región de Latinoamérica y en las poblaciones sujetas de análisis en este capítulo de cara a la COVID (Cantú-Martínez, 2019, 73).

En Latinoamérica, por diversas razones, la situación operativa y el acceso a los sistemas sanitarios no satisface ni las necesidades ni las expectativas de los usuarios, mucho menos lo hace con poblaciones de por sí vulneradas, que son las últimas y las que más difícil tienen el acceso al sistema de salud. Primero, contamos con limitaciones importantes en los servicios de salud

pública que se reflejan en la infraestructura, el equipamiento, los insumos de autoprotección, de diagnóstico y de vigilancia, aunado a escasos recursos humanos especializados. Segundo, la falta de sistemas nacionales robustos y con recursos suficientes para la gestión en investigación y la falta de fortalecimiento y apoyos a la comunidad científica, de la mano con la ausencia en muchos casos de formación científico-ética fuerte a nivel universitario, lo hacen más complejo y nos ponen en mayor vulnerabilidad ante las emergencias sanitarias. Y en tercer lugar, la incipiente cultura ciudadana en educación para la salud que aumenta los riesgos y la fragilidad de nuestros sistemas en tiempos de pandemia (Fuentes Delgado y Angulo-Bazán, 2020, 11). En consecuencia, este panorama afecta en general a la población y el acceso a la salud de muchas personas pero, de forma particular, restringe el ejercicio de este derecho en grupos de por sí vulnerados.

Cuando el sistema de salud se sobrecarga más allá de su capacidad, ¿cómo podemos asignar éticamente los bienes escasos y servicios de salud? ¿Cómo podemos garantizar que las poblaciones marginadas tengan acceso a la atención que necesitan? ¿Qué deberes éticos tenemos con las personas vulnerables separadas de sus familias y comunidades? ¿Cómo podemos equilibrar éticamente los deberes de los médicos para con los pacientes y la comunidad en general? Los estándares de atención normalmente requieren que los médicos satisfagan las necesidades médicas específicas de sus pacientes. Pero en una crisis, es posible que tengamos que cambiar el estándar de atención para enfatizar las necesidades de la comunidad, el bien común por encima del bien individual sin dejar de brindar la mejor atención posible a nivel individual.

Según datos de la ONU, la llegada del virus SARS-CoV-2 ha retrasado diez años los objetivos de la Agenda 2030, especialmente aquellos relacionados con la desigualdad y la pobreza. La precariedad, la falta de planeación y la exclusión generan estragos más severos en las poblaciones que por sus contextos se encuentran en mayor vulnerabilidad. No es casualidad que el 90% de los casos de COVID-19 se registren en ciudades con crisis urbanas derivadas de la desigualdad. En los países más pobres, tres de cada cuatro muertos son de los estratos menos favorecidos y cuatro de cada seis provienen de asentamientos informales (ONU, 2020).

Asimismo, datos del Banco Mundial sugieren que la caída del PIB en Latinoamérica será de 7.9% en 2020; en tanto que en México se prevé una caída de casi el 10% (Banco Mundial, 2020, 31), sin precedentes en la historia reciente de nuestro país. Mientras que información de las Naciones Unidas señala que el 75% de las ciudades del mundo son más desiguales que hace veinte años, ocasionando que mil millones de personas en el mun-

do vivan en barrios complejos y sin acceso a servicios (ONU-Habitat, 2016, 69). Dicha situación implica que muchas personas tuvieron menos acceso a salud y otros derechos fundamentales y humanos, que otras. La salud de todo ser humano depende de acciones y elementos de carácter socioeconómico, político y ambiental, rodeados de un marco contextual de orden cultural, que supeditan las condiciones de salud que muestran las poblaciones analizadas en este capítulo y que trasciende también en la calidad de vida que tienen. Estas condiciones permiten o no, aspirar a relaciones humanas y servicios básicos sustentados en la igualdad y la dignidad, en los que la bioética puede jugar un papel transformador e incidir en las instituciones, sistemas y organizaciones para lograr el nivel de justicia ético que se requiere (Pfeiffer, 2015, 39).

La evidencia muestra que, en general, las poblaciones vulneradas mueren más de coronavirus que el resto. En este sentido, se ha demostrado que una de las principales variables correlacionadas con la probabilidad de muerte por el virus es vivir en condiciones de hacinamiento y precariedad. Además, la letalidad se duplica en aquellos sitios en los que la población se encuentra en situación de mayor pobreza y marginación. La cualidad de la disciplina bioética de orientar y reflexionar sobre situaciones complejas es muy pertinente ante diversos de los escenarios que el SARS-CoV-2 presenta ante recursos escasos, exceso de demanda e inequidad en el acceso a las condiciones, medicamentos, instituciones y servicios necesarios con la enfermedad.

III. MIGRACIÓN VULNERADA

La migración es un fenómeno global. La Organización Internacional para las Migraciones de Naciones Unidas estima que en el mundo hay aproximadamente 272 millones de migrantes, que representan el 3.5% de la población mundial (OIM-ONU, 2020, 2). Asimismo, en 2019 los migrantes constituyeron 15% de la población en Estados Unidos (Conapo y Fundación BBVA, 2020, 20). Desafortunadamente, y a pesar de ser un tema de antaño, siguen existiendo muchos retos y barreras de acceso para los migrantes y sus familias, especialmente en países que no cuentan con los recursos ni las políticas adecuadas para atenderlos.

La población en migración en todas sus caras: expulsión, tránsito, retorno y recepción, se ha visto obligada a enfrentar con menor protección y acceso a servicios, los estragos del problema sanitario derivado del virus SARS-CoV-2. Tan solo 43% de los países brindan servicios de salud a los migrantes,

sin importar su estatus legal (OIM-ONU, 2020); además, tres cuartos de la población mundial de refugiados y muchos migrantes se encuentran en sitios en los que los sistemas de salud están rebasados (ONU Habitat, 2020). Esto, entre otras situaciones, dificulta la atención y acceso de las personas en movilidad. En este contexto, la bioética debe permear el análisis y la búsqueda de soluciones de fenómenos tan complejos como la migración y la COVID-19, desde una perspectiva solidaria, laica e incluyente.

La combinación entre la migración y la salud no es un tema menor desde el ámbito de la bioética y de los derechos humanos. Particularmente del derecho humano al acceso a la salud. La movilidad de las personas y las razones por las que deciden migrar plantea muchos problemas éticos, tanto a los países expulsores como a los receptores. Históricamente, la población migrante ha sido víctima del racismo, discriminación, violencia y desigualdad, y actualmente la contingencia sanitaria derivada del coronavirus ha agravado estas problemáticas, dificultando aún más el pleno ejercicio de sus derechos humanos. La justicia y la equidad debieran entonces ser el eje de las políticas de atención y de la cooperación internacional para el apoyo de esta población, ante las inminentes vulnerabilidades que tienen con la COVID.

El bien común es la obligación de actuar en beneficio de otros, para lograr una situación más adecuada para todos, a través del alcance de un conjunto de condiciones de la vida social que permiten lograr lo que cada quien considera como bienestar. Ahondar en las obligaciones éticas de los países, para lograr este bien común al momento de poner en marcha legislaciones y acciones relacionadas con la migración, es fundamental. Es también menester hacerlo considerando los riesgos y los beneficios de los flujos migratorios. La migración es un fenómeno que sucede desde hace mucho tiempo y es producto de la falta de oportunidades, determinantes sociales precarios y de la violencia estructural y la supervivencia.

Además de los factores sociales comunes relacionados con la pobreza, es importante subrayar las condiciones de riesgo que conlleva radicar en países con violencia homicida. En Latinoamérica, la escasez de la participación de los sistemas éticos aunado a la falta de planeación y recursos, expone a la población a una serie de problemas de inequidad social. Que quede claro, no hay viaje más esencial que el que se hace para salvar la vida. Aún con pandemia algunos han preferido tomar el riesgo de enfermarse y enfrentar las restricciones de paso transitando por rutas más peligrosas, antes que morir por la violencia homicida que viven en sus países de origen y eso seguramente repuntará en 2021.

El recorte del gasto en sectores sociales, como la salud, a expensas de otras prioridades, tiene como consecuencia la generación de inequidad en el acceso a los servicios de salud y medicamentos; lo que dificulta la atención al creciente número de pacientes que el virus deja (Gostin *et al.*, 2020). Estas condiciones, hacen necesario y urgente que los países más favorecidos no desconozcan su obligación de abrir puertas, fronteras o límites geográficos a quienes escapan o huyen de condiciones que atentan contra sus vidas, como lo son la pobreza, la marginación y desafortunadamente cada vez más, la violencia homicida (Vargas, 2019, 41).

La justicia social y distributiva exige que los suministros y las medidas preventivas se distribuyan de manera equitativa, para garantizar que las poblaciones más pobres y marginadas, como los migrantes, proveedores de bienes y servicios esenciales, productores agrícolas de alimentos, así como personas que llevan a cabo funciones críticas de salud pública, reciban una proporción justa ante un escenario de recursos escasos.

Como grupos en situación de mayor vulnerabilidad, los inmigrantes indocumentados y los deportados presentan afectaciones a su salud originadas en buena medida por las condiciones del viaje, la infraestructura para la provisión de servicios de salud y políticas migratorias restrictivas. Desde el lugar de origen hasta el retorno, las necesidades en salud de las personas migrantes pueden agravarse con el paso del tiempo, en especial si no disponen de recursos y redes sociales que faciliten su acceso a atención médica y a otros servicios básicos necesarios (Rosales, 2019).

En el caso de nuestros migrantes en expulsión vale la pena recordar que el 97% de ellos ha emigrado a Estados Unidos. (IME, SRE 2017). De tal forma que hoy tenemos cerca de 35 millones de migrantes de origen mexicano de primera, segunda y tercera generación en ese país. (Pew Research Center, 2018) La discriminación y la xenofobia en contra de migrantes son problemas históricos en el vecino país del norte. Sin embargo, la llegada de Trump a la presidencia ha agravado la situación. De acuerdo con estadísticas del FBI, entre 2016 —año previo a que iniciara el mandato de Trump— y 2019, los incidentes de crímenes de odio contra latinos se incrementaron 53.19% (FBI, 2017 y 2020). Este cambio y aumento importa en tiempos de pandemia. Muchos migrantes han muerto en sus casas por miedo a acercarse al sistema de salud y ser no únicamente rechazado, sino también castigado y/o reportado al no tener documentos.

La salud representa uno de los factores que tradicionalmente vulneran más al migrante, especialmente a aquél en expulsión que no cuenta con documentos, ya que esto puede en muchos casos ser un impedimento para el acceso a servicios médicos, violando así el derecho humano del acceso a

la salud. Los dilemas al respecto son diversos y complejos. ¿Debemos, aun ante la falta de documentos permitir como Estados, el acceso de estas personas a los servicios de atención médica a pesar de contar con sistemas de salud rebasados?

Muchos migrantes, por ejemplo nuestros connacionales en Estados Unidos, son parte fundamental de industrias esenciales, sin las cuales sería imposible contar con el alimento, energías y productos básicos para superar la pandemia. Desafortunadamente sus derechos y el ejercicio efectivo de estos, especialmente el de la salud y apoyos sociales no han sido considerados igual de esenciales y ante la pregunta de si se les atiende y considera con una perspectiva de equidad en caso de enfermar y requerir del sistema, la respuesta es desfavorable para ellos, de manera injusta y sin ningún criterio de responsabilidad social, como se requiere ante el dilema planteado.

Los latinos conforman el 17.6% de la fuerza laboral de Estados Unidos (Flores, 2017), y son los más afectados económicamente por la COVID-19. Desde inicios de marzo, la pandemia impactó en su desempleo (Krogstad, 2020). Según datos del Pew Research Center, en el 49% de los hogares latinos, al menos uno de sus miembros ha visto una pérdida de sus ingresos o fue despedido a causa de la crisis sanitaria (Pew Research Center, 2020). Aunque por su tipo de labor, en industrias esenciales que no han frenado tareas, tienen más riesgos de ser infectados, están excluidos de la ayuda gubernamental; tal es el caso de los más de 2.3 billones de dólares de apoyo financiero concedidos por la administración del presidente Donald Trump (Federal Reserve, 2020), que excluyen a los más de 10.5 millones de personas inmigrantes sin documentos (Pew Research Center, 2020).

El Economic Policy Institute muestra que hay por lo menos 55 millones de trabajadores considerados esenciales, de los cuales como ya lo mencionamos, los inmigrantes constituyen el 40% en una gran rama de servicios: 30% en el sector de agricultura, transportes y bodegas, y 15% en los servicios de salud. Los trabajadores latinos constituyen además el 30.4% de la fuerza laboral en la construcción, el 27.1% en los restaurantes y servicios de comida, y el 27% en hoteles y bares (EPI, 2020). De acuerdo con cifras del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, actualmente existen más de 3 millones de trabajadores del campo, de estos, tres cuartas partes son nacidos fuera del país y cerca del 90% son originarios de México. Del total de las personas agricultoras, la mitad de ellas son indocumentadas (USDA, 2020).

Los migrantes mexicanos son pieza clave en la economía de Estados Unidos. Se calcula que aportan el 8% del PIB (BBVA, 2019). Sin embargo, debemos hacer notar la desigualdad e inequidad en la que hoy tienen que

trabajar ante un escenario de pandemia y riesgo de contagio. Solamente uno de cada seis hispanos puede trabajar desde casa, en comparación a uno de cada tres estadounidenses (Economic Policy Institute, 2020). Muchos de estos migrantes que trabajan en fábricas no tienen protección ni acceso a servicios de salud, pues los empleadores no están obligados a proveer al personal de cuidados y medidas esenciales para protegerse durante la pandemia, como es el caso de guantes, cubrebocas, caretas, etcétera.

Alrededor del 38% de los migrantes mexicanos indocumentados en Estados Unidos no tienen cobertura en salud (Batalova e Israel, 2020). Además, la atención médica en Estados Unidos es costosa, y el 20% de estos grupos viven en situación de pobreza. Aunque los mexicanos puedan tener empleo y contar con recursos para su salud, desafortunadamente muchos de sus empleos son informales, lo que implica que con sus contratos no les es permitido realizar trámites oficiales relacionados con su salud.

Esto nos hace reflexionar desde la bioética en un modelo de negocio de la “justicia”. Mucho se menciona que los migrantes están recibiendo beneficios y que no están pagando impuestos y por lo tanto es injusto para el resto de las personas que sí los pagan. Sin embargo eso es falso. Los connacionales en conjunto con migrantes de otras nacionalidades y a pesar de no tener documentos, pagan impuestos en los productos que compran para el consumo y renta. Muchos incluso cuentan con tarjetas falsas de seguridad social, pagando así un servicio del que nunca serán beneficiados.

La contribución de los migrantes latinos en el vecino país del norte es importante, tan solo en términos del PIB aportan el 12.6% (Latino Donor Collaborative, 2020, 19). Así que justificar la falta de acceso con base en su falta de aporte al sistema o su situación indocumentada no es válido. Pero mucho menos validez tiene ese argumento desde el análisis de la justicia, misma que no es una cuestión de suma y cálculo entre los impuestos y los beneficios. La justicia es un principio basado en la equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio de análisis sobre si cierta actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si esta es equitativa, de tal forma que debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Asimismo, rechaza cualquier tipo de discriminación.

La justicia social exige que los suministros y las medidas preventivas se distribuyan de manera equitativa, para garantizar que las poblaciones más pobres y marginadas, como los migrantes, proveedores de bienes y servicios esenciales, productores agrícolas de alimentos, así como personas que llevan a cabo funciones críticas de salud pública, reciban una proporción justa de los recursos escasos.

Desde una perspectiva bioética es fundamental que el sistema incluso cuente con personal médico que pueda comunicarse con aquellos que no hablan inglés como migrantes y refugiados. Asimismo, debe hacerse explícito que las zonas de hospitales y aquellas relacionadas con el cuidado de la salud en tiempos de pandemia, serán libres de detenciones y abusos (Gostin *et al.*, 2020, 10). Al mismo tiempo, las autoridades deben priorizar los recursos para las personas en entornos confinados (como refugios migrantes, para personas sin hogar, prisiones y hogares de ancianos), en los que el virus puede propagarse rápidamente para frenar la transmisión y de esta forma prevenir hospitalizaciones.

Otro de los escenarios que pone sobre la mesa la desigualdad y la injusticia para los migrantes en Estados Unidos durante la pandemia, es la reciente decisión de la Suprema Corte que permite al presidente Trump negarle la renovación de visa a aquellos migrantes que utilicen “de más” el sistema de seguridad social. Esto tiene consecuencias en la asistencia a los servicios médicos tanto de los migrantes como de sus hijos, quienes por miedo a perder sus visas no acuden a dichos servicios, vulnerando sus derechos y su condición de salud, situación que puede ser agravada con la aparición del virus.

La biopolítica se enfoca en la protección de la vida para regularla. El control sobre el bíos se refiere al control de la vida biológica de la especie en relación a su desarrollo físico o a la configuración social y cultural propia del ser humano. La sexualidad es uno de los ejemplos centrales en los que actúa la biopolítica y el biopoder para controlar los cuerpos de los individuos y colectivos en la historia moderna occidental. Algunos de los controles de la biopolítica son el control de la natalidad y de las enfermedades de la población (Martínez *et al.*, 2014, 106).

El biopoder descrito por Foucault como la práctica de los estados modernos de “explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población” (Foucault, 2007, 169), se ejerce de manera desigual e injusta en diversas de las decisiones y medidas tomadas en torno a los migrantes. En lugar de asegurar la preservación de los seres vivientes, incide en la población mediante el hecho de exponer o multiplicar el riesgo de algunos, la expulsión, o el rechazo, a través del control de la salud o mediante la reducción del gasto público destinado a las políticas sociales, ante lo cual los sectores más vulnerables del conglomerado social y quienes eran sus principales destinatarios se ven afectados.

De manera que algunas de las consecuencias de ese problema revierten sin duda importancia bioética y requieren establecer políticas públicas en salud que sean justas y adecuadas a las necesidades. Más aún, políticas con

equidad que logren brindar a cada quien lo que requiere según las condiciones bajo las cuales se encuentra. De tal forma que, en el caso de la población migrante, es menester observar y considerar las desventajas y riesgos que tienen al estar en movilidad o al estar en un país distinto al propio sin acceso a servicios básicos, parte fundamental de la supervivencia ante un escenario de pandemia como el que vivimos.

La separación de familias que se ha dado como consecuencia de malas políticas migratorias es un buen ejemplo de los problemas que plantea una implementación de políticas deficiente y del uso del biopoder, también lo es la situación de diversas mujeres migrantes que han denunciado haber sido intervenidas con histerectomías y otros procesos invasivos sin su consentimiento y en deterioro de su salud y su capacidad reproductiva. Este tipo de poder también aplica para el rechazo de millones de migrantes que esperan su asilo en México en condiciones inadecuadas e insalubres y, por supuesto, para los menores no acompañados que, como veremos más adelante, con el pretexto del coronavirus los han dejado a su suerte del lado mexicano, sin ningún tipo de apoyo o consideración equitativa derivada de su edad y situación de riesgo.

La presencia del virus no ha frenado las deportaciones y detenciones, ni el Programa Permanece en México, violatorio de principios internacionales y de los derechos humanos de los cerca de 100 mil migrantes, que han quedado varados en la frontera norte de nuestro país en campamentos en los que la sana distancia, las medidas de higiene y el confinamiento son inviables, esperando que sus solicitudes de asilo sean resueltas en Estados Unidos (TRAC, 2020). También cerca de 32 mil niños migrantes no acompañados, la cara más vulnerable del fenómeno migratorio, han transitado durante 2020, pero para ellos también se cerró la frontera tomando la pandemia como pretexto y ahora tienen que esperar de este lado de la frontera. Del mismo modo, las amenazas a las caravanas migrantes han dejado un buen número de migrantes flotantes en condiciones insalubres, en parques y plazas públicas al sur de nuestro país.

Las personas migrantes con ciertas discapacidades y condiciones de salud crónicas están particularmente en riesgo de contraer la COVID-19, a pesar de ello, las autoridades estadounidenses continuaron su deportación o regreso a México para esperar sus solicitudes de asilo. En este mismo contexto, los agentes fronterizos enviaron a personas con alta vulnerabilidad a México bajo el programa Permanece en México antes descrito.

Los solicitantes de asilo con afecciones de salud subyacentes corren un alto riesgo de enfermedad por una infección de la COVID-19. La Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza también ha retornado a nuestro país

bajo el mismo programa a mujeres embarazadas, otro grupo de alto riesgo. Los solicitantes de asilo de edad avanzada con afecciones de salud previas también se han visto afectados de manera desproporcionada. Esto pone de manifiesto la necesidad de contar con políticas y visión más equitativa en torno a la salud de estas personas y a los servicios a los que tienen acceso. Los altos costos, la discriminación y el miedo a la deportación, pueden hacer que las pruebas y el tratamiento de COVID-19 sean inaccesibles para las poblaciones vulneradas, incluidas las personas inmigrantes, y esta falta de acceso implica preocupaciones tanto de salud como de justicia.

Las reglas y mecanismos propuestos por la política migratoria estadounidense han aprovechado la pandemia para justificar el racismo y aumentar los controles y restricciones relacionados con las dinámicas y flujos, incluso violentando principios y acuerdos internacionales y constitucionales en Estados Unidos. Por ejemplo, los desplazamientos “esenciales” y “no esenciales” en la frontera entre Estados Unidos y México no consideran el recorrido de los refugiados que huyen de la persecución; tal desplazamiento es por principio el más esencial, ya que puede significar la diferencia entre la vida o la muerte. Human Rights Watch señaló recientemente que Estados Unidos no ha brindado apoyo y viola la ley estadounidense del asilo, así como los compromisos internacionales en el tema. La misma organización menciona que el gobierno de México no ha identificado adecuadamente, ni brindado el apoyo necesario a esas personas, incluido el acceso a la atención médica (Human Rights Watch, 2020).

Las medidas de cuarentena para proteger la salud pública no están en conflicto con el derecho a solicitar asilo. Sin embargo, rechazar a los solicitantes de asilo en las fronteras y obligarlos a enfrentar amenazas contra sus vidas es inhumano y violatorio de los principios y compromisos humanitarios internacionales.

Considerando el índice de contagio del virus, lugares con alta concentración de personas como albergues, estaciones migratorias y centros de detención migratoria se han convertido en focos rojos. Aunado a esto, la falta de insumos de limpieza y de atención a la salud, la llegada de nuevos migrantes, y los ingresos y salidas de las personas que viven y trabajan en estos albergues y estaciones migratorias, son también factores que aumentan el riesgo de contagio. A diferencia del resto de la población, se vuelve imposible tomar las medidas sanitarias recomendadas, viven en hacinamiento en instalaciones sobrepobladas, lo cual imposibilita poner en marcha el distanciamiento social o la autocuarentena. Las políticas de atención a los migrantes deben fortalecerse, particularmente en estaciones de migración y albergues, garantizando asistencia médica, condiciones de trabajo y vivien-

da con el fin de dignificar a este sector vulnerable y reducir las desigualdades estructurales entre migrantes y no migrantes.

Diversos organismos internacionales se han expresado al respecto del trato y cuidado que en tiempos de pandemia se deben dar a los migrantes, desde la Organización de las Naciones Unidas hasta la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la propia Organización Mundial de las Migraciones. En lo relacionado con aquellos migrantes que se encuentran en centros de detención en la Unión Americana, desde el inicio de la pandemia, Human Rights Watch solicitó al gobierno de Estados Unidos poner en libertad a las personas en detención migratoria que corran un alto riesgo de sufrir graves efectos de la COVID-19 con las medidas apropiadas, incluida una cuarentena no discriminatoria, según fuera necesario y proporcional para garantizar la salud pública. Al mismo tiempo, en México, el Instituto Nacional de Migración tuvo que prácticamente vaciar los 65 centros de detención migratoria que existen en el país, y regresar a más de tres mil personas a sus países, principalmente de Centroamérica, sin olvidar que buena parte de ellos son niños.

La niñez migrante constituye el 15% de este fenómeno y es la cara más vulnerable de la migración. Observamos que el número de niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados ha ido en aumento, muchos han sido deportados tras algunas horas de tocar suelo americano, otros más han sido sacados de sus camas a media noche y regresado en aviones a sus países de origen sin siquiera notificar a sus familiares, y cientos de ellos han sido deportados durante la pandemia por COVID-19.

Entre marzo y abril de 2020, 915 niños y adolescentes migrantes fueron expulsados rápidamente tras haber llegado a Estados Unidos, 60 más fueron enviados desde el interior del país, y al menos 166 jóvenes migrantes fueron igualmente retornados (Dickerson, 2020). Esto lo han hecho sin darles la oportunidad de hablar con algún trabajador social, o personal especializado para pedir asilo, violando de nuevo los principios y reglas internacionales, como el acta de protección al tráfico de víctimas que tiene 20 años de antigüedad y que es una ley federal que busca proteger a los niños que llegan sin compañía a la frontera.

Trump y su gobierno justifican estos hechos y prácticas bajo la ley de 1944, que le da el poder al presidente para bloquear la entrada de extranjeros con el pretexto de prevenir serias amenazas que, según el gobierno, representan estos menores. Por este motivo, las autoridades han expulsado de forma abrupta a niños y adolescentes migrantes que se encontraban ya en Estados Unidos desde que la alerta de pandemia entró en vigor en el mes

de marzo de 2020. Estas medidas han quedado en marcha por tiempo indeterminado y se revisan cada 30 días.

Los abogados que representan a los migrantes han notado los cambios en las políticas y testifican que algunos de los menores deportados fueron regresados en medio del proceso de asilo y no pudieron ser contactados por días. Normalmente se les proveía cobijo, educación, cuidados médicos y la posibilidad de llevar a cabo procesos administrativos para armar sus casos de solicitud de asilo en Estados Unidos. Aquellos que eran deportados, llevaban a cabo ciertos arreglos para saber que regresaban a algún lugar seguro; todo ha cambiado desde la llegada de Donald Trump. Desde un enfoque biojurídico, estas normas y ordenamientos deberían lograr y verificar su adecuación a los principios y valores de la ética desde la mirada de la dignidad humana y los derechos humanos, como pilar fundamental del derecho (Zárate, 2014, 1).

IV. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia es “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, lesiones, problemas de desarrollo o la muerte” (OMS, 2002, 5). Por otra parte, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas define dicho tipo de violencia como todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino “que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento *físico, sexual o psicológico para la mujer*, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (ONU, 1993).

Desde un aspecto cultural y bioético, la violencia de género se basa en la creencia de dominio y poder entre los hombres y las mujeres e implica una profunda desigualdad e injusticia. La violencia inflige daño y es a todas luces maleficente. El maltrato verbal, físico, económico, sexual y mortal en contra de las mujeres violenta los derechos humanos y los principios bioéticos de autonomía y de beneficencia en la mitad de la población, por ello la urgencia de analizarlo y considerar acciones y respuestas desde la perspectiva bioética.

El estudio de la bioética desde el aspecto de la salud poblacional, revisa el funcionamiento y características del entorno social (Callahan, 2009), lo que permite reflexionar y trabajar con problemáticas sociales como las cau-

sas y determinantes sociales que generan las conductas violentas en la sociedad y de manera particular y urgente la violencia en contra de las mujeres. La intervención de otras disciplinas al campo bioético —como la economía, el desarrollo y la prevención social— se vuelven de interés, con el propósito de proporcionar un marco explicativo más amplio de los fenómenos que ocurren en las comunidades.

A nivel global, la violencia contra las mujeres y niñas es una de las violaciones más sistemáticas y generalizadas contra los derechos humanos y ha sido reconocida como un problema de salud pública desde 1993 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, a partir de 1996, por la OMS (Alvarado Rigores y Guerra, 2012, 119). La pandemia del SARS-Co V2 ha recrudecido este flagelo en todo el mundo, particularmente en el ámbito del hogar, y ha puesto de manifiesto la indefensión de las mujeres a causa del confinamiento. Las restricciones de movimiento, la crisis económica y la incertidumbre, generan tensión y motivan a agresores, agravando episodios de violencia doméstica preexistente y generando nuevos casos. También subraya la inequidad de género y restringe el derecho a la salud para las mujeres.

Al igual que los migrantes, se trata de un población que de por sí se encontraba vulnerada en sus derechos humanos y de un fenómeno que, con o sin crisis sanitaria, afecta a la población de forma importante. Pero sin lugar a dudas, como lo presentaremos en este apartado, los datos muestran que en tiempos de pandemia es aún más urgente poner en foco esta problemática, y de manera justa tomar decisiones y acciones que contribuyan a disminuir esta condición de doble o triple vulneración en las mujeres y su entorno.

La violencia de género conlleva además la afectación directa e indirecta de la sociedad y entorno. Los niños que conviven con este tipo de agresiones son también víctimas directas de lo que sucede y se ven afectados en su desarrollo cognitivo y conductual. También lo son los demás miembros que habiten o convivan en los hogares que sufren de este flagelo. Pero no solo eso. La violencia es una conducta que se replica, por lo tanto no es un problema que se queda únicamente en el ámbito del hogar, sino que puede traducirse en violencia en el entorno escolar, comunitaria e incluso autoinfligida. Pero también afecta el desarrollo económico, social y cultural de las familias y de las comunidades de las que forman parte las mujeres afectadas por este problema.

El principio de la beneficencia conlleva promover el bienestar al tiempo de buscar el mayor beneficio posible para los individuos, en este caso las mujeres. El abuso en su contra impide cumplir este principio y lo más urgente de notar y repetir es que se trata de un problema global. ONU Mu-

jeros reporta que mundialmente 35% de las mujeres han sufrido alguna vez en su vida violencia física o sexual; pero por temor a las consecuencias, menos del 40% de estas lo denuncian a las autoridades (ONU Mujeres, 2020).

En el caso de México, se estima que 34% de las mujeres mayores de 15 años han padecido violencia física y 41.3% violencia sexual; 43.9% han sufrido violencia por parte de su pareja actual o de la última. La magnitud del problema es tal que en algunos casos cobra la vida de la víctima. Si se suma el número de presuntas víctimas de feminicidios con el de mujeres víctimas de homicidios dolosos, que ocurrieron de enero a noviembre de 2020, resulta que en el país diariamente son asesinadas 10 mujeres (SESNSP, 2020).

Desde el siglo XIV el confinamiento ha demostrado ser una medida efectiva para reducir la propagación de las enfermedades infecciosas, y ha vuelto a ser de utilidad ante el surgimiento del coronavirus. Sin embargo, también ha generado consecuencias psicológicas y sociales perniciosas e inesperadas, como el aumento en la violencia de género (Mittal y Singh, 2020). De modo que en algunos países las llamadas a los servicios de emergencia por violencia contra las mujeres se han quintuplicado a partir de que surgió el SARS-CoV-2 (ONU Mujeres, 2020). Mientras que en México se registraron 36.76% más llamadas de emergencia relacionadas con incidentes de violencia contra la mujer de enero a noviembre de 2020, que en el mismo período de 2019. En ese mismo lapso, el número de carpetas de investigación por violencia familiar se incrementó 4.35% (SESNSP, 2020), a pesar de que las medidas de distanciamiento social implementadas por las fiscalías dificultaron la presentación de querellas y denuncias.

Como ya lo señalamos, la COVID-19 agrava la violencia de género debido al confinamiento, el estrés, el desempleo, la pérdida del ingreso, la incertidumbre, el impacto en padecimientos psicológicos, el aumento en el tiempo de convivencia entre víctimas y agresores, así como las dificultades que conlleva contactar a grupos y redes de apoyo familiares y comunitarios. El aislamiento vulnera la autonomía de la víctima y permite que el victimario actúe con más libertad, lo que aumenta la posibilidad de que ejerza mayor control y violencia sobre la mujer; lo que incluye limitar y controlar el uso del celular y el internet, para impedir que pida ayuda de cualquier tipo o avise a alguien sobre lo sucedido.

Ahora bien, la dignidad y el principio de autonomía que consiste en la autodeterminación y en que cada quien tome sus propias decisiones, son violentados en este tipo de actos y es fundamental profundizar en la gravedad que implica. La autonomía de la mujer se afecta y el contexto en el que sucede es complejo y plagado de diversas aristas que no debemos perder de vista, como el desequilibrio de poder que existe entre la víctima y el agresor,

poder acompañado de recursos y de una carga cultural que afecta de manera más cruda la autonomía en cuestión e impide o dificulta que la víctima salga del círculo de violencia.

Los delitos de violencia de género muchas veces no se denuncian. Según datos del INEGI, en México 90.6% de las mujeres que experimentaron violencia física o sexual en el ámbito familiar no solicitaron apoyo ni levantaron una queja o denuncia (INEGI, 2017). Las principales razones por las que muchas mujeres no se animan a denunciar las violencias que las aquejan son el miedo, diversos patrones culturales y su estado de dependencia económica.

También en cuanto al análisis del principio de autonomía y derivado de la complejidad que hay detrás de la violencia de género y el caldo de cultivo que la alimenta, es fundamental no caer en errores paternalistas o que sigan mermando la autonomía de las mujeres al intentar obligarlas, manipularlas y de nuevo dominarlas para salir de sus hogares o denunciar lo que sucede. Es un proceso en el que expertos deben acompañar, buscando que sea una decisión autónoma a partir de lo que es beneficioso para la mujer, en este caso maltratada, considerando sus parámetros, realidad y contexto, sin imponer nuestro criterio para no caer en el paternalismo, tratando a la mujer como si fuera menor de edad y por tanto en una beneficencia y autonomía mal entendida.

Deben ser las mujeres que sufren el fenómeno las que tomen las decisiones y marquen los tiempos adecuados, por supuesto con apoyo y acompañamiento para ello y sin juzgar ni abandonar por no compartir sus actitudes. Para que una decisión sea autónoma, debe ser intencionada, que la mujer conozca las ventajas y desventajas y en la ausencia de cualquier tipo de manipulación o control externo (en relación con coerción, manipulación o persuasión) pueda tomar una resolución.

Adicionalmente, la pandemia ha revelado la persistencia en los roles de género y ha enfatizado la inequidad en aspectos como la distribución de las tareas domésticas y el cuidado de los enfermos. Al pasar un mayor tiempo en casa, las labores del hogar aumentan y la cultura machista espera que las mujeres y niñas se hagan responsables de esa carga, en detrimento de sus responsabilidades laborales o escolares. Inclusive si llegara a haber algún caso de COVID-19 en la familia, los cuidados del enfermo recaerían en las mujeres, aumentando el riesgo de contagio para estas.

Por otra parte, en el sistema de salud pública se han tomado medidas que consisten en dirigir a la atención de la COVID-19 recursos originalmente previstos para otros rubros, la reconversión hospitalaria y la readscripción de médicos. Si bien es cierto que estas decisiones ayudan a enfren-

tar la emergencia, también lo es que afectan el acceso a anticonceptivos y a abortos seguros y legales; la atención gineco-obstétrica y la práctica de estudios preventivos de carácter periódico, como la mastografía y el papanicolaou, que han debido posponerse. Todo ello en detrimento del derecho a la salud para las mujeres.

Según Rawls, en razón de la justicia, la sociedad está obligada a anular o aminorar las barreras que imposibilitan la igualdad de oportunidades. Esta obligación se extiende a promover medidas específicas para corregir las distintas desventajas que sufran los miembros menos favorecidos de dicha sociedad (Rawls, 2012), en este caso las mujeres y los niños que formen parte del círculo familiar y de violencia.

En este contexto, urge implementar políticas públicas con una visión bioética de justicia, autonomía y beneficencia para enfrentar esta otra epidemia que se viene arrastrando de tiempo atrás, que se nutre de la estructura sexista-patriarcal y se ha agravado en tiempos de la COVID-19. Para ello, en primer lugar debe reconocerse la existencia del problema, ya que a pesar de la evidencia, algunos siguen negándolo; se debe promover la presentación de denuncias, dado que la mayoría vive esta situación en silencio; impulsar que los servicios de emergencia reciban mensajes a través de servicios como WhatsApp; garantizar presupuesto suficiente para refugios y programas de prevención, separar a las víctimas de los agresores, brindar atención psicológica a ambas partes, reeducar a los victimarios, capacitar a las instituciones policiales a fin de que conozcan e implementen los protocolos para atender la violencia contra mujeres y niñas, sensibilizar a jueces cívicos y ministerios públicos, involucrar a la sociedad civil en la respuesta, así como establecer contenidos educativos y difundir campañas que ayuden a superar la discriminación contra las mujeres y los roles de género.

V. CONCLUSIONES

Cualquier respuesta a la pandemia debe pensarse desde una perspectiva global y considerando factores y condiciones estructurales como la pobreza y la desigualdad. Asimismo, la situación sanitaria y la crisis económica urgen a contar con marcos institucionales que contribuyan a la apertura de oportunidades para todos, en vez de priorizar y velar solo por la protección de algunos al tiempo de innovar en el sector tanto público como privado a favor de la eficiencia, la equidad y la inclusión.

Es transcendental que las acciones públicas se realicen con empatía para tomar mejores decisiones como gobierno y sociedad. Además deben

tomar en cuenta una perspectiva más integral con la población vulnerable, atendiendo todos los factores de riesgo, incluyendo la protección de la salud y de derechos fundamentales de los migrantes y las mujeres que se encuentran en situación de violencia familiar y de género, y que corren riesgos importantes durante la pandemia.

La COVID-19 ataca con mayor dureza a los grupos marginados y profundiza la desigualdad que existía desde antes de su aparición. En el caso de los migrantes, se agravan los contagios y las muertes por las condiciones de hacinamiento en las que son detenidos, la carencia de servicios de salud para los que se encuentran residiendo en el país de destino y la negativa a brindarles asistencia, por parte de los gobiernos de los Estados donde residen o transitan. Los organismos internacionales deben ser pieza clave en crear conciencia de la relevancia de este grupo poblacional y la justicia distributiva que debe prevalecer para que los planes de atención, vacunación y tratamiento los consideren. No debemos olvidar que los migrantes son parte importante en el desempeño de trabajos esenciales que nos benefician a todos. Los medios, estados, sector privado y sociedad civil deben contribuir a transmitir el mensaje de que para evitar nuevos brotes, es necesario proteger la salud de cada uno de los elementos de la sociedad incluyendo a los más desfavorecidos, como los migrantes.

En lo que concierne a las mujeres, la pandemia, como ya lo vimos a lo largo de este capítulo, enfatiza la violencia de género, la discriminación y los roles que las obligan a hacerse cargo del cuidado de los enfermos y las tareas domésticas, a pesar de los riesgos de contagio y el descuido de las responsabilidades escolares y laborales. La violencia en contra de las mujeres vulnera su autonomía y genera elementos de maleficiencia e injusticia con el potencial de afectar prácticamente a la mitad de la población, en razón de ello, urge atender por el aumento del fenómeno en tiempos de pandemia al tiempo de trabajar en la erradicación de las raíces estructurales y culturales del tan importante problema. Asimismo, surge el dilema de orientar recursos del sistema de salud pública para enfrentar la emergencia o para la atención gineco-obstétrica y de enfermedades que anualmente se encuentran entre las principales causas de muerte de las mujeres, como el cáncer cervicouterino y el de mama. Por lo que por una parte, es necesario implementar acciones preventivas y que detengan la impunidad con la que actúan los perpetradores de la violencia de género; y por otra parte, se requiere un balance en las políticas sanitarias, a fin de impedir que la respuesta al virus restrinja los servicios médicos para otros padecimientos y con ello aumente su incidencia y los casos mortales.

Proteger la salud pública en tiempos de crisis y ante la precariedad y escasez que los sistemas de salud han experimentado en todos los países, significa tomar decisiones difíciles, resolver dilemas éticos importantes que van desde la atención y el acceso a servicios hospitalarios, hasta la vacuna y los medicamentos para garantizar de la mejor manera posible resultados de salud óptimos y una distribución justa de los recursos. Los gobiernos deben garantizar que las pruebas y la atención de COVID-19, y las vacunas y el tratamiento disponible, sean gratuitos para que el costo no demore, evite la atención o ensanche las brechas de la desigualdad.

El panorama creado por la COVID-19 implica un enorme reto para la administración pública en temas de eficiencia y transparencia. Se tendrá que ejercer una gran cantidad de recursos públicos en poco tiempo, con pocos controles y sin lineamientos claros. Por eso es importante observar tres aspectos esenciales en el manejo de la crisis, particularmente en la distribución equitativa y responsable de recursos: la información basada en evidencia para la toma de decisiones, los mecanismos e instituciones clave y los criterios para la distribución y transparencia de los recursos.

Como lo describimos a lo largo de este capítulo, las injusticias históricas originan una deuda mayor con poblaciones que viven en situación de vulnerabilidad y una forma de compensar tales injusticias es a través de una protección normativa especial y la atribución de derechos fundamentales que contribuyan a que tales poblaciones sean atendidas.

Ante la situación extrema en la que nos ha puesto el SARS-CoV-2, la equidad y la salud pública deben ir de la mano. Estamos en un territorio inexplorado, dentro del cual las conexiones humanas vitales y la actividad económica se ven interrumpidas de formas que no se han visto en la historia moderna. Si queremos proteger la salud pública desde una perspectiva del bien común, debemos asegurarnos de que la respuesta sea eficaz, ética y equitativa.

Urge no estigmatizar ni discriminar. Es importante asegurar el acceso a la salud y a medidas de contención y mitigación para todos; contar con campañas de prevención en diversos formatos, cuidar que nadie sea castigado por acudir a los servicios de emergencia y reducir detenciones para no aumentar el hacinamiento. No olvidemos a los olvidados de siempre que, por sus condiciones de mayor vulnerabilidad, requieren más apoyo y empatía.

VI. REFERENCIAS

- ALVARADO RIGORES, M. y GUERRA, N., 2012, “Violencia de género, un problema de salud pública”, *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social* 2(2), 119.
- Banco Mundial, 2020, *El Costo de Mantenerse Sanos Informe Semestral de la Región América Latina y El Caribe*, octubre de 2020, disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34602>.
- Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (BBVA), 2019, *Migración de México a EE. UU., un tema más allá de las fronteras*, disponible en: <https://www.bbva.com/es/migracion-mexico-ee-uu-tema-mas-alla-fronteras/>.
- BATALOVA, J. y ISRAEL, E., 2020, “Mexican Immigrants in the United States”, *Migration Policy*, 17 de diciembre, disponible en: <https://www.migration-policy.org/article/mexican-immigrants-united-states-2019>.
- CALLAHAN, D. “Ethics and Population”, *The Hastings Center Report*, vol. 39, núm. 3, 2009. JSTOR, disponible en: www.jstor.org/stable/25548384.
- CANTÚ-MARTÍNEZ, P. C. , 2019, “Propósitos y desafíos de la bioética en salud pública”, *Revista Latinoamericana de Bioética* 19, disponible en: <https://doi.org/10.18359/rbi.3680>.
- Consejo Nacional de Población (Conapo), Fundación BBVA *et al.*, 2020, *Anuario de Migración y Remesas México 2020*, Ciudad de México, México, disponible en: <https://www.bbvaesearch.com/publicaciones/anuario-de-migracion-y-remesas-mexico-2020/>.
- DICKERSON, C., 2020, “Cientos de niños migrantes han sido expulsados de Estados Unidos durante la pandemia”, *The New York Times*, 22 de mayo, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/05/22/espanol/ninos-migrantes-deportados.html>.
- Economic Policy Institute (EPI), 2020, *Not everybody can work from home*, disponible en: <https://www.epi.org/blog/black-and-hispanic-workers-are-much-less-likely-to-be-able-to-work-from-home/>.
- Economic Policy Institute (EPI), 2020, Who are essential workers?: A comprehensive look at their wages, demographics, and unionization rates. Economic Policy Institute, disponible en: <https://www.epi.org/blog/who-are-essential-workers-a-comprehensive-look-at-their-wages-demographics-and-unionization-rates/>.
- Federal Bureau of Investigation Department of Justice (FBI), 2017, *2016 Hate Crime Statistics Incidents and Offenses*, disponible en: <https://ucr.fbi.gov/hate-crime/2016>.

- Federal Bureau of Investigation Department of Justice (FBI), 2020, *2019 Hate Crime Statistics Incidents and Offenses*, disponible en: <https://ucr.fbi.gov/hate-crime/2019>.
- Federal Reserve, 2020, *Federal Reserve takes additional actions to provide up to \$2.3 trillion in loans to support the economy*, disponible en: <https://www.federalreserve.gov/newsevents/pressreleases/monetary20200409a.htm>.
- FEITO GRANDE, L., 2010, “Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global”, en *Mujer, mujeres y bioética*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
- FLORES, A., 2017, Hispanic Population in the United States Statistical Portrait. Pew Research Center’s Hispanic Trends Project, disponible en: <https://www.pewresearch.org/hispanic/2017/09/18/2015-statistical-information-on-hispanics-in-united-states/>.
- FOUCAULT, M., 2007, *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*, Madrid, Siglo XXI.
- FUENTES DELGADO, D. y ANGULO-BAZÁN, Y., 2020, “Desafíos bioéticos en el contexto de la pandemia por el COVID-19 en Latinoamérica”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(1), disponible en: <https://doi.org/10.18359/rbi.4786>.
- GOSTIN, L. O. *et al.*, 2020, “Responding to COVID-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically”, *Hastings Center Report* 50, no. 2: 8-12. DOI:10.1002/hast.1090.
- Human Rights Watch, 2020, EE.UU. Traslado abusivo de solicitantes de asilo a Guatemala, 12 de septiembre, disponible en: <https://www.hrw.org/es/news/2020/05/19/ee-uu-traslado-abusivo-de-solicitantes-de-asilo-guatemala>.
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), Secretaría de Relaciones Exteriores, 2017, Población mexicana en el exterior, disponible en: http://ime.gob.mx/estadisticas/mundo/estadistica_poblacion_pruebas.html#:~:text=Una%20de%20las%20prioridades%20del,los%20Estados%20Unidos%20de%20Am%C3%A9rica.
- INEGI, 2017, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/#Tabulados>.
- KROGSTAD, J. M., 2020, “U. S. Latinos among hardest hit by pay cuts, job losses due to coronavirus”, Pew Research Center, 3 de abril, disponible en: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/04/03/u-s-latinos-among-hardest-hit-by-pay-cuts-job-losses-due-to-coronavirus/>.

- Latino Donor Collaborative, 2020, *2020 LDC U.S. Latino GDP Report*, Center for Economic Research & Forecasting California Lutheran University, UCLA Center for the Study of Latino Health and Culture, USA, disponible en: https://assets-global.website-files.com/5f2883288707a1d898871825/5f74a327c71a1646b77ae0d1_2020_LDCLatinoGDP_electronicSECURE.pdf.
- MARTÍNEZ POSADA, J. y GUARÍN SALAZAR, Y. A., “Aproximación a una cartografía conceptual de la biopolítica” en *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 14, núm. 2, 2014, disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127032031009.pdf>.
- MEDINA, P. J. S., 2020, “Bioética y medio ambiente: Introducción a la problemática bioético-ambiental y sus perspectivas”, *Persona y bioética* 24, disponible en: <https://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/sabana/index.php/personaybioetica/article/view/811/1957>.
- MITTAL, S. y SINGH, T., 2020, “Gender-Based Violence During COVID-19 Pandemic: A Mini-Review”, *Frontiers in Global Women’s Health*, Oxford, disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2020.00004/full>.
- Organización Internacional para las Migraciones de las Naciones Unidas (OIM-ONU), 2020, *World Migration Report 2020*, Ginebra, Suiza, disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/wmr_2020.pdf.
- Organización Internacional para las Migraciones de las Naciones Unidas (OIM-ONU), 2020, *OM and UNHCR Chiefs Stress that COVID-19 Underlines the Urgent Need for Universal Health Coverage*, Posted: 12/11/20, disponible en: <https://www.iom.int/news/iom-and-unhcr-chiefs-stress-covid-19-underlines-urgent-need-universal-health-coverage>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002, *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf.
- ONU, 1993, *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>.
- ONU-Habitat, 2016, *World Cities Report 2016 Urbanization and Development: Emerging Futures*, Nairobi, Kenia, disponible en: <https://unhabitat.org/sites/default/files/download-manager-files/WCR-2016-WEB.pdf>.
- ONU-Habitat, 2020, *Guía Metodológica de Recuperación Socioeconómica Municipal en contexto de COVID-19*. Organización de las Naciones Unidas Habitat, disponible en: <http://onuhabitat.org.mx/guia-metodologica-de-recuperacion-socioeconomica-municipal-en-contexto-de-covid-19>.

- ONU-Habitat, 2020, *The rights and health of refugees migrants and stateless must be protected in covid 19 response*, 1o. de abril 2020, disponible en: <https://unhabitat.org/the-rights-and-health-of-refugees-migrants-and-stateless-must-be-protected-in-covid-19-response>.
- ONU, 2020, La pandemia del COVID-19 puede significar décadas de retraso en el, Noticias ONU, Organización de las Naciones Unidas, disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/07/1477461>.
- ONU Mujeres, 2020, *Facts and figures: Ending violence against women*, disponible en: <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>.
- Pew Research Center, 2018, Facts on U.S immigrants 2018. Statistical portrait of the foreign-born population in the United States, disponible en: <https://www.pewresearch.org/hispanic/2020/08/20/facts-on-u-s-immigrants-current-data/>.
- Pew Research Center, 2020, *U. S. Latinos among hardest hit by pay cuts, job losses due to coronavirus*, disponible en: https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/04/03/u-s-latinos-among-hardest-hit-by-pay-cuts-job-losses-due-to-coronavirus/ft_2020-04-03_covidhispanics_01/.
- Pew Research Center, 2020, *Key findings about U.S. immigrants*, disponible en: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/08/20/key-findings-about-u-s-immigrants/>.
- PFEIFFER, M. L., 2015, “El enfoque de los derechos humanos para la bioética”, en F. J. LEÓN CORREA y P. SOROKIN (coords.), *Bioética y salud pública en y para América Latina*, Santiago de Chile, Felaibe.
- RAWLS, J., 2012, *Teoría de la justicia*, México, Fondo de Cultura Económica.
- ROSALES, Y., 2019, Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. Estudios Fronterizos, disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612019000100110&lng=es&nrm=iso.
- Secretario Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP), 2020, Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911. Información con corte al 30 de noviembre de 2020. México, disponible en: <https://www.gob.mx/sesns/acciones-y-programas/incidencia-delictiva-87005?idiom=es>.
- TRAC, 2020, Details on MPP (Remain in Mexico) Deportation Proceedings. Transactional Records Access Clearinghouse Immigration, disponible en: <https://trac.syr.edu/phptools/immigration/mpp/>.

- USDA, 2020a, USDA ERS - Ag and Food Statistics: Charting the Essentials. Data Products, disponible en: <https://www.ers.usda.gov/data-products/ag-and-food-statistics-charting-the-essentials/>.
- USDA, 2020b, USDA ERS - Farm Labor, disponible en: <https://www.ers.usda.gov/topics/farm-economy/farm-labor/>.
- VARGAS, P. E., 2019, “Lecturas de bioética: niños migrantes: ¿refugiados o ilegales?”, *Pediátr. Panamá* 48(1): 41-42, abril-mayo, disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000433>.
- ZÁRATE CUELLO, A. y ANDORNO R., 2014, *Biomedicina y biotecnología ante la violencia prenatal*, LID Editorial Colombia/Ediciones de la U.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Raffaela SCHIAVON

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Las múltiples vulnerabilidades de las mujeres ante la pandemia.* III. *Conclusiones. Como proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva en tiempos de pandemia.*

I. INTRODUCCIÓN

Esta pandemia ha llegado a este mundo, inicialmente de manera callada y desde lejos, después de manera cercana y explosiva. Independientemente de que hayamos sido los primeros o los últimos en caer, que nos haya sumergido en un brote epidémico brusco y acelerado, o bajo una curva más plana y lenta, nos ha encontrado, a la mayoría de los países, impreparados, incrédulos, algunos escépticos, otros apanicados, y varios más preocupados y ocupados en combatirla.

A más de medio año de haber azotado a todos los países del mundo, y haber dado claras advertencias de que *no* tendrá solo una recurrencia estacional, sino de que sigue y seguirá entre nosotros, no tenemos todavía perspectivas sólidas sobre tratamientos curativos ni vacunas. Y esto, a pesar de un esfuerzo nunca antes visto de inversiones e investigaciones, de compromiso altruista y generosísimo de voluntarios, de trabajo incansable y profesional del personal de salud, de clínicos e investigadores, de apuestas billonarias de la industria farmacéutica, y de apuestas personales y políticas de líderes de organismos internacionales y de jefes de países grandes, medianos y pequeños.

Lo que queda claro es que este virus ha sido el traje del emperador de nuestra historia: ha descubijado y expuesto nuestras desnudeces.

Nuestras economías basadas en la explotación de los recursos naturales y humanos, en la concentración de las riquezas, en la profundización de las

inequidades. Nuestros sistemas de protección social y de salud cada vez más frágiles, y cada vez más olvidadizos de la importancia de las intervenciones básicas de higiene comunitaria e individual (agua potable, jabón, limpieza), de una alimentación saludable, del cuidado de la salud colectiva, de la prevención de las enfermedades crónicas, de mantenerse sanos. Este virus ha expuesto despiadadamente las vulnerabilidades de todo y cada uno de nuestros países, identificándolas rápidamente en cada país y cada sociedad: en los países ricos, ha exterminado a los viejos y a las personas con sobrepeso y obesidad y a los que padecen enfermedades crónicas; en Estados Unidos a los afroamericanos y a los indígenas de la Amazonas en Brasil; a las personas migrantes y a los trabajadores precarios e informales en todos los países del mundo.

En este panorama, *no* podemos dejar de enfocar nuestra atención en las mujeres. Seguramente algunos se encogerán de hombros ante la terquedad del lente de género con el que persistimos obstinadamente en explorar el mundo y la realidad que nos rodea. Porque es también cierto que las mujeres parecen sistemáticamente estar más protegidas, si no del contagio (la distribución de casos por sexo parece generalmente pareja), sí de las consecuencias mortales del mismo: la distribución de defunciones por sexo se carga pesantemente en los hombres. Hay ciertas posibles explicaciones biológicas que todavía se están investigando: las concentraciones de la enzima ECA2 —cuya porción extracelular el virus usa, como una llave, para entrar a las células, de esta manera “bloqueando” su acción enzimática— parecen ser dependientes de las hormonas y son más elevadas en las mujeres que en los hombres, dejando por tanto más enzima libre y activo; el sistema inmunitario en las mujeres parece ser más “apto” para organizar las defensas ante el ataque viral, entre otros mecanismos posibles.

II. LAS MÚLTIPLES VULNERABILIDADES DE LAS MUJERES ANTE LA PANDEMIA

Sin embargo, a pesar de estas aparentes ventajas del sexo femenino, nuestra insistencia en señalar a las mujeres está sólidamente anclada en hechos. El nuevo Coronavirus SARS-CoV-2, responsable de la pandemia de COVID-19, visibiliza y agrava no sólo su flanco débil biológico, es decir su rol reproductivo, sino sobre todo sus otras múltiples vulnerabilidades, generadas por el rol reproductivo social, que la cultura y las normas les asignan en la comunidad.

1. *La vulnerabilidad de las mujeres como usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva*

Como consecuencias del abrumador incremento en la demanda de servicios de salud por COVID-19, la respuesta global del sector ha sido reconvertir clínicas y hospitales hacia la atención de las personas con graves síntomas de insuficiencia respiratoria, divirtiéndola de la atención considerada *no* esencial ni urgente.

Pero, ¿cómo impacta esto en la salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes?¹

Las mujeres, y las personas en general, siguen teniendo relaciones sexuales aun en las situaciones más extremas, durante guerras, desastres naturales, emergencias humanitarias y sanitarias; en estas circunstancias, aumenta además la probabilidad de que las relaciones se den bajo coerción, abuso y violencia. Esto implica que las mujeres siguen teniendo necesidad, esencial y urgente, de una amplia gama de anticonceptivos, incluyendo anticonceptivos de emergencia; de antibióticos y de fármacos antirretrovirales postexposición; de terapias de mantenimiento para personas que viven con VIH y que no pueden interrumpirlas; y de servicios de prevención y atención de la violencia sexual, familiar y de género.

Por otro lado, las mujeres que cursan embarazos deseados, siguen necesitando atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, aquí y ahora, urgente y no diferible en el tiempo. Y aquellas que están embarazadas en contra de su deseo o su voluntad, o cuyo embarazo pone en riesgo su salud o su vida, o donde esté comprometida la salud o la integridad del producto, tienen la necesidad urgente de acceder a servicios de aborto seguro, de acuerdo con la interpretación más amplia de la ley.

El impacto de la pandemia en la salud materna —las mujeres embarazadas están desproporcionadamente afectadas por enfermedades respiratorias como la influenza u otras epidemias virales recientes— con el consecuente aumento en la morbilidad materna, así como los riesgos sobre sus productos, que van desde una potencial teratogenicidad, la premadurez hasta el bajo peso —serán tratados en otro capítulo de este mismo volumen—. Nosotros nos enfocamos específicamente en los impactos en la salud sexual y reproductiva.

¹ Declaración del International Medical Advisory Panel (IMAP) sobre el COVID-19 y los derechos de salud sexual y reproductiva, abril de 2020. disponible en: <https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-04/IMAP%20Statement%20on%20COVID-19%20impact%20on%20SRHR%20-%20Spanish.pdf>.

A. *Impacto de la pandemia en la salud sexual y reproductiva*

La Organización Mundial de la Salud reitera que el acceso a servicios y a métodos anticonceptivos (MAC) es siempre, y más aún durante esta pandemia, una de las intervenciones más costo-efectivas para prevenir los embarazos no intencionados, reducir los abortos inseguros y la mortalidad materna globalmente. Es obligación de los gobiernos y de los sistemas de salud garantizar para todas las mujeres el acceso a información, servicios y a todos los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha analizado las potenciales repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar, así como su impacto en los otros objetivos de desarrollo sostenibles, como la eliminación de la violencia de género y el matrimonio infantil.² Las proyecciones internacionales estiman entre 13 y 52 millones de mujeres con necesidad insatisfecha de anticoncepción, lo que implicaría entre 325,000 y 15 millones de mujeres embarazadas sin planearlo o desearlo, dependiendo de la duración y de la severidad de la afectación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) en diversos países del mundo de ingreso medio y bajo.

En la región latinoamericana, en Chile, una encuesta realizada a finales de abril de 2020 por una organización de la sociedad civil, confirma los problemas de acceso a los servicios de SSyR en estas circunstancias:³

- 72% de las usuarias no tuvo acceso a anticonceptivos en centros de salud públicos.
- 36% no encontró la variedad de métodos solicitados.
- 34% encontró el servicio cerrado.
- 30% vio incrementado el precio de los anticonceptivos.

Adicionalmente, se identificaron problemas de acceso para la atención de infecciones de transmisión sexual, así como para detección de cáncer cérvico-uterino y para la atención de la salud materna.

² Fondo de Población de Naciones Unidas. “Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. Nota técnica provisional”. Información al 27 de abril de 2020, disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/COVID-19%20impact%20brief%20for%20UNFPA_24%20April%202020_ES.pdf.

³ Resultados de la Primera Encuesta sobre Acceso a la Salud Sexual y Reproductiva en tiempos de COVID-19, disponible en: <https://www.instagram.com/p/CAacN4xpjIX/>.

ESTIMACIONES DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LOS EMBARAZOS
 NO DESEADOS

	<i>Número estimado de mujeres que no pueden utilizar anticonceptivos modernos</i>	<i>Número estimado de embarazos no planeados</i>
<i>Interrupciones leves del servicio de salud</i>		
3 meses de confinamiento	13 millones	325,000
6 meses de confinamiento	15 millones	2 millones
9 meses de confinamiento	18 millones	4 millones
12 meses de confinamiento	20 millones	6 millones
<i>Interrupciones moderadas del servicio de salud</i>		
3 meses de confinamiento	23 millones	600,000
6 meses de confinamiento	26 millones	4 millones
9 meses de confinamiento	28 millones	6 millones
12 meses de confinamiento	30 millones	9 millones
<i>Interrupciones graves del servicio de salud</i>		
3 meses de confinamiento	44 millones	1 millón
6 meses de confinamiento	47 millones	7 millones
9 meses de confinamiento	49 millones	11 millones
12 meses de confinamiento	51 millones	15 millones

FUENTE: UNFPA, abril de 2020.⁴

En México, no tenemos a la fecha información sistematizada del impacto de la pandemia en la prestación de servicios de SSyR, pero contamos con ejercicios de proyecciones, realizadas con la misma metodología internacional utilizada por UNFPA. Ejercicios preliminares del Consejo Nacional de Población (Conapo) estiman un aumento importante en la necesidad insatisfecha en anticoncepción que corresponde a algo más de un millón 172 mil mujeres en edad reproductiva que no tendrían acceso a anticoncepción a pesar de no desear embarazarse; proyectando como consecuencias 145 mil 719 embarazos no intencionados adicionales, en comparación a los esperados sin la pandemia. En relación con la fecundidad adolescente, un aumento estimado del 20% en la necesidad insatisfe-

⁴ *Idem.*

cha redundaría en 21,575 embarazos adicionales respecto a los proyectados antes de la pandemia.⁵

B. Impactos de la pandemia en la prestación de servicios de SSyR. Impactos directos

Los mecanismos a través de los cuales esta pandemia está afectando la prestación y el acceso a los servicios de salud en general, y de salud sexual y reproductiva en particular, son múltiples, y afectan proporcionalmente más las regiones y los países con sistemas de salud más débiles, con brechas de desigualdades más profundas y con poblaciones más vulnerables.

Existen diversos impactos directos, que afectan la *oferta de servicios*, tales como:

1. La disponibilidad de los mismos, por la reconversión de hospitales, el cierre parcial o la reducción en los horarios de servicios de salud en primer nivel de atención;
2. La disponibilidad de los profesionales de salud, algunos de ellos redireccionados a servicios de atención a COVID-19, otros por presentar factores individuales de riesgo, por haberse enfermado o, en algunos casos, por haber muerto víctimas del contagio;
3. La disponibilidad de los métodos anticonceptivos, por la afectación en la cadena de suministro y abasto de insumos esenciales. En México por lo general, las adquisiciones de medicamentos en el sistema de salud se hacen de forma anual, por lo que el abasto debería estar teóricamente asegurado hasta finales de 2020. Sin embargo, es posible que el impacto se presente en el próximo ciclo de compras, afectando la gama de métodos disponibles en el sector y por ende en las opciones al alcance de la mujer. Así mismo, pueden ser afectados los costos para el sistema de salud y los costos de “bolsillo” para las mujeres. En especial, puede afectarse la oferta de los anticonceptivos de más alta efectividad y larga duración —como son los dispositivos intrauterinos y los implantes subdérmicos— y los mismos métodos quirúrgicos, como la oclusión tubárica y la vasectomía, ya que éstos necesitan obligatoriamente de la disponibilidad de profesionales de la salud capacitados y de la interacción presencial entre ellos y la persona usuaria.

⁵ Datos presentados en la Conferencia de prensa de la Secretaría de Salud sobre COVID-19, 4 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.milenio.com/politica/comunidad/conafo-estima-145-mil-embarazos-pandemia-covid-19>.

4. Finalmente, ciertas barreras y restricciones normativas y la excesiva medicalización de los servicios de SSyR pueden limitar el acceso a los métodos, condicionándolo a exploraciones físicas y a estudios clínicos innecesarios, a receta médica obligatoria o a la supervisión por adultos, en caso de usuarias menores de edad.

La pandemia implica también impactos directos en la *demandas de servicios*, como:

1. Las restricciones en la movilidad y el transporte de las mujeres/personas usuarias
2. La menor disponibilidad de tiempo para las mujeres, que experimentan cargas adicionales del trabajo del cuidado de niñ@s y ancian@s en el hogar:
3. El temor al contagio, que aleja a mujeres, adolescentes y niñas, de los servicios de salud, aun en caso de necesidad.
4. El posible abandono, olvido, falla o uso incorrecto de los MAC, por múltiples razones, sin poder acceder a seguimiento y a alternativas adecuadas
5. Finalmente, esta situación sanitaria, económica y social puede conducir a condiciones de depresión, angustia y reducción de las motivaciones individuales para protegerse de un embarazo no deseado, con un menor autocuidado y priorización de la propia salud sexual y reproductiva.

C. *Impactos indirectos: los determinantes sociales de la salud*

Sin embargo, la pandemia no afecta solo la prestación de servicio de SSyR, ni las conductas individuales de las mujeres. Los determinantes sociales de la salud, definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”, son responsables de las mayores inequidades en salud en condiciones normales y asumen un rol aún más importante en tiempos de emergencias y limitación de los recursos.⁶ La pandemia exagera adicionalmente la vulnerabilidad de la población indígena, rural, de las personas refugiadas y

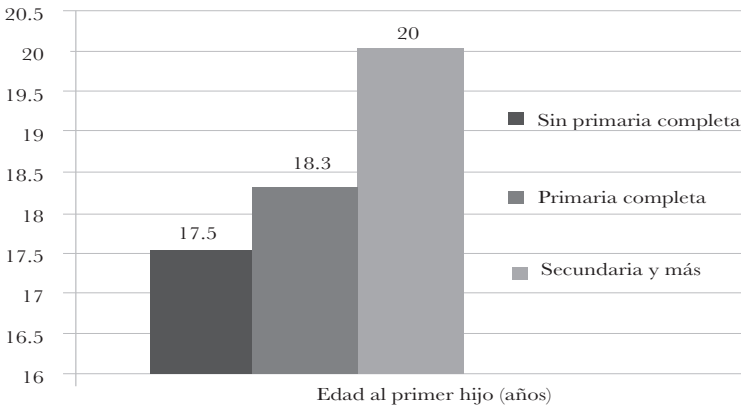
⁶ Marmot M., “Social determinants of health inequalities”, *Lancet* 2005; 365: 1099-104, disponible en: https://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inequalities.pdf.

migrantes; de aquellas con baja accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud, de servicios de educación formal y que viven en situación de deprivación socio-económica.

En particular, señalamos dos factores que están estrechamente vinculados con la fecundidad adolescente: la escolaridad y la pobreza.

Se sabe que la educación escolar formal, en particular más allá de la secundaria, se asocia con 2.5 años de retraso en la edad del primer hijo. Viceversa, no tener hijos/as permite a las niñas y adolescentes una mayor permanencia escolar.⁷

ESCOLARIDAD Y FECUNDIDAD ADOLESCENTE



FUENTE: elaboración propia, a partir de la ENADID 2014.

Seguir en la escuela retrasa adicionalmente todas las demás transiciones sexuales y reproductivas en las niñas y las adolescentes: aplaza dos años la edad de inicio de vida sexual activa, aumenta 10 veces el uso de anticonceptivos en esa iniciación, y retrasa en tres años la edad a la primera unión.⁸ Son varios los mecanismos a través de los cuales la educación formal protege a las niñas y adolescentes: desde la educación sexual que se imparte en la escuela⁹

⁷ Conapo 2019, “La situación demográfica de México”, disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2018>.

⁸ Urbina-Fuentes, M. *et al.*, “La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud”, *Gac. Med. Mex.* 2017:153; 697-730, disponible en: DOI:10.24875/GMM.M17000017, <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2017/gm176j.pdf>.

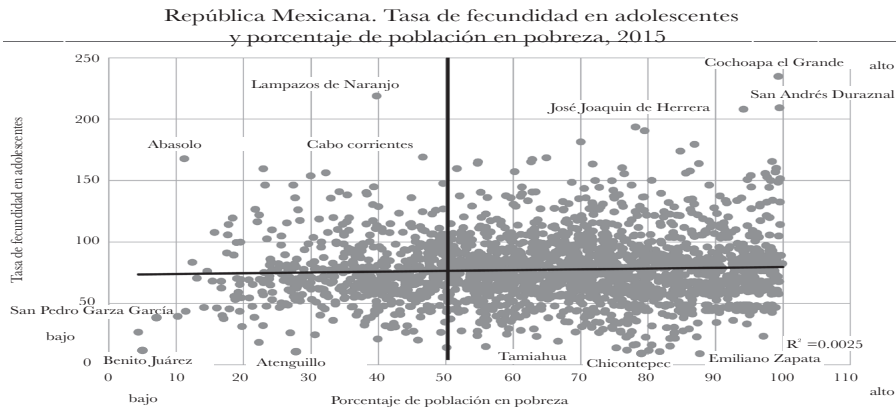
⁹ Hersh, A., Saavedra-Avenidaño, B., Schiavon, R., Darney, B.G., “Sexuality Education During Adolescence and Use of Modern Contraception at First Sexual Intercourse Among

—aun cuando sea insuficiente y no necesariamente integral— hasta las redes de protección social constituidas por su grupo de pares y por sus maestras y educadores.

Si la permanencia escolar es un factor protector, la deserción escolar priva a niñas y adolescentes de su derecho a opciones futuras y planes de vidas alternativos a los roles reproductivos tradicionales. México sigue teniendo un reto muy grande para prevenir tal deserción, a pesar de los compromisos internacionales asumidos. Solo en el ciclo escolar 2018-2019, antes de la pandemia, la tasa de abandono promedio, a nivel nacional, fue de 0.6% en educación primaria, 4.4% en secundaria y de casi 13% en educación media superior.¹⁰

La actual pandemia ha causado además una grave disrupción del ciclo escolar presencial, imponiendo nuevos aprendizajes virtuales y exigencias de conectividad que profundizan las desigualdades entre grupos sociales y probablemente aumentarán aún más el riesgo de deserción escolar de niñas y adolescentes, sobre todo aquellas en situaciones de mayor vulnerabilidad. ¿Cómo se reflejará esto, a corto y mediano plazo, en los embarazos y las uniones tempranas en estos grupos de edad?

MARGINACIÓN SOCIOECONÓMICA Y FECUNDIDAD ADOLESCENTE



FUENTE: Conapo 2019.

Mexican Women”, *Journal of Adolescent Health* 65 (2019) 667e673, disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.05.028>.

¹⁰ Bernardo Moncada Rodríguez/Notimex. Deserta 13% de estudiantes de educación media superior: SEP, 22 de junio de 2020, disponible en: <https://www.adn40.mx/mexico/nota/notas/2020-06-22-21-23/deserta-13-de-estudiantes-de-educacion-media-superior-sep>.

Por otro lado, sabemos que existe una relación directa entre marginación socioeconómica y la fecundidad general, pero en particular, la fecundidad adolescente. Análisis recientes del Conapo confirman esta relación a nivel municipal: a mayor grado de marginación socio-económica, mayor fecundidad adolescente.¹¹

La pandemia está también agudizando de una manera sin precedentes la crisis económica y profundizando las inequidades entre y adentro de los países. ¿Cómo impactará el empeoramiento de la economía, particularmente de las economías informales, y el aumento de la pobreza en la fecundidad temprana?

Es muy probable que estos determinantes sociales, modulados negativamente por la pandemia, tengan un efecto brutal en la salud sexual y reproductiva de la población, sumándose, en el mediano y largo plazo, a los impactos directos ya analizados. Es un imperativo ético, por parte de los Estados y de los gobiernos, diseñar e implementar intervenciones focalizadas para cada uno de estos ámbitos (la salud, la educación, la reducción de la pobreza) pero vinculadas de manera intersectorial, soportadas por asignaciones presupuestales suficientes y rigurosamente aplicadas, para mitigar lo más posible los impactos tan adversos e inequitativos que anticipamos en la salud y los derechos de nuestra población, en particular de nuestras mujeres, adolescentes y niñas.

Un muy reciente informe conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud analiza la vulnerabilidad de la región, debida a los altos niveles de informalidad laboral, la elevada concentración urbana y al mismo tiempo la profunda dispersión rural, la pobreza y la desigualdad, así como la fragilidad de sus sistemas de salud y de protección social, y señala como la pandemia profundiza esta vulnerabilidad, y como deba ser enfrentada, con inversiones dirigidas y claros compromisos en políticas públicas.¹²

2. *La vulnerabilidad de las mujeres como trabajadoras del cuidado en las instituciones de salud*

Un altísimo porcentaje del personal de salud está constituido por mujeres, proporcionalmente muchas más en la base de la pirámide: trabajadoras

¹¹ Conapo 2019, “La situación demográfica de México”, *op. cit.*

¹² Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Organización Panamericana de la Salud. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Informe COVID-19, CEPAL-OPS, 30 de julio de 2020, disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462_es.pdf.

sociales, laboratoristas, enfermeras, y médicas generales. Sin embargo, conforme sube la pirámide —médicos especialistas, jefes de servicios, directores de hospitales y autoridades y funcionarios en salud— se invierte la tendencia y se masculiniza la profesión, haciendo además muy patente el fenómeno del *techo de cristal* para las mujeres profesionistas.

En Estados Unidos, se estima que el 78% del personal de salud son mujeres; ellas constituyen casi 9 de cada 10 enfermeras y auxiliares de enfermería, la gran mayoría de terapeutas respiratorios, la mayoría de los farmacéuticos y una abrumadora mayoría de auxiliares y técnicos de farmacia.¹³

De manera similar, en Latinoamérica, las mujeres se ven particularmente afectadas por la presión sobre los sistemas de salud porque representan el 72.8% de las personas empleadas en el sector en la región. Esta situación se ha dado en un contexto regional de persistente discriminación salarial: los ingresos de las mujeres que trabajan en el sector de la salud son un 25% inferiores a los de los hombres del mismo sector.¹⁴ Ya desde 2018, la Organización Mundial de la Salud señalaba que el 70% del personal socio-sanitario mundial es femenino; sin embargo, la mitad de la contribución de las mujeres a la salud mundial, que equivale a 3 billones de dólares anuales, no se remunera.¹⁵

En relación con la actual pandemia, esto ha implicado que más mujeres han estado en la trinchera, en contacto directo con las personas infectadas y enfermas: se estima que en Wuhan, China, al menos el 72% del personal de salud eran mujeres, con picos localizados de hasta el 90%.¹⁶ En los asilos de ancianos de todo el mundo, donde ha arrasado el contagio, el personal del cuidado es mayoritariamente femenino, lo que las pone directamente en la boca del virus, con un desgaste muy elevado de su salud física y mental. La mayor presión sobre los sistemas de salud origina condiciones extremas de trabajo, como los largos turnos, aumentando el riesgo de que los trabajadores sanitarios se infecten con el virus y que lo transmitan a sus

¹³ Robertson, C. y Gebeloff, R., “How Millions of Women Became the Most Essential Workers in America”, *The New York Times*, 18 de abril de 2020, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/04/18/us/coronavirus-women-essential-workers.html>.

¹⁴ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. The COVID-19 pandemic is exacerbating the care crisis in Latin America and the Caribbean. CEPAL, abril de 2020, disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45352/1/S2000260_en.pdf.

¹⁵ Fact sheets, World Health Organization 2020 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.

¹⁶ Li G. et al., “Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study”, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020; 91:895-897, disponible en: DOI:10.1136/jnnp-2020-323134, <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/91/8/895.full.pdf>.

familiares. Las mujeres que trabajan en el sector de la salud siguen además siendo responsables del cuidado doméstico y de las personas dependientes dentro de sus hogares.

Las mujeres constituyen en suma la columna esencial del trabajo del cuidado en salud, en educación, en protección social, en la cura de la primera infancia, de la tercera y cuarta edad y de las personas con discapacidad, reproduciendo una vez más los roles tradicionales que la norma social les ha asignado. La mayoría de estos puestos de trabajos son informales; y aun cuando se vuelven profesionalizados y remunerados, las mujeres que los ejecutan son con frecuencia pagadas de manera insuficiente y con importantes brechas de género salariales y regulatorias. Finalmente, este panorama demuestra como aún el trabajo “formal” del cuidado de la salud y de la protección social se naturaliza automáticamente como un trabajo de mujeres.

No podemos cerrar esta sección sin una referencia obligada: “In Memoriam: Healthcare Workers Who Have Died of COVID-19”, un conmovedor listado de decenas de centenares de hombres y mujeres, personal médico, de enfermería y otro personal de salud en todo el mundo que, profundamente comprometidos con un trabajo difícil y agotador, dejaron su vida en el frente del deber profesional y de una inquebrantable responsabilidad ética.¹⁷

3. *La vulnerabilidad de las mujeres como trabajadoras del cuidado en el hogar*

Durante los periodos de encierre domiciliario (que se anuncian desgraciadamente largos en la mayoría de los países), las mujeres se encuentran aún más que de costumbre, aisladas en sus casas. Esta situación tiene un doble impacto: sobre la carga del trabajo del cuidado, por un lado, y sobre las múltiples formas de violencia de género que se originan en el hogar por el otro.

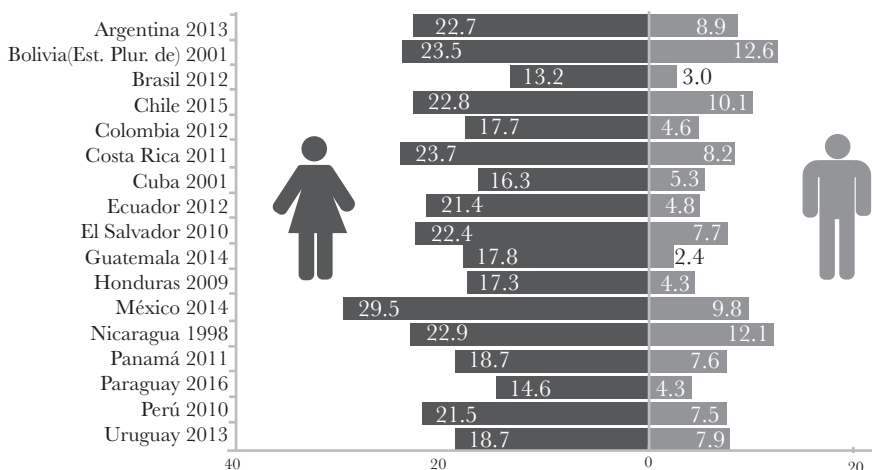
A. Impacto de la pandemia en la carga del trabajo doméstico

La carga del “cuidado” doméstico desde siempre recae sobre la espalda de las mujeres, ya sean mujeres que cuidan de sus familias o mujeres trabajadoras del hogar que cuidan de las familias de otras/os. Un informe reciente de la CEPAL, publicado poco antes de que explotara la pandemia,

¹⁷ “In Memoriam: Healthcare Workers Who Have Died of COVID-19”, disponible en: <https://www.univadis.es/viewarticle/in-memoriam-healthcare-workers-who-have-died-of-covid-19-719345>. El listado solo está actualizado al 29 de abril 2020.

da cuenta de las inequidades de género en la economía del cuidado en toda la región.¹⁸

AMÉRICA LATINA: PROPORCIÓN DE TIEMPO DEDICADO
 A QUEHACERES DOMÉSTICOS Y CUIDADOS
 NO REMUNERADOS, SEGÚN SEXO



FUENTE: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 2019).

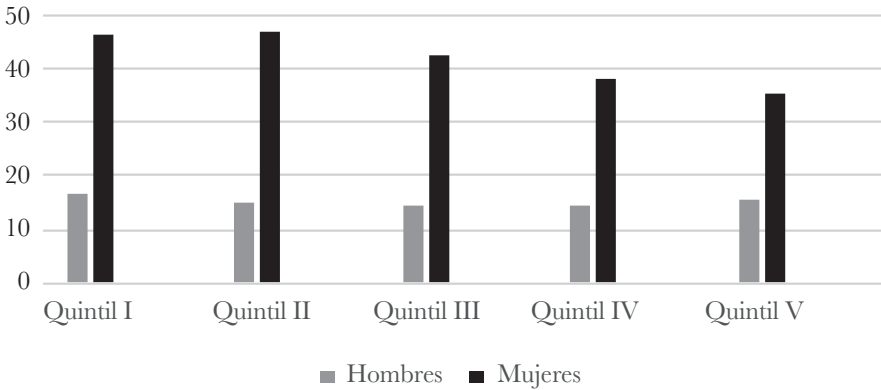
De acuerdo con las encuestas del uso de tiempo, la repartición desigual por sexo de los diversos trabajos del cuidado y trabajos domésticos es común a todos los países de la región, por factores que van de dos a ocho veces más: en México, en términos porcentuales, las mujeres les dedican tres veces más tiempo que los hombres.¹⁹ Este fenómeno se presenta además en todos los niveles socioeconómicos: siempre en México, el porcentaje del uso de tiempo de las mujeres disminuye ligeramente conforme incrementa el

¹⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes. CEPAL, enero de 2020, disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45032/S1900723_es.pdf?sequence=4.

¹⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Repositorio de información sobre uso del tiempo de América Latina y el Caribe “Sistemas de información: transformar datos en información, información en conocimiento y conocimiento en decisión política” Eje 9 de la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030. CEPAL 2020, disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/folleto_repositorio_de_informacion_sobre_uso_del_tiempo_de_america_latina_y_el_caribe.pdf.

percentil de ingresos, pero *no* aumenta proporcionalmente el porcentaje que le dedican los hombres. Esto sugiere que, a mayor nivel socio-económico, la carga se delega parcialmente a las trabajadoras domésticas, sin cambio en la distribución social de los roles.

Tiempo dedicado al trabajo del cuidado doméstico por sexo y por nivel socio-económico



FUENTE: elaboración propia, con base en CEPAL 2020.²⁰

Pero la pandemia y el encierro implican que las mujeres enfrenten una carga todavía más pesada, agravada por la presencia de los hijos en la casa, debido al cierre de las escuelas, por los maridos y parejas en *home-work*, por los parientes más ancianos a cargo, para sustraerlos del peligro del contagio en residencias y asilos. Por supuesto, también las mujeres profesionistas se ven obligadas al trabajo en línea desde casa; pero ellas, adicionalmente, siguen con las demás tareas domésticas, que además se acentúan exponencialmente por las carencias económicas.

B. Impacto de la pandemia en la violencia doméstica

Finalmente, el encierro doméstico impacta en la violencia de género contra las mujeres, definida como “toda acción u omisión que, basada en su género y derivada del uso o abuso del poder, tenga por objeto o resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico, patrimonial, económico, sexual o

²⁰ *Idem.*

la muerte a las personas mujeres, tanto en el ámbito público como privado, que limite su acceso a una vida libre de violencia”.²¹

El UNFPA prevé que la pandemia resulte en 15 millones de casos adicionales de violencia de género por cada 3 meses de confinamiento, causados por un aumento directo de la misma, aunados a una reducción de las intervenciones de prevención y protección, y de servicios sociales.²²

Como afirma la relatora especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer: “Para demasiadas mujeres y niños, el hogar puede ser un lugar de miedo y abuso. Esa situación empeora ...en casos de aislamiento... durante la pandemia del COVID-19”, con el riesgo de que aumente la violencia doméstica, emocional, física y sexual, incluidos los feminicidios. “El riesgo se agrava en un momento en que no hay o hay menos refugios y servicios de ayuda disponibles para las víctimas; cuando es difícil acceder a aquellos que aún están abiertos; y cuando hay menos apoyo de la comunidad; menos intervenciones policiales y menos acceso a la justicia ya que muchos tribunales están cerrados”.²³ De la misma manera, el Instituto Nacional de las Mujeres señala que la pandemia del COVID-19 impacta de manera diferenciada a las mujeres y las niñas, aumentando su exposición a la violencia de género entre las paredes domésticas; invita por tanto a todas las instituciones dedicadas a prevenir, atender y sancionar la violencia hacia las mujeres, a que refuercen intervenciones de información y de actuación en el marco de sus competencias.²⁴

Sin embargo, los datos que se van recabando en estos meses ya están dando cuenta del pesante impacto del encierro en la violencia de género. Las muertes violentas de mujeres han aumentado entre enero-abril 2019, contra el mismo periodo de 2020: si bien el feminicidio disminuyó en 2.1%, los homicidios dolosos se incrementaron en 11.7%. La Comisión Ejecutiva

²¹ *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 19 de Mayo de 2017. “Lineamientos para promover el uso de un lenguaje incluyente y una imagen de las mujeres libre de prejuicios y estereotipos en las campañas publicitarias y en toda aquella información que difundan las Dependencias, Entidades y Organos Político-Administrativos de la Ciudad de México”, disponible en: <https://docplayer.es/50126805-10-gaceta-oficial-de-la-ciudad-de-mexico-19-de-mayo-de-considerando.html>.

²² Fondo de Población de Naciones Unidas. “Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar...”, *op. cit.*

²³ Noticias ONU. El coronavirus golpea tres veces a las mujeres: por la salud, por la violencia doméstica y por cuidar de los otros. 27 marzo 2020, disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471872>.

²⁴ Instituto Nacional de las Mujeres. Ante coronavirus, Inmujeres llama a prevenir violencia hacia mujeres y corresponsabilidad cuidados. Comunicado, 18 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/prensa/ante-coronavirus-inmujeres-llama-a-prevenir-violencia-hacia-mujeres-y-corresponsabilidad-cuidados>.

de Atención a Víctimas informa que, entre 2019 y 2020, han aumentaron las solicitudes a los Centros de Justicia de las Mujeres de atención psicológica, médica y de servicio social. Han aumentado las llamadas de auxilio por razones de violencia familiar y de género a la línea de atención telefónica 911: de las más de 22 millones y 800,000 llamadas recibidas, un 7.4% fueron relacionadas con eventos de violencia de género.²⁵ La situación desdibujada por estos informes es aún más preocupante si consideramos que seguramente subestiman la realidad: en situaciones de encierro, las mujeres, las adolescentes y las niñas enfrentan mayores dificultades para solicitar auxilio, para denunciar, así como para buscar y recibir atención en salud, psicológica, legal y judicial.

Finalmente, desconocemos todavía cómo esto se reflejará, en el corto y mediano plazo, en un aumento de los embarazos no intencionados, o en aquellos que son resultado de la violencia; cuántas mujeres, niñas y adolescentes puedan, en estas condiciones, tener acceso a servicios inmediatos de prevención y atención, desde anticoncepción de emergencia hasta el aborto seguro, en el marco legal existente. Recordamos que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es legal en todo el país en caso de violencia sexual, aun cuando la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) es legal bajo solicitud de la mujer sólo en la Ciudad de México y Oaxaca. Pero es una obligación del Estado y del sector salud anticipar un potencial aumento de la demanda de estos servicios, para que las mujeres en tales circunstancias sean atendidas con capacidad operativa, de atención o de referencia inmediata, sin discriminación de edad, de estatus social u otras condiciones de vulnerabilidad.

III. CONCLUSIONES. CÓMO PROTEGER LOS DERECHOS Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Ante estas situaciones aumenta significativamente el riesgo de vulneración al derecho de toda mujer, niña y adolescentes a la vida, a la salud, a la información, a la educación, a la autonomía reproductiva, a los planes de vida, a gozar del beneficio del más alto nivel del progreso científico, a una vida libre de violencia y a la igualdad. ¿Como seguir garantizando y protegiendo estos

²⁵ Centro de Investigación y Docencia Económica. Violencia de Género en tiempos de COVID-19. CIDE, 11 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.cide.edu/coronavirus/2020/05/11/violencia-de-genero-en-tiempos-de-covid-19/>.

Instituto Nacional de las Mujeres, Violencia contra las mujeres. Indicadores en tiempos de pandemia. InMujeres, 19 de junio de 2020, disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/documentos/violencia-contra-las-mujeres-indicadores-en-tiempos-de-pandemia>.

derechos y la salud de mujeres, niñas y adolescentes, aun en tiempos de restricciones de movilidad, de crisis económica, de emergencias sanitarias y de uso de recursos limitados en salud?

1. *Los servicios de salud sexual y reproductiva son servicios esenciales y no diferibles en el tiempo*

En las circunstancias actuales de la pandemia, se vuelve un imperativo ético de los sistemas de salud priorizar los recursos escasos para seleccionar y mantener los servicios esenciales que necesita la población de manera colectiva y las personas de manera individual, limitando la mortalidad directa inducida por la pandemia y la mortalidad indirecta debida a todas las demás causas. Los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal se consideran esenciales y no diferibles en el tiempo, y deberán ser otorgados de manera prioritaria aun en época de pandemia, ya que su negación o dilación temporal causaría un daño grave, prevenible e injustificado a las mujeres, niñas y adolescentes. La atención de la salud en general, y de la salud sexual y reproductiva en particular, es un derecho, establecido en normas internacionales y nacionales, y que debe poder ser gozado por todas las mujeres, sin discriminación, garantizando una cobertura y acceso universal de los servicios de salud, accesibles, disponibles y de calidad, sin dejar a nadie atrás.²⁶ México ha estado a la vanguardia en promover estos derechos y en ratificar su compromiso para garantizar la cobertura universal en salud, en diferentes foros internacionales, así como a través del marco constitucional, legal y programático del país.²⁷

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en México también ratifica que “Todas las mujeres embarazadas... deben tener acceso a servicios de calidad, incluyendo atención obstétrica, neonatal, aborto seguro (en los marcos previstos por la ley), anticoncepción postevento obstétrico, prevención y atención de la violencia y apoyo psicosocial o en salud mental, según se requiera”.²⁸

²⁶ UNSSC Knowledge Centre for Sustainable Development, *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, disponible en: https://www.unssc.org/sites/unssc.org/files/2030_agenda_for_sustainable_development_-_kcsd_primer-spanish.pdf.

²⁷ Secretaría de Salud, *Programa Sectorial de Salud 2020-2024*, 17 de agosto de 2020. disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>.

²⁸ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. CNEGSR, Versión 1, 10 de abril de 2020, disponible en: <https://www.>

Sin embargo, las acciones declarativas no son suficientes. Se necesitarán compromiso político y presupuesto. La CEPAL señala que las acciones en salud para el control de la pandemia, así como las acciones destinadas a la reactivación de las economías regionales, requieren liderazgo y rectoría de los Estados, a través de políticas públicas en salud, protección social y políticas económicas. Esto será posible solo vía el aumento del gasto fiscal, incluyendo un gasto en salud de al menos el 6% del producto interno bruto.²⁹

2. *Flexibilidad e innovación en salud*

Cada uno de los innegables retos —descritos a la largo de este capítulo— que presenta esta pandemia para la SSyR y para la igualdad de género de las mujeres, ofrece también ventanas de oportunidades específicas para generar nuevos modelos de atención y de conducta, que debemos aprovechar de manera innovadora, creativa y solidaria, no solo durante la contingencia, sino más allá de ella.

En la atención en salud en general, existe la oportunidad de generar nuevos modelos de atención a distancia, en línea, de video-consultas y telemedicina adaptada a las emergencias del COVID-19.³⁰ Tales soluciones innovadoras y flexibles permiten asegurar el acceso a diversos servicios en salud sexual y reproductiva: desde la anticoncepción hasta el aborto con medicamentos, a través de consultas virtuales, entrega de recetas electrónicas o envío a domicilio, dotaciones de ciclos de anticonceptivos o antirretrovirales mayores a lo habitual. Todas ellas son prácticas basadas en evidencias, altamente costo-efectivas, que permiten utilizar al máximo los recursos escasos (incluyendo los recursos humanos), aumentando la adherencia y la efectividad sin afectar la seguridad de las prestaciones.³¹

Por otro lado, deberían aprovecharse las actuales experiencias tan intensas de las/los profesionales de la salud y de sus pacientes, para construir

gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546239/Lineamiento_preencion_y_mitigacion_de_COVID-19_en_el_embarazo_CNEGSR_1_.pdf, y, Versión 2, del 20 julio de 2020, https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos_Prevencion_COVID19_Embarazos_V2.pdf.

²⁹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *The COVID-19 pandemic...*, *op. cit.*

³⁰ Special Collection - Coronavirus (COVID-19): remote care through telehealth, 6 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.cochrane.org/news/special-collection-coronavirus-covid-19-remote-care-through-telehealth>.

³¹ The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH), Royal College of Obstetricians and Gynecologists, UK. COVID-19 Resources and Information for SRH Professionals, disponible en: <https://www.fsrh.org/fsrh-and-covid-19-resources-and-information-for-srh/>.

nuevos modelos de atención, más comunitarios y colectivos, más compasivos y humanistas. De acuerdo con Rita Segato, socióloga y feminista argentina con larga trayectoria académica y significativas contribuciones al campo de los derechos humanos, la antropología, los estudios de género y la ética pública, esta pandemia ha hecho patente la vulnerabilidad de todo el personal médico a la par de sus pacientes, poniéndonos a todas y todos en (casi) el mismo nivel ante la enfermedad y la muerte, revolucionando en parte la concepción autoritaria, vertical y jerárquica que rige la medicina occidental. En esta conciencia de la vulnerabilidad común, podría radicar una nueva concepción de la relación médico-paciente, más horizontal y democrática. Deberían surgir así mismo, modelos de trabajo con redistribución más equitativa de tareas (*task-sharing*) entre jerarquías profesionales y diversos cuadros de profesionales de la salud, pero también entre géneros, con políticas laborales y remuneraciones más igualitarias, que valoricen e impulsen el trabajo de las mujeres en el sector de la salud y del cuidado en general.³²

3. Igualdad de género

Finalmente, no hay soluciones para la sociedad si no hay soluciones para las mujeres. Y para eso, se necesita igualdad. La pandemia ha puesto aún más al desnudo las desigualdades, de género y de poder, que se expresan e interactúan de manera estructural en la sociedad: desde las creencias, conocimientos, actitudes y comportamientos individuales; las relaciones y las dinámicas familiares, pasando por las normas comunitarias y sociales hasta las políticas y los marcos regulatorios nacionales e internacionales. El resultado es la división estereotipada de los roles bio-psico-sociales: el rol productivo del hombre vs. el rol reproductivo y del cuidado de la mujer. La desigualdad de género a su vez nutre y cultiva las raíces de la violencia de género, asume una supuesta superioridad natural del hombre sobre la mujer (física, intelectual, económica, etc.) que pretende restarle a la mujer derechos, autonomía e independencia física, emocional, reproductiva, económica, patrimonial, civil y legal. Mientras no se revierta sistemáticamente esta perspectiva, mientras no se erradique la violencia, mientras no se camine firmemente hacia la igualdad, desde el hogar hasta el ámbito laboral, social

³² World Health Organization (WHO), Global strategy on human resources for health: workforce 2030, Geneva, WHO, 2016, disponible en: https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/.

y político, no habrá solución verdadera. El estado debe estar más que nunca vigilante para proteger a las mujeres de la violencia, y también para garantizar su igualdad de oportunidades ante la crisis causada por la pandemia así como ante la futura recuperación.

Por otro lado, las actuales circunstancias del encierro y de largas convivencias diarias están visibilizando más que nunca la carga desproporcionada del trabajo doméstico de las mujeres. Es posible y deseable que se abra así una ranura sutil de oportunidad para aprender desde el hogar un nuevo contrato más solidario y más equitativo de convivencia y de repartición de las tareas del cuidado entre los miembros del núcleo familiar: entre las diferentes generaciones, entre los padres y los hijos, pero sobre todo, entre mujeres y hombres. Ojalá esta sea la semilla de una nueva masculinidad posible y de una nueva, necesaria igualdad.

MATERNIDAD Y COVID-19

Raymundo CANALES DE LA FUENTE

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Evolución de la salud materna antes del COVID-19*. III. *Crisis del COVID-19 en el embarazo*. IV. *Efectos en el feto y recién nacido del SARS-COV-2*. V. *Vacuna contra el SARS-CoV-2 en el embarazo*. VI. *Reflexiones finales*. VII. *Referencias*.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad llamada COVID-19, causada por un virus nuevo, el SARS-CoV-2, ha sorprendido a la humanidad a pesar de que es relativamente inocuo. Comparando la tasa de letalidad de la pandemia actual con otras enfermedades virales como la rabia o el ébola, que a pesar de ser tratadas en las mejores condiciones médicas se acercan al 100%, el COVID-19 es poco letal (Wikipedia 2020). La mayoría de las personas que padecen la infección se recuperan rápidamente y sin secuelas, incluso hay una proporción muy grande —cuyas dimensiones incluso no se han ponderado por falta de herramientas—, la padecen sin presentar siquiera síntomas. Ese segmento de la población parece estar constituida por los más jóvenes. Los niños y niñas, que raramente presentan las formas graves del padecimiento son extraordinariamente eficaces para contagiarla, y quienes se encuentran en el otro extremo de la vida, es decir los adultos mayores se encuentran en situación vulnerable para complicarse o morir en el curso del padecimiento. Es de señalarse en este panorama, que los científicos encargados de estos temas tienen muchos años advirtiéndole a la sociedad del riesgo inminente de una pandemia causada por un virus respiratorio (Webster, 2018), de fácil contagio, que podría causar estragos a la humanidad, sin obtener siquiera respuesta de los encargados de la política en ninguna parte del orbe. En este sentido se parece al tema del medio ambiente acerca del cual sobran advertencias, pero en concreto nadie hace caso de las mismas. También se parece en el sentido de que finalmente

la sociedad solo responde frente a los riesgos económicos inmediatos, lo demás parece ser un discurso académico que no tiene impacto prácticamente en ningún ámbito. La atención a la salud no es ajena a la transformación social; el día de hoy la mayoría de las sociedades occidentales contemplan la atención a la salud pública no exactamente como un negocio, pero sí como un gasto con la obligación de ser autosustentable, argumento francamente insostenible. No existe solución razonable para proponer un servicio público de salud que se pueda sostener a sí mismo sin afectar a los enfermos. Europa, quizá una de las regiones del mundo más avanzada en el discurso de los derechos humanos, se encuentra enfrentando esta contradicción fundamental y muchos de sus sistemas sanitarios se vieron rebasados por la actual pandemia en vista de que no existía infraestructura suficiente debido a criterios de “eficiencia económica”. Nunca pensé contemplar un escenario que llevara al límite a sistemas sanitarios tan buenos como los de la Reino Unido o Francia. Por supuesto percibir esa crisis con un par de meses de antelación, dado que la infección los afectó previamente, nos causó un muy amargo sabor de boca sabiendo que nuestra región latinoamericana tiene sistemas de salud mucho más limitados, débiles e ineficientes comparados con aquella región. Si bien México tuvo un desarrollo de vanguardia en cuanto a la seguridad social, el día de hoy se encontraba, desde antes de la epidemia de COVID-19, en una crisis de financiamiento de sus instituciones sanitarias por razones que no voy a exponer aquí, pero que sin duda lo confrontan a una situación en extremo complicada. Todavía al inicio de la epidemia muchos médicos teníamos algunas expectativas relativas al posible comportamiento diferente del virus en virtud del clima y de una composición poblacional también diversa. No ocurrió así. El virus se asentó con pocas diferencias y nuestra ventaja de ser una población más joven, se vio mermada por la enorme prevalencia del sobrepeso y la obesidad como fenómeno social fuera de control. En este contexto, la salud materna se ubica como uno de los hilos más delgados del sistema; el embarazo, parto y puerperio, si bien ocurren en mujeres jóvenes, ya se encontraban en situación de alta vulnerabilidad porque las instituciones públicas no habían logrado un acuerdo fundamental y universal para atenderlas a todas por igual en un sistema eficiente. Con enorme tristeza contemplamos que México, como país, nunca pudo alcanzar la disminución en mortalidad materna planteada en los objetivos del milenio, básicamente por problemas de desorganización de toda la atención sanitaria. Teníamos un saldo pendiente grave al arribo del SARS-CoV-2; lo que provocó simplemente que se acentuara el problema. Adicionalmente las mujeres gestantes han sido presa también de la enorme prevalencia de obesidad, de tal magnitud que el día

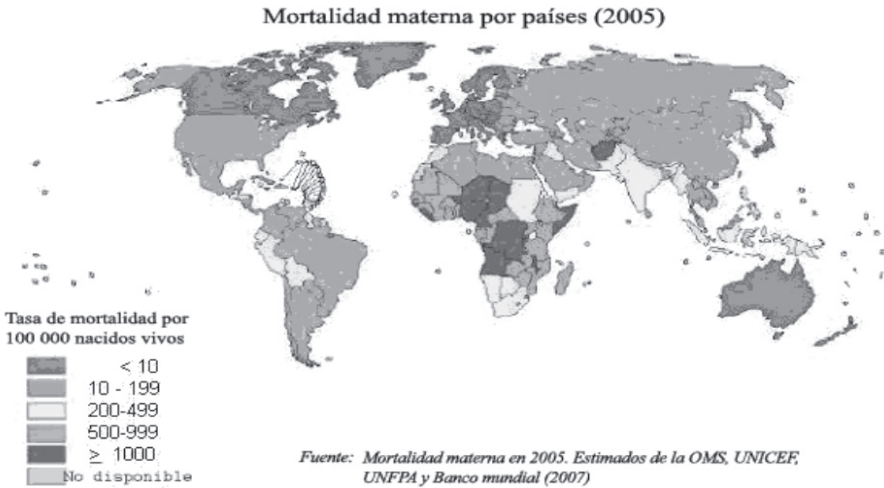
de hoy calculamos que quizá cerca del 20% de ellas presentan diabetes gestacional (Dainelli *et al.*, 2018) y el colmo es que no se busca sistemáticamente en el control prenatal.

II. EVOLUCIÓN DE LA SALUD MATERNA ANTES DEL COVID-19

La salud materna ha representado un reto a nivel mundial por muchas razones. Su conservación es una característica de sociedades que han avanzado en el combate a la pobreza, a la discriminación y a la preservación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Las personas que hemos dedicado tiempo a la investigación en ese campo, frecuentemente la entendemos como un fenómeno multidimensional porque no solamente se trata de eficacia en la atención obstétrica sino de disponibilidad de muchos elementos como educación sexual y reproductiva desde los niveles elementales, acceso al aborto seguro, atención prenatal de calidad, atención del parto en lugares seguros y por personal calificado, disponibilidad de comunicaciones y transporte rápido, disponibilidad de sangre para transfusiones inmediatas, y un sinnúmero de elementos concomitantes que no resultan fáciles de articular de un plumazo, como pretenden siempre los políticos. Una forma triste pero eficaz de evaluar el comportamiento de un país es mediante la razón de muerte materna que significa el número de mujeres muertas durante el embarazo, parto o puerperio dividido por cien mil nacidos vivos. El planeta presenta enormes disparidades en este indicador, México se encuentra en una posición intermedia (figura 1) en el concierto mundial, pero no hemos bajado la cifra en la magnitud que quisiéramos. Las diferencias con países desarrollados son penosas.

Si nos comparamos con países como Francia o el Reino Unido que reportan cifras de entre 7 y 8 quedamos muy mal. Nuestras últimas cifras se encuentran por arriba de 30 muertes por 100 mil nacidos vivos, por supuesto es una diferencia abismal comparada con el África Sub-Sahariana pero varias veces mayor que la mayoría de los países europeos. Al cambio del milenio, hubo un acuerdo que México firmó y se comprometió a reducir para el año 2015, en tres cuartas partes la reportada en 1990. Simplemente no cumplimos. No fuimos capaces como sociedad avanzada de alcanzar la meta comprometida. En 1990 la cifra alcanzaba 89 por 100 mil nacidos vivos, por lo que en el 2015 debimos haber alcanzado cerca de 23, hecho que a la fecha no ha ocurrido... en el 2020. Muchas personas hemos trabajado desde multiplicidad de trincheras para lograr la deseada disminución de las terribles muertes maternas, que además debo mencionar, la inmensa mayo-

FIGURA 1*

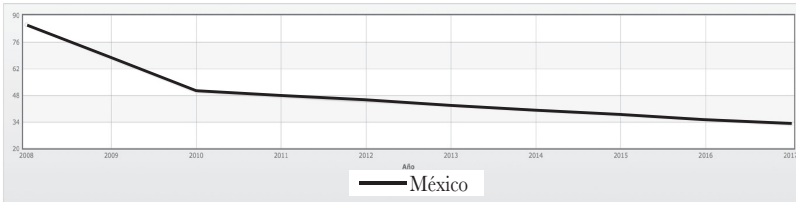


ría son prevenibles, lo que las diferencia de las muertes por enfermedades crónicas como el cáncer. Si bien es cierto que muchos tumores malignos hoy se pueden tratar e incluso curar especialmente en sus fases iniciales, existen todavía muchos por los que poco podemos hacer los médicos; eso provoca que la realidad de la muerte materna sea diametralmente diferente. El hecho de que cuantitativamente sean pocas comparadas con el cáncer, no lo hace menos grave. Prácticamente ninguna mujer debería morir en el acto de dar a luz a un vástago. Nuestra realidad poblacional y de política pública de los últimos 20 o 25 años, nos ha conducido además, como dije antes, a una “epidemia” silenciosa de obesidad que afecta por igual a las mujeres en edad reproductiva, y esas condiciones distan mucho de ser las mejores para cursar una gestación. La enorme prevalencia de sobrepeso en el embarazo tiene consecuencias graves como el incremento en la diabetes gestacional, la enfermedad hipertensiva y en general un pobre manejo de la sobrecarga que representa al organismo de las mujeres transitar a lo largo de una gestación. Por supuesto los esfuerzos que, como gobierno se han articulado han provocado una disminución paulatina en las muertes maternas, pero las resistencias de muchos segmentos de la sociedad han dificultado el progreso; cito como ejemplo claro la despenalización del aborto que previene muertes de mujeres embarazadas al ser atendidas en un ambiente sanitario adecuado.

* Aunque los datos de la figura son de 2005, esto es intrascendente para los fines de la gráfica: actualmente la mortalidad materna en México cabe entre 10 y 199.

FIGURA 2

Tasa de mortalidad materna (muertes / 100.000 niños nacidos vivos)



Country	2008	2010	2015	2017
México	85	50	38	33

Definición de Tasa de mortalidad materna: La tasa de mortalidad materna (MMRatio) es el número anual de muertes femeninas por cada 100,000 nacidos vivos por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo causas accidentales o incidentales). El MMRatio incluye las muertes durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, durante un año específico.

FUENTE: Cia. Word Fakbook. A menos que sea indicado, toda la información en esta página es correcta hasta enero de 2018

La evolución a lo largo del tiempo demuestra una tendencia a la baja muy paulatina (figura 2). Los esfuerzos se han centrado en garantizar el acceso universal a la emergencia obstétrica en vista de que el retraso en dicha atención condiciona situaciones que pueden provocar la muerte de la mujer; pero en ese punto también hemos luchado a contracorriente dadas las condiciones de fragmentación de la atención médica en México. La primigenia institución de atención médica, el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene entre sus condiciones contractuales, la obligación de atender únicamente a quienes aportan recursos para su operación de tal forma que solamente atienden a mujeres embarazadas afiliadas a ese sistema. Las demás instituciones presentan condiciones parecidas, incluyendo al llamado “Instituto de Salud para el Bienestar” (INSABI), antes conocido como Seguro Popular, cuya noble intención es brindarle atención médica a la población desprotegida por las demás instituciones. Diseñaron para eso un mecanismo de afiliación inmediato, muy eficiente, pero en vista de que descansa sobre los sistemas hospitalarios estatales (frecuentemente muy desorganizados), no ha producido los deseados beneficios en términos de que cualquier ciudadano o ciudadana mexicana pueda acceder a servicios médicos de calidad en cualquier momento. El problema por supuesto no es simple, pero definitivamente urge retomar el camino hacia la unificación de todas las instituciones federales en una sola gran

organización que le brinde atención médica al total de la población. Sin ese supuesto será muy difícil continuar disminuyendo de forma significativa la muerte materna.

Además debo mencionar que la salud materna inicia desde antes de la gestación; es decir, una mujer, en el escenario ideal debe decidir, con todos los elementos de juicio, el momento ideal desde su perspectiva para tener descendencia, e idealmente también, corregir previamente todos los factores que pudieran entorpecer o complicar un embarazo. En México estamos el día de hoy muy lejos de lograr esas condiciones. El embarazo no planeado ronda quizá entre el 80 al 90% de todas las gestaciones aunque las cifras oficiales reportan el 55% (Juárez *et al.* 2013), lo que condiciona por sí mismo un escenario no favorable. Otro factor que influye en la salud materna y en la muerte son las enormes cifras de embarazo adolescente, que francamente no debería existir, y en caso de que ocurra por alguna falla de un método anticonceptivo, esas niñas deberían tener garantizado el acceso al aborto de forma temprana y eficaz. Nada se cumple hoy en México. Muy pocas mujeres tienen más de cinco consultas prenatales con los tres estudios de ultrasonido recomendados internacionalmente (SS, 2019); el cuerpo médico desconoce los antecedentes de problemas de salud o condiciones bajo las cuales ocurrió la gestación y el colmo es que carecemos de un sistema de expediente médico electrónico que permita acceder a la información previa de cualquier mujer embarazada que acuda con urgencia a un servicio de salud. Adicionalmente son pocas las unidades obstétricas con capacidad para vigilar embarazos con riesgo elevado, como tendrían que ser atendidas el total de las mujeres con diabetes gestacional, es decir más de 100 mil mujeres por año; solo con esa patología.

III. CRISIS DEL COVID-19 EN EL EMBARAZO

La pandemia inició aparentemente en una provincia China, extendiéndose rápidamente por la región y posteriormente en el orbe. Desde el inicio pudimos apreciar que si bien las personas mayores son las que con mayor frecuencia presentan complicaciones; la ciencia carece de elementos para entender el comportamiento de este nuevo virus. Intentando prever el posible pronóstico, los epidemiólogos en el orbe basaron sus primeras hipótesis en epidemias anteriores causadas por virus parecidos, como el causante del SARS, que inició también en China y se desplegó por diversos países asiáticos. Al final se concluyó una tasa de mortalidad de dicha enfermedad alrededor del

18% (Simsek *et al.*, 2020). Especialmente las mujeres gestantes, resultaron en aquella época particularmente susceptibles a complicarse y morir, sobre todo en las fases avanzadas del embarazo. El actual germen es también un coronavirus, parecido al de aquella epidemia; que finalmente se controló y limitó por medidas de distanciamiento social, seguimiento de contactos, aislamiento y cuarentenas, pero nunca se encontraron fármacos eficaces contra la infección y no se desarrolló vacuna. No hubo inversión pública ni privada para asumir dicha responsabilidad.

En épocas más recientes, en el 2009 la humanidad atestiguó la pandemia de influenza H5N1, cuyo causante es también un virus respiratorio causante de una “gripe” parecida a la común, pero también con posibilidades de complicar seriamente la salud, en aquella ocasión de personas jóvenes. En aquella época se pudo apreciar también un peligro inminente para las mujeres gestantes, especialmente poco antes del nacimiento. Las medidas de distanciamiento social pudieron limitar rápidamente la propagación de la enfermedad así como el uso temprano del fármaco osteltamivir, que sabemos es eficaz contra casi todas las variedades. En virtud de que ya se contaba con una vacuna eficaz contra otras variantes del mismo virus, rápidamente los laboratorios pudieron elaborar una contra aquel germen. El número de mujeres embarazadas muertas en México atribuible al virus de la influenza H1N1 en el 2009 fue alrededor de las 250, lo que trastornó la razón de muerte materna que presentaba una ligera cifra a la baja comparada con el año previo.

Con el actual coronavirus SARS-CoV-2, desde el inicio de la declaración de la pandemia en diciembre del 2019, todos los que trabajamos en temas de salud materna, hemos estado pendientes de las cifras publicadas por los diferentes países en relación con la gestación y los reportes han sido francamente escasos. Los investigadores chinos, a la fecha del presente texto, han reportado cifras muy bajas de mujeres gestantes fallecidas por la infección, y señalan que son parecidas a la misma población de mujeres sin embarazo, es decir, la imagen inicial daba la impresión de bajo peligro para la mujer gestante. La mayor cifra de fallecimientos del actual virus, como ya señalé, se centra en personas adultas mayores y las mujeres en edad fértil se ubican en grupos etarios menores. La alarma mundial se despertó por un aparente caso de transmisión de la madre al feto poco antes del nacimiento (Chi *et al.*, 2020); pero tampoco se ha documentado daño fetal como malformaciones. El caso fue muy cuestionado por el concierto de los países afiliados a la Organización Mundial de la Salud porque no estuvo suficientemente sustentado; así que prevaleció la duda, pero puso en evidencia otra

vez, lo poco que conocemos del virus. Al momento actual parece haberse descartado la transmisión vertical, todos los casos estudiados han fracasado en la demostración inequívoca de ese mecanismo de infección. El panorama europeo respecto del curso de la gestación concomitante a la infección, muestra una leve tendencia hacia arriba en los requerimientos de salas de terapia intensiva; es decir que las mujeres embarazadas parecen ser un poco más susceptibles para presentar neumonías graves que requieren intubar a la mujer, comparadas con el mismo grupo etario sin embarazo; pero en cuanto a mortalidad, no existe documentada diferencia importante (Zaigham y Andersson, 2020). Las cifras en Estados Unidos parecen similares (CDC, 2020), por lo que los cuerpos colegiados de profesionales de la obstetricia recomiendan una vigilancia estrecha y el establecimiento de medidas efectivas de telemedicina para que las mujeres puedan estar en contacto continuo con el equipo de salud y en caso de requerirse una evaluación urgente, se pueda articular en una sala de emergencia obstétrica sin dilaciones. Implica esta estrategia, comunicación bidireccional continua, en tiempo real entre las mujeres y los servicios obstétricos.

El panorama descrito brindaba cierta tranquilidad porque esperábamos, por ejemplo en México, cifras prácticamente sin cambio en mortalidad materna y la terrible sorpresa es que al momento en el que escribo estas líneas llevamos más de 100 mujeres que han fallecido embarazadas a causa de la enfermedad COVID-19 de acuerdo a las cifras oficiales, tomadas de los registros de defunción (CONAVE, 2020). En Estados Unidos, con mucho más casos se reportan 39 fallecimientos de mujeres gestantes al momento en el que escribo estas líneas (Metz *et al.*, 2020). Recientemente la Organización Panamericana de la Salud publicó una alerta epidemiológica relativa al COVID-19 durante el embarazo (OPS, 2020) en la que señala claramente las diferencias entre los países latinoamericanos y Estados Unidos. En una primera mirada apreciamos una mucho mayor cantidad de muertes por COVID-19 en Brasil y en México, comparados con los datos estadounidenses, que tampoco resulta congruente al analizar el número de casos totales:

TABLA 1. CASOS Y DEFUNCIONES DE EMBARAZADAS CON COVID-19,
SEGÚN PAÍS. REGIÓN AMÉRICA.
1o. DE ENERO DE 2020 AL 11 DE AGOSTO DE 2020.
EMBARAZADAS CON COVID-19

<i>País</i>	<i>Vivas</i>	<i>Fallecidas</i>
Argentina	155	1
Bolivia	50	5
Brasil	2,256	135
Colombia	571	2
Ecuador	849	20
Estados Unidos	15,735	37
Haití	39	2
México*	3,916	106
Perú	4,782	36
República Dominicana	304	12

* México notifica embarazadas y púérperas.

FUENTES: Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/AMR). Información publicada en los sitios de web de los Ministerios de la Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por OPS/OMS.

Como se aprecia en la Tabla 1 de dicho documento, Estados Unidos reporta un total de 15,735 mujeres vivas, gestantes infectadas por COVID-19 con 37 fallecimientos, mientras que México señala 3,916 mujeres sobrevivientes con 106 muertes maternas. Parece por completo desproporcionado, aunque debemos mencionar que el método centinela de vigilancia utilizado por México podría dejar de lado muchas mujeres embarazadas que cursan con el cuadro asintomático o con síntomas leves, no es explicación suficiente para la enorme diferencia. Lo mismo ocurren con Brasil y otros países latinoamericanos, inclusive comparados entre sí. Por supuesto coincido con la necesidad de emitir una alerta por los organismos internacionales porque los datos son efectivamente alarmantes, pero quizá no se trata de que el virus presente un comportamiento necesariamente mortal en las mujeres embarazadas. Los datos norteamericanos ponen en evidencia una mayor tendencia a presentar formas severas de la enfermedad COVID-19 en el embarazo, de tal forma que aparentemente existe una proporción incre-

mentada de mujeres gestantes en las salas de terapia intensiva, comparadas con mujeres de la misma edad y condiciones, no embarazadas. Es decir, que a pesar de que no se encuentra incrementada la mortalidad, si hay una tendencia a presentar cuadros más graves, y aquí pongo el énfasis para señalar que quizá en América Latina no estamos brindando atención rápida y eficiente para detectar a las mujeres embarazadas con COVID-19 que se están agravando. Como en cualquier otro padecimiento infeccioso severo, si no brindamos atención rápida y eficiente, con todos los recursos necesarios, incluyendo unidades de terapia intensiva, la vida de la paciente se ve en peligro inminente. En nuestra zona latinoamericana no hemos progresado en la telemedicina ni en la atención y comunicación en tiempo real con las mujeres embarazadas, hecho que en Europa o EUA constituye el día de hoy parte de los estándares regulares; y ha representado una ventaja durante la pandemia que nos obliga a modificar la atención prenatal en consulta externa. Tampoco hemos hecho ningún progreso sustantivo en la comunicación entre las unidades hospitalarias del fragmentado sistema sanitario, lo que por supuesto entorpece la atención obstétrica regular. Lo anterior solo representa una deficiencia organizacional en virtud de que muchas mujeres embarazadas de todos los estratos sociales tienen hoy, en México, un teléfono móvil que fácilmente podría ser una forma de comunicación rápida y expedita con las unidades de atención obstétrica, aunque dicho teléfono no contara con servicio web, que la mayoría lo tiene. Como país se está articulando, desde hace más de diez años, una estrategia para comunicar mediante medios digitales a segmentos cada día más amplios de la población, incluyendo a los segmentos más aislados y desfavorecidos de la población nacional. Es lamentable la carencia de una aplicación simple que permita y favorezca ese canal de comunicación. Adicionalmente se requiere de un centro de inteligencia de atención obstétrica, de alcance nacional, con capacidad para visualizar la ocupación y disponibilidad de camas en cada unidad sanitaria de atención obstétrica para ponderar y planear tanto la atención regular como la de emergencia. La mayoría de los elementos necesarios para la articulación de la estrategia, existen ya a la mano. Los hospitales tienen acceso web y computadoras con capacidad para albergar una base de datos que alimentaría al centro nacional. Sistemas de comunicación telefónica obviamente también existen. Solo hacen faltan la voluntad política y las decisiones pertinentes. Por supuesto habría que revivir el convenio interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica, con las necesarias vigilancia y supervisión de la operación. En el marco de la pandemia, se tomaron decisiones adecuadas y proporcionales desde el ámbito federal

con la finalidad de asegurar la disponibilidad de unidades y camas de terapia intensiva para cualquier enfermo o enferma de COVID-19, hablando de la población general, y para lograr el objetivo deseado se adaptaron hospitales o áreas específicas de algunos de ellos dotándolos de los elementos indispensables que permitieran la operación bajo esas nuevas condiciones. Lo que resulta difícil de evaluar —por lo menos en este momento— es el impacto que dichos cambios bruscos están causando en la atención regular programada de los nosocomios; por ejemplo, la persona que estaba a la espera de una prótesis de cadera, bajo estas condiciones ignoramos cuando va a ser sometida a la intervención que le permita caminar otra vez; y podría citar una lista interminable de padecimientos cuya atención hoy se encuentra retrasada. En ese gran rubro de “atrasos” se encuentra la atención de la mujer embarazada, pero con la enorme diferencia de que ella en cualquier momento de la gestación ella puede requerir atención de extrema urgencia y la necesidad de recursos médicos sofisticados y quizá muy complejos, que en este momento están disponibles solo parcialmente en el mejor de los casos. Citando como ejemplo, en la Ciudad de México, cada hospital de alta especialidad con atención obstétrica, quedó clasificado de manera diferente. Existen seis con múltiples especialidades entre las cuales se cuenta la atención de partos, clasificados como “hospitales COVID” y por lo menos otros seis que son “no COVID” como el Instituto Nacional de Perinatología. En el ánimo de conservar la estrategia y la distinción de las unidades, al arranque de la división citada, los hospitales comenzaron a enviar a las mujeres de acuerdo a su condición infecciosa; lo que significa incrementar el riesgo por el solo hecho de que ella tendría que acceder a una unidad quizá más lejana, bajo condiciones de desconocimiento del personal médico respecto al caso concreto. Basta imaginar a una mujer portadora de diabetes gestacional, con 30 semanas de embarazo y datos sugestivos de la infección viral. El solo hecho de los traslados de un nosocomio al otro, arribando a uno nuevo donde ella desconoce el funcionamiento, implica pérdidas de tiempo que potencialmente son peligrosas bajo algunas circunstancias. Quizá la desarticulación y falta de previsión respecto a la atención regular de mujeres con enfermedades concomitantes, o las que presentan complicaciones a pesar de haber sido sanas previamente, influye negativamente en la calidad de la atención hasta el punto en el que provoca la pérdida de la vida. Partiendo de las cifras europeas y norteamericanas, que ponen de relieve una mayor necesidad de atender a este grupo de mujeres en unidades de cuidados intensivos; con resultados positivos en términos de rescatarlas, acá en México hemos visto el efecto contrario. Lo más probable es que no están llegando

a tiempo a esas unidades. Eso explicaría la proporción incrementada en mortalidad materna.

IV. EFECTOS EN EL FETO Y RECIÉN NACIDO DEL SARS-COV-2

Desde el inicio de la epidemia, otra de las preocupaciones de la comunidad internacional ha sido el paso del virus a través de la placenta. El embrión-feto, se encuentra protegido y aislado del medio ambiente, dentro del organismo materno, manteniendo una barrera que se llama placenta, dejando pasar solamente moléculas como el oxígeno y los nutrientes que le provee la mujer. De forma regular la mayoría de las bacterias son incapaces de franquear la barrera de la placenta, impidiendo así la infección del feto. Los virus al ser partículas mucho más pequeñas, frecuentemente tienen la capacidad de pasar e infectar al feto, ocasionalmente con efectos catastróficos. Tenemos en la historia reciente de las epidemias, el ejemplo del virus causante del Zika, cuyos efectos en el sistema nervioso central del feto pueden ser de extrema gravedad. El virus actual es nuevo por lo que carecíamos de información respecto del asunto, y las experiencias iniciales parecían demostrar que no existe la infección fetal ni malformaciones. La sorpresa ocurrió cuando un investigador en China afirmó que tenía un caso de infección congénita (Peng *et al.*, 2020); es decir el caso de un recién nacido en el que se aisló el germen a las pocas horas del nacimiento. Al investigar el caso de forma pormenorizada surgieron las dudas en el sentido de que el recién nacido se pudo infectar después del nacimiento. La duda ha persistido en el tiempo y se han podido demostrar un par de casos de transmisión al feto, sin aparentes consecuencias a la salud del recién nacido. Por otro lado existen varios grupos de investigación, incluyendo a uno mexicano en el Instituto Nacional de Perinatología, que están demostrando la existencia de partículas virales en la placenta, lo que sugiere y sostiene que tiene la capacidad de atravesarla, pero en todo caso, las infecciones neonatales en general, no tienen efectos graves en la salud de los bebés. Tampoco se ha demostrado ni un solo caso de malformaciones asociadas. Entonces la infección congénita no parece constituir un problema de salud pública; al menos con los datos con los que contamos a la fecha.

V. VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 EN EL EMBARAZO

Las prisas de la ciencia médica por acceder a una vacuna que proteja contra la infección causante del COVID-19 han provocado que los protocolos para

demostrar su seguridad y eficacia están dejando de lado a una población que nos preocupa especialmente que es la de mujeres gestantes.

Son hechos conocidos la vulnerabilidad de esta población frente a las epidemias previas, la mortalidad por ejemplo durante la última pandemia de influenza, se vio incrementada sensiblemente en el segundo y tercer trimestre del embarazo y la explicación más plausible, pero de ninguna manera la única, giró en torno a la restricción respiratoria en la mujer gestante en vista del volumen abdominal súbitamente incrementado.

También ocurrió un fenómeno parecido con la epidemia previa por otro coronavirus que fue la del SARS, cobrando la vida de muchas mujeres embarazadas. Los estudios con la actual de COVID-19 parecen demostrar no ser tan agresiva con esta población en general; aunque en México si hemos sido testigos de un incremento en la mortalidad que parece estar relacionada con retardos en la atención médica; no exactamente a la agresividad del germen.

En el resto del mundo se aprecia una mortalidad semejante comparativamente con la población de mujeres de la misma edad, no embarazadas. De cualquier manera se trata de una población a la que se le debe cuidado especial, con estrategias dirigidas a proteger su vida, y por lo tanto deberían estar incluidas en los protocolos de ensayos clínicos de las vacunas; obviamente con precauciones específicas como encontrarse en el segundo o tercer trimestre del embarazo y no presentar enfermedades concomitantes, dentro de un ciertos grupos de edad.

Por supuesto lo más probable es que se podría demostrar su seguridad y esto permitiría contemplarlas dentro de los primeros grupos para recibir el biológico y protegerlas de inmediato.

Urge que los gobiernos, articulen acciones para insistir frente a los laboratorios que están conduciendo los estudios e incluyan de forma urgente a esta población que de otra manera vamos a dejar sin protección de forma por completo injustificada.

Francamente la explicación de esta deficiencia parece ser un asunto discriminatorio por parte de los diseñadores de los estudios clínicos, actitud por completo absurda y anacrónica.

No por tratarse de empresas multinacionales y en extremo poderosas, quiere decir que debemos obedecer ciegamente lo que establezcan como sus políticas internas, el gobierno de México debería estar levantando la voz de forma clara para exigirle a dichas organizaciones que subsanen esta grave deficiencia en el diseño de los estudios.

La agencia reguladora norteamericana de salud (FDA) recientemente emitió un comunicado para que el sistema de salud ofrezca a las mujeres

gestantes la posibilidad de ser vacunadas y que sean ellas quienes, después de una explicación amplia, decidan si acceder o no al biológico. En pocas palabras están descansando el peso ético de la decisión en las propias mujeres dada la carencia de datos suficientes para establecer por completo la seguridad de la vacuna.

VI. REFLEXIONES FINALES

La nueva infección que enfrenta la humanidad el día de hoy, pone contra la pared argumentos que sostienen el enfoque actual de la atención a la salud bajo criterios de eficiencia económica hasta un punto en el que las contradicciones son irresolubles. También confrontan a la sociedades occidentales con la muy baja inversión en ciencia básica; en general esa tendencia actual en el sentido de que la ciencia solamente puede ser financiada por la industria, plantea un escenario de cambio en los temas de los científicos, abandonando áreas completas como los mecanismos de infección y los relativos a la explicación y estudio del daño causados por microorganismos en el organismo humano. Tampoco el desarrollo de vacunas ha progresado a la par de otras áreas de la ciencia, y por supuesto queda en evidencia la urgencia de regresar el apoyo a estos temas. El problema sustantivo de los gobiernos es que de inmediato muchos actores van a preguntar acerca del origen de los fondos y el regreso de los mismos. Los gobiernos ya no pueden seguir contemplando impávidos a los actores económicos como los únicos que deciden, deben cambiar de sentido para rescatar al derecho a la salud como uno de los determinantes fundamentales alrededor de los cuales se debe planear y articular las decisiones sustantivas. La salud materna se inscribe como punto toral de demostración de esta perspectiva; requiere decisiones, inversión y una actuación de la sociedad en su conjunto para preservar la vida de todas esas mujeres que hoy, están muriendo.

VII. REFERENCIAS

- CDC, 2020, Data on COVID-19 during Pregnancy: Severity of Maternal Illness, Centers for Disease Control and Prevention, disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/special-populations/pregnancy-data-on-covid-19.html>. Fecha de acceso: 4 de enero de 2021.
- CHI, J. *et al.*, 2020, “Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and the risk of vertical transmission: a systema-

- tic review”, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, diciembre 1o., 1-9, DOI: 10.1007/s00404-020-05889-5.
- CONAVE, Aviso epidemiológico: COVID-19 durante el embarazo al 17 de agosto de 2020, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva-Dirección Nacional de Epidemiología, 17 de agosto, disponible en: <https://omm.org.mx/blog/aviso-epidemiologico-covid-19-durante-el-embarazo-al-17-de-agosto-de-2020/>.
- DAINELLI, L. *et al.*, 2018, “Screening and management of gestational diabetes in Mexico: results from a survey of multilocation, multi-health care institution practitioners”, *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 5 vol. 2018:11: 105-116. DOI <https://doi.org/10.2147/DMSO.S160658>.
- JUÁREZ, F. *et al.*, 2020, *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*, Instituto Guttmacher, noviembre de 2013, disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/report/embarazo-no-planeado-y-aborto-inducido-en-mexico-causas-y-consecuencias#>.
- METZ, T. D. *et al.*, 2020, “Maternal Mortality From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the United States”, *Obstetrics & Gynecology* 136(2): 313-316. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004024.
- OPS, 2020, Alerta Epidemiológica: COVID-19 durante el embarazo, 13 de agosto de 2020, Organización Panamericana de la Salud, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-covid-19-durante-embarazo-13-agosto-2020>.
- PENG, Z. *et al.*, 2020, “Unlikely SARS-CoV-2 vertical transmission from mother to child: A case report”, *Journal of Infection and Public Health* 13(5):818-820. DOI: 10.1016/j.jiph.2020.04.004.
- SIMSEK, Y. *et al.*, 2020, “Maternal and fetal outcomes of COVID-19, SARS, and MERS: a narrative review on the current knowledge”, *European Review of Medical and Pharmacological Sciences*, vol. 24, núm. 18: 9748-9752. DOI: 10.26355/eurrev_202009_23068.
- SS, 2019, Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sistema Único de Información, vol. 36, núm. 30, Secretaría de Salud, disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/483154/sem30.pdf>.
- WEBSTER, R. G., 2018, *Flu Hunter: Unlocking the secrets of a virus*, Otago University Press, disponible en: <https://b-ok.lat/book/5007921/919e2b>.
- Wikipedia, 2020, Anexo: Tasa de mortalidad de enfermedades humanas, disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Tasa_de_mortalidad_de_enfermedades_humanas. Fecha de acceso: 4 de enero de 2021.

ZAIGHAM, M. y ANDERSSON, O., 2020, “Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies”, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 99(7): 823-829, disponible en: <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>.

OBLIGACIONES DEL PERSONAL SANITARIO Y SUS LIMITACIONES

LA ÉTICA DE LA PROFESIÓN MÉDICA ANTE LA PANDEMIA

Luis MUÑOZ FERNÁNDEZ

SUMARIO: I. Introducción y panorama general. II. El dilema de las profesiones sanitarias: el deber de atención durante la pandemia. III. La búsqueda de respuestas en los códigos de ética profesional. IV. El ejemplo de la tradición. V. Las motivaciones profundas. VI. Conclusiones.

I. INTRODUCCIÓN Y PANORAMA GENERAL

La pandemia actual de COVID-19, por su amplia y rápida distribución en todo el mundo, su alta contagiosidad, sus efectos sobre la salud pública e individual y sobre la economía de los países, junto con el hecho de que no exista hasta el momento un tratamiento curativo ni se disponga de una vacuna para evitarla, constituye para la mayor parte de la comunidad internacional un problema inédito de gran alcance y un reto mayúsculo para los sistemas sanitarios de todos los países.

En este contexto, la pandemia ha puesto en evidencia varios dilemas éticos y bioéticos y está generando cambios en la forma de practicar la medicina, la investigación biomédica y la enseñanza de la profesión médica. Algunos de estos dilemas son 1) la publicación de información muy abundante en la que se mezclan noticias verdaderas con otras falsas, lo que se ha llamado “la infodemia”,¹ 2) los riesgos de la toma de decisiones médicas que no se basan en sólidas evidencias científicas, en especial el uso de tratamientos que no están suficientemente validados mediante protocolos de investigación clínica rigurosos,² 3) la distribución de recursos limitados o

¹ Organización Mundial de la Salud (2020), disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>.

² Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020). Uso de emergencia de intervenciones no probadas y fuera del ámbito de la investigación: Orientación ética para la pandemia de COVID-19, disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1189>.

insuficientes para todos aquellos que los necesitan³ y 4) las limitaciones sanitarias que se imponen en la enseñanza de la medicina y otras disciplinas.⁴

Sumado a lo anterior, hay que considerar también la imposición de restricciones a la libertad de los individuos en aras de la salud pública con medidas como el confinamiento (cuarentena) y el incremento de las regulaciones de los viajes internacionales para reducir la expansión de la pandemia.⁵

Otro dilema que enfrenta el médico de manera particular en una situación como la que estamos viviendo es el relativo a tener que atender enfermos de una enfermedad provocada por un germen patógeno nuevo, sin vacuna ni tratamiento específico eficaz, con el riesgo de que sea el propio médico quien se contagie, sufra la enfermedad e incluso pueda morir por esta causa. En este capítulo trataremos de esta obligación profesional del médico ante la pandemia de COVID-19.

Conforme esta pandemia de COVID-19 ha ido avanzando y hemos podido conocer cada vez más los diversos aspectos de la enfermedad, también se han hecho evidentes otros dilemas bioéticos, como los relativos a la protección de la confidencialidad de los pacientes, la implementación de los cuidados paliativos en los casos que por su mal pronóstico hagan inútiles o incluso perjudiciales las medidas terapéuticas propias de los cuidados de terapia intensiva (con el agravante adicional de privar de esos recursos a aquellos con mayores posibilidades de beneficiarse de ellos) y todo aquello que tiene que ver con el final de la vida en aquellos enfermos que mueren sin la posibilidad de contar con la cercanía de sus seres queridos.⁶

II. EL DILEMA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS: EL DEBER DE ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA

A juzgar por la extraordinaria respuesta del colectivo sanitario (personal médico, de enfermería, de intendencia y otros) que hemos observado tanto en México como en otros países, parecería que el deber ético de aten-

³ Rivera López, E. *et al.*, (2020), “Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19”, *Revista de Bioética y Derecho*, 3(50), 37-61, disponible en: <https://doi.org/10.1344/rbd2020.50.31816>.

⁴ Sacristán, Juan Antonio, y Millán, Jesús, “El médico frente a la COVID-19: lecciones de una pandemia”, *Educación Médica*, 21 (4), (2020), pp. 265-271.

⁵ University of Toronto Joint Centre for Bioethics, “Stand on guard for thee. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza”, 2005, disponible en: http://www.jcb.utoronto.ca/people/documents/upshur_stand_guard.pdf.

⁶ Kramer, Jessica B., “Ethics in the time of coronavirus: recommendations in the COVID-19 pandemic”, *Journal of the American College of Surgeons* 230 (6), (2020), pp. 114-118.

der a los pacientes con la COVID-19 no entraña un dilema ético significativo, ya que estos profesionales han enfrentado el reto con una entrega sin fisuras. Sin embargo, tanto la experiencia en epidemias pasadas como en la pandemia actual algunos médicos se han negado a atender a los pacientes o han renunciado a su labor pese a haber sido contratados para ello. Las razones giran en torno al riesgo de adquirir o morir por la enfermedad y la posibilidad nada despreciable de transmitírsela a sus familiares y demás personas de su entorno cercano.⁷

Otra razón del dilema de atender o no a pacientes con la COVID-19 es el de los médicos que padecen una o varias enfermedades crónicas (por ejemplo: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, enfermedades autoinmunes, etc.), las hoy llamadas “comorbilidades”, lo que, de infectarse con el SARS-CoV-2, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar una forma grave o incluso mortal de la COVID-19. Lo mismo puede decirse de aquellos profesionales que tienen una edad de 60 años o más y las profesionales embarazadas quienes, junto a los portadores de enfermedades crónicas, constituyen un grupo laboral especialmente vulnerable.⁸

¿Cuáles son algunas de las razones que se invocan en la literatura para justificar el deber de atención a los enfermos durante una pandemia como la actual? Se señalan las siguientes:⁹

- 1) *Entrenamiento especial*. La profesión médica y el resto del personal sanitario poseen una preparación óptima para esta tarea en comparación con cualquier otro miembro de la sociedad. Para algunos, este elemento por sí solo ya justificaría que los médicos sean quienes atiendan a los infectados asumiendo los riesgos implícitos.
- 2) *Consentimiento/Consentimiento implícito*. Cuando escogieron libremente estudiar esta profesión, las médicas y médicos estaban aceptando tácitamente los riesgos que conlleva.
- 3) *Reciprocidad/Contrato social*. La profesión médica se legitima mediante un contrato con la sociedad y que los médicos atiendan a los enfermos durante una pandemia es lo que la sociedad espera de ellos.

Respecto a este último punto, Paul Starr, en su libro *La transformación social de la medicina norteamericana*, afirma que la profesión médica no tendría

⁷ Ruderman, Carly *et al.*, “On pandemics and the duty to treat: Whose duty? Who cares?”, *BMC Medical Ethics*, 7(5) (2006).

⁸ Kramer, *op. cit.*

⁹ Clark, Chalmers C, “In harm’s way: AMA Physicians and the duty to treat”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 30 (2005), pp. 65-87.

autoridad sobre la sociedad si no hubiera sido capaz de satisfacer las necesidades más sentidas de los seres humanos.¹⁰

El contrato social del médico con la sociedad implica una reciprocidad de esta con aquel, que se manifiesta, por ejemplo, en el hecho de que la mayoría de los médicos egresa de universidades públicas cuyo mantenimiento proviene, por lo menos en parte, de las aportaciones ciudadanas. Además, la licencia para practicar la profesión garantiza cierta exclusividad, lo que reduce la competencia y permite el acceso a mayores ganancias. Además, la autorregulación de la profesión médica le permite gozar de una mayor autonomía. Por último, al atender a los enfermos de pandemia como la actual, los médicos y demás personal sanitario serán los primeros en beneficiarse cuando se disponga de tratamientos específicos y, sobre todo, de vacunas eficaces.¹¹

Está claro que los médicos tienen el deber de atender a los enfermos de la pandemia. Ese deber corresponde a un compromiso ético de la profesión y tiene también una estrecha relación con la ética del cuidado, a la que todos los integrantes del personal sanitario deben estar vinculados. No es ocioso recordar aquí que el principio bioético que subyace al deber de atender a los pacientes en general, y más en el caso particular de una pandemia, es el principio de beneficencia, mismo que para Tom L. Beauchamp y James F. Childress “abarca todas las normas, disposiciones y acciones cuyo objetivo es el de beneficiar o promover el bienestar de otras personas”.¹² Lo anterior no resta relevancia al hecho de que los demás principios bioéticos (autonomía, justicia y no maleficencia) siempre deben ser tomados en cuenta en situaciones extraordinarias como las de una pandemia.

Dicho lo anterior, el dilema sobre el deber de atender a los enfermos en una pandemia podría expresarse mejor mediante la pregunta cuándo y hasta qué límite, en lugar de un simple sí o no.¹³ Los límites vienen determinados por el propio historial clínico de las y los profesionales de sanitarios (edad, comorbilidades, embarazo) y la disponibilidad de equipos de protección personal adecuados para desempeñar la labor sin someterse a un riesgo

¹⁰ Starr, Paul, *The social transformation of American medicine*, Nueva York, Basic Books, 1982, p. 144.

¹¹ Malm, Heidi *et al.*, “Ethics, pandemics, and the duty to treat”, *The American Journal of Bioethics*, 8 (8) (2008), pp. 4-19. Gracia, Diego, “La ética y las profesiones sanitarias”, en *Como arqueros al blanco*. Estudios de Bioética, San Sebastián, Triacastela, 2004, pp. 265-278.

¹² Beauchamp, Tom L. y Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, 8a. ed., Nueva York, Oxford University Press, 2019, pp. 217 y 218.

¹³ Smith, Maxwell y Upshur, Ross, “Pandemic Disease, Public Health, and Ethics”, *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2019.

innecesariamente elevado que al final redunde en la imposibilidad de seguir brindando a los enfermos la tan necesaria atención médica.¹⁴

III. LA BÚSQUEDA DE RESPUESTAS EN LOS CÓDIGOS DE ÉTICA PROFESIONAL

El deber de atender a los enfermos en una epidemia o pandemia se ha establecido en diversos códigos deontológicos de la medicina. La expresión de este deber no está presente en todos los códigos deontológicos médicos y, en aquellos en los que está presente, se plasma con una claridad y minuciosidad variables. Uno de ellos es el *Código de Deontología Médica* del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, en cuyos Principios Generales, el artículo cinco, inciso 3, se señala que “la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de este debe anteponerse a cualquier otra conveniencia. El médico no puede negar la asistencia por temor a que la enfermedad o las circunstancias del paciente le supongan un riesgo personal”. Un poco más adelante, en el artículo 6, inciso 2, puede leerse que “el médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario”.¹⁵

En México, el *Código de ética y deontología médica* del Colegio Mexicano de Urología, A.C., en su artículo noveno establece que “El médico debe asumir determinados riesgos en su seguridad individual, respondiendo generosamente ante necesidades extraordinarias, como catástrofes, epidemias, accidentes, conflictos bélicos u otros, que le exijan entrega y dedicación más allá de su práctica habitual”.¹⁶ En el *Código de Ética* del Colegio de Médicos y Cirujanos de Aguascalientes, el artículo 1, inciso 3, de sus Principios Generales, titulado *Voluntariedad y solidaridad en caso de emergencias, epidemias y catástrofes*, se señala lo siguiente:

Constituye un deber del profesional de la salud la prestación de sus servicios de manera voluntaria en ciertos casos de necesidad sanitaria manifiesta como

¹⁴ Singer, Peter A. *et al.*, “Ethics and SARS: lessons from Toronto”, *British Medical Journal*, 327 (2003), p. 1343.

¹⁵ Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, *Código de deontología médica*, 2a. ed., Madrid, 2011, pp. 11 y 12.

¹⁶ Santacruz Romero, Abraham M., “Código de deontología y ética médica del Colegio Mexicano de Urología, A. C.”, *Boletín del Colegio Mexicano de Urología XX* (2), (2005), p. 64.

en caso de emergencias, epidemias, catástrofes o de cualquier situación con grave riesgo para la salud del individuo o de la comunidad.

En ningún caso, el profesional de la salud abandonará sin causa justificada a las víctimas de estos desastres.

La atención de urgencia en caso de catástrofe o desastre deberá realizarse juiciosamente en función de las necesidades médicas y los recursos disponibles.¹⁷

Entre los códigos profesionales que tratan el tema, merece especial mención el de la Asociación Médica de Estados Unidos de América (*American Medical Association*), que desde su primer *Código de ética* de 1847 abordaba el tema del riesgo personal al brindar un servicio público. El *Código* estaba organizado en relaciones: médico-paciente, médico-médico y médico-público. En cada relación se trataban las obligaciones y derechos recíprocos. En la tercera sección, la relativa a las relaciones entre el médico y el público, proponía una obligación hasta ese momento inédita: “cuando la peste se impone, es el deber de los médicos enfrentar el peligro y continuar con su labor de aliviar a los que sufren, incluso ante el riesgo de perder sus propias vidas”.¹⁸ Conforme en Estados Unidos de América las grandes epidemias empezaron a ser menos frecuentes, decayó el énfasis del *Código de ética* en señalar esta obligación del médico. Se pensó que las pandemias eran cosa del pasado, “anacronismos históricos irrelevantes”. Con la aparición del sida a principios de la década de los 80 del siglo pasado, hubo que dar marcha atrás en este falso optimismo.¹⁹

El 4 de diciembre de 2001, el Consejo de Delegados de la Asociación Médica de Estados Unidos adoptó la *Declaración de Responsabilidad Profesional*, en la que puede leerse lo siguiente:

Nunca en la historia de la civilización humana ha estado fuertemente unido el bienestar de cada individuo con los demás. Las plagas y enfermedades no respetan fronteras nacionales en un mundo de comercio global y viajes. Las guerras y actos de terrorismo reclutan inocentes como combatientes y marcan a los ciudadanos como objetivos. Los avances científicos en medicina y genética, que prometen grandes beneficios, pueden ser también manejados como agentes del mal. El alcance sin precedentes y la inmediatez de estos acontecimientos demandan una acción concertada y una respuesta por todos.

¹⁷ Delgado Esqueda, Carlos H. *et al.*, *Código de ética del Colegio de Médicos Cirujanos de Aguascalientes*, A. C. *Relación paciente-médico. Voces diversas*, Aguascalientes, COESAMED, 2013, p. 352.

¹⁸ Huber, Samuel J. y Wynia, Matthew K., “When pestilence prevails... physician responsibilities in epidemics”, *The American Journal of Bioethics* 4 (1), pp. W5-W11.

¹⁹ Clark, *op. cit.*

Como médicos, estamos unidos en nuestra respuesta por una herencia común de cuidado para con los enfermos y los que sufren. A través de los siglos, los médicos han cumplido totalmente esta obligación aplicando sus conocimientos y capacidades de manera competente, desinteresada y, a veces, heroicamente. Hoy, nuestra profesión tiene que reafirmar su compromiso para combatir los desastres naturales y los provocados por la mano del hombre sobre la salud y el bienestar de la humanidad. Solamente actuando unidos por encima de las diferencias ideológicas y geográficas podremos hacer frente a tan poderosos agentes nocivos. La humanidad es nuestro paciente.²⁰

Existe el señalamiento de que hay un vacío o una imprecisión en los códigos de ética profesional de las diversas agrupaciones médicas a la hora de definir los deberes de sus miembros frente a las epidemias. Así lo considera el Centro de Bioética de la Universidad de Toronto, Canadá, en sus *Consideraciones éticas en la preparación de los planes para la pandemia de influenza*, publicado en noviembre de 2005, con lo aprendido tras la epidemia del síndrome respiratorio agudo y grave del adulto en 2002-2003. Respecto a las epidemias de influenza, tal como puede decirse en las circunstancias actuales, sus autores afirman que los códigos de ética del personal sanitario deben servir como una guía confiable y firme sobre sus derechos y obligaciones y que es muy importante que desde los médicos y enfermeras hasta el personal de las ambulancias cuenten con códigos o principios de conducta ética, de modo que todos sepan qué esperar durante una crisis sanitaria provocada por una enfermedad infecto-contagiosa. Estos códigos deben tratar los siguientes puntos: el nivel de riesgo que el personal sanitario va a asumir, el deber de cuidar a los enfermos y de cuidarse a sí mismo para seguir ofreciendo sus servicios y el deber de no dañar a otros transmitiendo la enfermedad.²¹ Este último punto corresponde al principio bioético de la no maleficencia.²²

IV. EL EJEMPLO DE LA TRADICIÓN

A lo largo del tiempo se ha escrito sobre los deberes del médico en relación con sus pacientes y su aceptación o rechazo de los riesgos inherentes a su profesión. Ante una pandemia como la que estamos sufriendo es inevitable

²⁰ American Medical Association, “Una declaración de responsabilidad profesional: el compromiso social de la medicina con la humanidad”, 2001, disponible en: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-03/declaration-professional-responsibility-spanish.pdf>.

²¹ University of Toronto Joint Centre for Bioethics, *op. cit.*

²² Simonds, A. K. y Sokol D. K., “Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters”, *European Respiratory Journal* 34 (2) (2009), pp. 303-309.

comparar la conducta actual de los médicos con la que mostraron otros médicos durante las epidemias y pandemias del pasado. Esta comparación no es del todo confiable y útil porque la información disponible, el estado del conocimiento médico y las condiciones sociales de épocas remotas son muy distintas de las actuales.

Por ejemplo, durante la epidemia de peste bubónica que asoló Europa en el siglo XIV, salvo aquellos médicos que por sus convicciones religiosas se sacrificaron atendiendo a sus pacientes, la impresión general de acuerdo con las crónicas de la época es que la conducta de los médicos no fue precisamente heroica. Muchos huyeron a lugares más seguros o se encerraron en sus casas sin prestar ningún servicio. La sociedad se horrorizó ante el miedo de los médicos, la inutilidad de sus tratamientos y lo poco que se interesaron profesionalmente en la enfermedad.

Durante la epidemia de peste bubónica ocurrida en Londres entre 1665 y 1666, el boticario William Boghurst fue posiblemente el único que se refirió a las obligaciones del personal sanitario: “cada hombre que practique un oficio o profesión debe hacerlo con todo lo que conlleva, lo bueno y lo malo, lo placentero y lo doloroso, la ganancia y la inconveniencia por igual. Los ministros deben predicar, los capitanes pelear y los médicos deben atender a los enfermos”.

En la epidemia de fiebre amarilla ocurrida en Filadelfia en 1793, varios médicos, incluyendo a Benjamin Rush, trataron a los enfermos asumiendo los riesgos y acabaron enfermando.

Como puede verse, la tradición de atender a los pacientes durante las epidemias muestra ejemplos muy heterogéneos y no nos ofrece una guía clara que nos indique cuál es la conducta correcta en las actuales circunstancias. Sin embargo, el hecho de que la conducta histórica de los médicos durante las epidemias haya sido errática y que se carezca de una tradición completamente congruente, no significa que no exista una historia coherente en la que se ha observado, salvo en ciertos períodos, una voluntad creciente del gremio médico de aceptar el deber de atender a los enfermos en situaciones extraordinarias como las epidemias y pandemias.²³

En épocas más recientes se han descrito tres modelos de la ética de la atención médica: el basado en el derecho a recibir dicha atención, el llamado modelo del contrato social y el modelo basado en una medicina como una profesión moral.

En el primero, el derecho del paciente a recibir atención genera en el médico el deber de hacerlo, deber que se extiende además a las insti-

²³ Huber y Wynia, *op. cit.*

tuciones y a la propia sociedad. En el segundo, ya comentado en líneas precedentes, se establece un contrato de reciprocidad entre el médico y la sociedad. En estos dos modelos se deja cierta libertad al médico para que acepte atender o no al paciente, aunque existen reglas que regulan dicha libertad. En el tercer modelo, la faceta moral de la profesión médica cobra una relevancia central y tiene sólidas implicaciones en la atención de los pacientes con enfermedades infecto-contagiosas. Las implicaciones morales de la profesión médica no son un tema nuevo, pues ya el médico Scribonius Largus, que ejerció en la antigua Roma durante el primer siglo de nuestra era, concluyó que “el ejercicio de una profesión entraña el compromiso con cierto fin (*professio*) y, por tanto, la obligación de llevar a cabo las funciones y cumplir los deberes (*officia*) necesarios para lograr dicho fin”. No cumplir con estos deberes vulnera la excelencia con la que debe ejercerse la profesión médica.²⁴

V. LAS MOTIVACIONES PROFUNDAS

Por lo expuesto en la parte final de la sección anterior, parece claro que en una situación de emergencia sanitaria como la que estamos viviendo con la pandemia de COVID-19 los modelos de ética médica basados en los derechos o en el contrato con la sociedad, si bien deben tomarse en cuenta, son insuficientes y es por tanto indispensable fortalecerlos concibiendo a la medicina como una empresa moral. Empresa en el sentido que tiene la primera acepción de esta palabra en el *Diccionario de la lengua española*: “Acción o tarea que entraña dificultad y cuya ejecución requiere dedicación y esfuerzo”.²⁵

Parece oportuno citar aquí dos ejemplos históricos de esta concepción moral de la profesión médica. El primero proviene de un discurso que William Osler (1849-1919), uno de los médicos más eminentes de todos los tiempos, pronunció ante los alumnos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Toronto, Canadá, en 1903, titulado *La palabra clave en medicina*:

La práctica de la medicina es un arte, no un comercio; una vocación, no un negocio; una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza...

²⁴ Zuger Abigail y Miles Steven H., “Physicians, AIDS, and occupational risk”, *Journal of the American Medical Association* 258 (14) (1987), pp. 1924-1928.

²⁵ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed., Madrid, 2014, disponible en: <https://dle.rae.es/empresa>.

El vuestro es un deber más alto y sagrado. No penséis en encender una luz que brille ante los hombres para que puedan ver vuestras buenas obras; al contrario, pertenecéis al gran ejército de trabajadores callados, médicos y sacerdotes, monjas y enfermeras, esparcidos por el mundo, cuyos miembros no se agitan ni gritan, ni se oyen sus voces por las calles, sino que ejercen el ministerio del consuelo entre la tristeza, la necesidad y la enfermedad...

A vosotros, la tropa silenciosa de trabajadores, en los pueblos y zonas rurales, en los arrabales de nuestras grandes ciudades, en los campamentos mineros y en los poblados industriales, en las mansiones de los ricos, en las chozas de los pobres, a vosotros se os ha encomendado la tarea más difícil: ilustrar con vuestras vidas los valores hipocráticos de la erudición, la sagacidad, la humanidad y la probidad. Erudición que os permite aplicar en vuestra práctica lo mejor que se conoce en nuestro arte, y con el aumento de vuestro conocimiento crecerá el inapreciable don de la sagacidad, de modo que a todos y en cualquier lugar podáis proporcionar socorro experto en un momento de necesidad. Humanidad que os hará mostrar en vuestra vida cotidiana ternura y consideración para el débil, piedad infinita para el que sufre, y caridad abierta para todos. Probidad que os hará fieles a vosotros mismos bajo todas las circunstancias, fieles a vuestra elevada vocación, y fieles a vuestro prójimo.²⁶

El segundo ejemplo es el de Francis W. Peabody (1881-1927), médico estadounidense de gran calidad profesional y humana, quien, poco antes de morir de manera imprevista, ofreció una serie de conferencias a los estudiantes de medicina de la Universidad de Harvard. Su conferencia más citada se titula *El cuidado del paciente* y en ella podemos leer lo siguiente:

El buen médico conoce a sus pacientes de todo a todo y consigue ese conocimiento a un alto costo. Tiempo, simpatía y comprensión deben brindarse con generosidad, aunque la recompensa se hallará en ese vínculo personal que constituye la satisfacción más grande de la práctica de la medicina. Una de las cualidades esenciales del médico clínico es su interés en la humanidad, porque el secreto del cuidado del paciente consiste en hacerse cargo de él.²⁷

Como señalamos anteriormente, la pandemia de VIH/sida que apareció a principios de los años ochenta del siglo XX puso sobre la mesa la reconsideración de los deberes del médico frente a una nueva enfermedad infecto-contagiosa, sin tratamiento disponible durante los primeros años de

²⁶ Osler, William, *La palabra clave en medicina. Aequanimitas con otras referencias a estudiantes de medicina, enfermeras y médicos*, trad. de M. Fuster Siebert, Manlleu, Fundación Uriach 1838, 2004, pp. 267 y 268.

²⁷ Peabody, Francis W., "The care of the patient", *Journal of the American Medical Association* 88, (1927), pp. 877-882.

su aparición, y con una significativa tasa de letalidad. Ese ejemplo de dilema ético que en sus días supuso el VIH/sida —en la actualidad la situación es un tanto diferente gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos— puede ayudarnos a reflexionar sobre las obligaciones del médico ante la pandemia de COVID-19.

En un artículo publicado una década después, la internista y especialista en enfermedades infecciosas Nancy Rockmore Angoff se preguntaba sobre el deber ético de atender a los pacientes con VIH/sida y consideraba que para responder a esa pregunta era indispensable entender la práctica de la medicina como un gran tapiz inacabado, elaborado a lo largo de los años para contar una historia, entretejido con las historias particulares de cada médico, enriquecido con las hebras del compromiso, el cuidado y las relaciones y deslucido con los hilos del egoísmo. Se debe empezar por observar el medio social y político en el que se origina la pregunta, para después examinar las leyes, las regulaciones, los códigos y principios éticos, así como los aspectos de la historia de la práctica médica relativos a esa pregunta. Tras esas consideraciones viene el examen de los varios modelos actuales de ética médica. Por último, la pesquisa se reorienta hacia la moral para llegar a la respuesta.

Angoff reconoce que los médicos son parte de la sociedad y que comparten el miedo al contagio, fundamentado o irracional, con los demás ciudadanos. Se pregunta: ¿existe algo en el ser médicos que debería obligarlos a enfrentar de lleno sus temores para hacer lo que saben hacer, aliviando el dolor y el sufrimiento que causan enfermedades como el sida? O formulada de otra manera: ¿tienen los médicos el deber ético de cuidar a los pacientes con VIH/sida? Tanto médicos, como abogados y estudiosos de la ética están llegando a la conclusión de que esta pregunta apunta a la esencia de lo que significa ser médico, que es una pregunta muy difícil de responder.

En un país como Estados Unidos, en el que predomina la práctica privada de la medicina, concebida así como un negocio, el dilema se resolvería con cierta facilidad al considerar que el médico tiene la completa libertad de aceptar o rechazar la atención de un paciente con VIH/sida. Sin embargo, ¿tiene la profesión médica alguna dimensión moral que exige estándares de atención por arriba de los intereses pecuniarios y los intercambios del mercado?²⁸

Ya hemos visto que buscar la respuesta en el marco legal de los derechos y deberes o incluso en los códigos deontológicos de la medicina conduce a

²⁸ Angoff, Nancy R., “Do physicians have an ethical obligation to care for patients with AIDS?”, *The Yale Journal of Biology and Medicine* 64 (1991), pp. 207-246.

una respuesta insatisfactoria. Sin embargo, es interesante constatar que en 1988 el Colegio de Médicos y la Sociedad de las Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos publicó la siguiente declaración:

Que un médico se niegue a atender a un tipo específico de pacientes, como los que tienen sida o han sido infectados por el VIH, aduciendo la razón que sea, es moral y éticamente indefendible. La práctica de la medicina es un deber social que entraña una responsabilidad. Si la medicina pretende conservar el respeto como la profesión sanadora, debemos brindar el mejor cuidado posible a nuestros pacientes, sin importar el riesgo personal. Hacer menos amenaza la mismísima naturaleza de la relación paciente-médico, se burla de nuestro legado profesional y vulnera la esencia de lo que es ser médico.²⁹

Esta declaración se refiere a algo que va más allá de lo estrictamente legal o incluso deontológico. Apunta a algo un tanto indefinido pero más profundo.

Hemos mencionado previamente los tres modelos actuales de la ética de la atención médica: el basado en los derechos, el del contrato social y el que se basa en la faceta moral de la profesión, que Angoff llama, citando a Zuger y Miles, el modelo basado en la virtud. ¿Qué virtudes distinguen al buen médico? El tratar pacientes infecto-contagiosos como los que tienen VIH/sida, o los que en este momento tienen COVID-19, lejos de lo que se suele decir, no exige condiciones como el heroísmo, el propio sacrificio o la temeridad, sino las virtudes de la valentía y la integridad intelectual.³⁰ Recordemos lo que señalamos previamente: el deber de atención tiene límites que vienen determinados por el propio historial clínico de las y los profesionales de sanitarios (edad, comorbilidades, embarazo) y la disponibilidad de equipos de protección personal adecuados para desempeñar la labor sin someterse a un riesgo innecesariamente elevado.

Ya Aristóteles se refería a la valentía en su *Ética a Nicómaco* con las siguientes palabras:

La valentía es un término medio entre el miedo y la temeridad... La valentía más natural parecer ser la inspirada por el coraje, cuando se le añaden elección y finalidad... Como hemos dicho pues, la valentía es un término medio en relación con las cosas que inspiran confianza o temor, y en las situaciones

²⁹ Health and Public Committee, American College of Physicians; and the Infectious Diseases Society of America, "The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with the human immunodeficiency virus (HIV)", *Annals of Internal Medicine* 108(3) (1988), pp. 460-469.

³⁰ Angoff, *op. cit.*

establecidas, y elige y soporta el peligro porque es honroso hacerlo así, y vergonzoso no hacerlo... La valentía sin sabiduría conduce a la precipitación.³¹

La práctica de una profesión, y más cuando los referimos a la medicina, no puede reducirse a un conjunto de conocimientos y destrezas técnicas. A diferencia de otras actividades humanas que tienden a la obtención de bienes externos, en el caso de la medicina se obtienen también bienes internos (la realización personal, por ejemplo) que no sólo benefician al médico como individuo, sino que de alguna manera permean al resto de la sociedad.

Ante el desafío a la esencia misma del ser médico, esta pandemia de COVID-19 nos lleva a preguntarnos por el propósito último de la práctica médica. Ni la visión exclusivamente técnico-científica de la profesión y mucho menos aquella que la reduce a un intercambio mercantil o a una simple provisión de un servicio que pretende equiparar la relación médico paciente a la de un prestador de servicios y su cliente, la práctica médica tiene un propósito mucho más profundo.

Esto lo explica particularmente bien el médico internista y profesor de salud pública Eric J. Cassell, que hace la distinción entre afección, padecimiento y enfermedad. La afección es la alteración del funcionamiento normal de un órgano o de un sistema de órganos. El padecimiento es lo que el enfermo experimenta y la enfermedad es el estado global que resulta de la pérdida de la salud.

Si consideramos la salud como un estado de plenitud, la afección es lo primero que socava esa plenitud. Cassell entiende la salud como la completa conectividad del ser humano consigo mismo y con su entorno y, por tanto, la gravedad de su enfermedad puede medirse por el grado de pérdida de esa conectividad:

En la salud sabemos que estamos vivos por nuestra conectividad con el mundo. Cuando nos desconectamos completamente, estamos muertos. Nos conectamos con el mundo a través de numerosos fenómenos físicos —el tacto, la vista, el equilibrio, el olfato, el gusto, el oído—, pero también mediante nuestro interés en las cosas y en los demás, por nuestros sentimientos hacia las personas, por lo que hacemos y, necesariamente, por lo que somos, por el lugar que ocupamos en el contexto de la sociedad. Al grado que, cuando confiamos realmente en estas conexiones, los pequeños detalles carecen de importancia y perder algunas conexiones no nos asusta tanto como cuando perdemos otras. Cuando padecemos una enfermedad, aunque sea leve, se

³¹ Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, trad. de J. Palli Bonet, Madrid, Gredos, 2010, pp. 87-95.

pierden algunos de estos contactos. Incluso una gripa fuerte puede disminuir nuestro interés en el mundo, además del lagrimeo que nubla la visión, pero al menos sabes su causa y comprendes que pasará pronto.

A medida que el padecimiento avanza, se van perdiendo cada vez más conexiones a causa de los síntomas y el aislamiento social forzado por la enfermedad. El paciente se asusta ante la percepción de su desconexión y se desentiende de la pérdida a medida que se reduce su horizonte. Conforme se aleja del mundo real, empieza a construir el suyo propio, un mundo interior o un mundo que comparte exclusivamente con otros enfermos.

Ahora podemos entender el propósito profundo de la práctica médica, que va mucho más allá de la normalización del funcionamiento orgánico alterado: restablecer la plenitud y la conectividad del paciente consigo mismo y con el mundo. Y lo más notable es que ese restablecimiento no sólo beneficia al enfermo, sino al propio médico.³²

Para Cassell, la práctica médica tiene como objetivo primordial la sanación. El médico, más allá de curar la enfermedad, desempeña el papel de sanador al restablecer la conectividad del paciente. Al decir “sabemos que estamos vivos...” usa el pronombre nosotros, incluyendo al paciente y el médico en un binomio indisoluble. El sanador, al cuidar del enfermo, también se sana a sí mismo. El médico necesita tanto al enfermo como este de él. Ambos cobran sentido mutuamente. El corazón de la práctica de la medicina es una relación, es lo que está en su núcleo más profundo.

Es solamente a través de esa relación como el médico puede lograr su objetivo. Los deberes éticos enraizados en esa relación interpersonal corresponden a la responsabilidad. La preocupación que el médico debe tener por el bienestar de su paciente se origina en esa forma tan especial de relación que se establece entre ambos.

VI. CONCLUSIONES

Con todo lo expuesto, la pregunta de Angoff, ¿están los médicos obligados a responder “debo hacerlo” y cuidar de los pacientes con VIH/sida?, se responde con un rotundo sí. De esa respuesta no sólo depende la salud y la vida de los enfermos, sino el que los médicos alcancen su realización personal y el que la propia profesión conserve el respeto de la sociedad.

Angoff nos dice que existe un deber ético de atender a los pacientes con VIH/sida (o, en nuestro caso, con COVID-19). Esta obligación tiene

³² Cassell, Eric J., *The Healer's Art*, Cambridge, Mass., The MIT Press, 1976, p. 27.

asiento en la poderosa esencia de la práctica de la medicina, en la relación paciente-médico. Es en esta relación de cuidar que el médico llega a conocer al paciente de manera integral. La relación conlleva la responsabilidad de estar atento al bienestar del paciente y esta responsabilidad se extiende a los pacientes del futuro. La preocupación por los pacientes que han de venir tiene sus raíces en la visión que el médico tiene de sí mismo basada en la relación que le une a sus pacientes, misma que se merma o lesiona cuando los rechaza y de la que dará cuenta en su propia historia profesional.³³

El deber del médico hacia los pacientes en esta pandemia de COVID-19 es claro, como lo es el que ese deber tiene para el médico los límites de su edad, su historial clínico (comorbilidades, embarazo) y el contar sin excepción con el equipo de protección personal apropiado que le garantice no arriesgarse innecesariamente, reduciendo así la posibilidad de su propio contagio y la transmisión del virus a sus familiares y demás personas de su entorno cercano.

Finalmente, recordemos lo que nos dice Albert Camus al final de su novela *La peste*,³⁴ muy citada durante la pandemia actual, cuando nos advierte que toda victoria sobre una enfermedad infecciosa es transitoria, pues el germen que la provoca aguarda siempre la oportunidad para resurgir. Y también lo que nos señala Irene Vallejo en un artículo reciente titulado *Memorias de la fragilidad*,³⁵ el que a través de una tragedia de Sófocles ejemplifica el llamado inmemorial al deber que todos los enfermos nos hacen a quienes ejercemos las profesiones sanitarias, particularmente en circunstancias tan graves y delicadas como la presente.

³³ Angoff, *op. cit.*

³⁴ Camus, Albert, *La peste*, Ciudad de México, Debolsillo, 2012, p. 255.

³⁵ Vallejo Moreu, Irene, “Memorias de la fragilidad”, *El País*, 18 de junio de 2020, disponible en: <https://elpais.com/opinion/2020-06-18/memorias-de-la-fragilidad.html>.

JUSTICIA DISTRIBUTIVA Y GUÍAS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

PANDEMIA, JUSTICIA Y LIBRE MERCADO

Gustavo ORTIZ MILLÁN

SUMARIO: I. *Pandemia y libre mercado*. II. *El libre mercado como criterio de justicia distributiva*. III. *La concepción de los derechos económicos y sociales*. IV. *Pandemia y seguros médicos*. V. *Vacunas*. VI. *A modo de conclusiones*. VII. *Referencias*

I. PANDEMIA Y LIBRE MERCADO

La pandemia de COVID-19 nos está mostrando las limitaciones de las concepciones que ven el libre mercado como el mecanismo más justo posible para la distribución de bienes y servicios. Ha habido diversas críticas a estas concepciones cuando, en circunstancias normales, se ha aplicado la lógica del libre mercado al ámbito de la salud, dado que, entre otras cosas, acentúa desigualdades y dificulta el acceso a los servicios de salud para amplios sectores de la población. Estos cuestionamientos se vuelven todavía más fuertes durante una pandemia, porque la aplicación de los mecanismos del libre mercado como un criterio de justicia distributiva puede conducir a la muerte de mucha más gente que la que moriría si se emplearan otros mecanismos. La pandemia no sólo nos está mostrando que el libre mercado puede ser profundamente injusto en la distribución de recursos sanitarios, sino que es un obstáculo en el combate de la epidemia porque interfiere con el objetivo central de éste: salvar la mayor cantidad de vidas posible.

Mi punto tal vez resulta obvio para mucha gente, pero es posible que no sea tan obvia la teoría de justicia distributiva que subyace a los mecanismos del libre mercado, así como sus implicaciones en términos del derecho a la protección de la salud y el alcance de sus consecuencias. Con seguridad no sólo no resulta obvia mi conclusión a los defensores del libre mercado, porque ha habido quien lo ha defendido como el mecanismo más eficiente y justo para combatir la pandemia (Tanous, 2020). Creo que esta postura es

equivocada. Finalmente, aunque buena parte de mi discusión será teórica, quiero mostrar algunos de los efectos que pueden tener, y que de hecho han tenido, las políticas basadas en el libre mercado en el combate a la pandemia por COVID-19.

II. EL LIBRE MERCADO COMO CRITERIO DE JUSTICIA DISTRIBUTIVA

En las discusiones sobre justicia distributiva se han propuesto distintos modelos de justicia para la distribución de bienes y servicios, entre los que se encuentran los relativos a la salud. Algunos de estos conceptos de justicia se basan, por ejemplo, en criterios igualitaristas —según los cuales, por ejemplo, el acceso a bienes y servicios de salud tiene que hacerse sobre la base de nuestro igual derecho a la protección de la salud—, o en criterios utilitaristas —que buscan optimizar el uso de los recursos de salud para maximizar el bienestar colectivo—, pero desde hace ya muchos años diversos teóricos han sostenido que no hay un mecanismo más justo de distribución que el libre mercado. El libre mercado es el sistema en el que los bienes y servicios se distribuyen mediante la oferta y la demanda que tienen. Esto suele implicar la idea de que el Estado no debe interferir imponiendo una regulación en la distribución de bienes en un sentido o en otro, sino simplemente garantizar las condiciones para el buen funcionamiento del mercado. Suelen darse dos argumentos a favor del libre mercado como mecanismo de distribución: 1) el libre mercado promueve el bienestar social o la prosperidad económica porque ofrece a los individuos incentivos para que trabajen mucho y produzcan los bienes y servicios que los demás requieren; 2) el libre mercado es el mecanismo que mejor permite que cada individuo organice su plan de vida según su propio juicio, su concepción del bien y sus deseos, en otras palabras, es el mecanismo que mejor reconoce la libertad y la autonomía individuales (Sandel, 2011: 14). Por ello, se dice, no sólo es el más eficiente, sino también el más justo en términos morales.

La teoría que defiende el libre mercado como el mecanismo más eficiente de distribución y como el que mejor respeta la libertad individual es el libertarismo de libre mercado o libertarismo económico, que en adelante llamaré simplemente libertarismo. Definamos el libertarismo como la teoría que sostiene que la libertad individual es el derecho fundamental que una sociedad debe respetar: el derecho que tiene cada individuo de hacer lo que quiera con lo que posee, siempre y cuando se respeten los derechos de otros a hacer lo mismo. El libertario suele ser escéptico de la autoridad política y del Estado en tanto que inevitablemente sus acciones tienden a interferir

con la libertad individual. El libertario está a favor de que los mercados estén libres de toda regulación (o lo más posible) por parte del Estado porque piensan que la regulación económica y planificación central constituyen una limitación a la libertad individual —además de que son mecanismos económicamente ineficientes—.

El libertarismo de libre mercado forma parte de la justificación teórica del neoliberalismo, que aboga por un Estado mínimo —básicamente encargado de la seguridad de los ciudadanos, de la administración de la justicia y de garantizar las condiciones para el buen funcionamiento del mercado—, que reduce el gasto público y deja de intervenir en economía, favoreciendo con ello la liberalización de la economía, es decir, el libre mercado. Para el libertarismo, las funciones que en muchos países cumple el Estado —con impuestos de los contribuyentes—, como garantizar la educación y la salud públicas, deben pasar a manos de individuos privados. La organización de la economía en empresas privadas que operan en un mercado libre, afirma por ejemplo Milton Friedman (1993), es el mejor modo de garantizar la libertad individual y, por lo tanto, una sociedad libre. Un Estado que interviene en la economía, poniendo límites al mercado o estableciendo impuestos y luego distribuyendo el gasto público, limita la libertad individual y no reconoce el esfuerzo personal.

El libertario parte de una concepción individualista de la vida social y de la moral, según la cual la moral y la justicia son instrumentos para alcanzar objetivos individuales escogidos subjetivamente. Los individuos tienen ciertos derechos básicos que ningún orden social puede violar, porque incluso se suelen tomar como anteriores al orden social o político.

Este modelo político y económico va asociado con una concepción de la justicia distributiva. Aquí la justicia no tiene que ver con la llamada “justicia social” —es decir, con que el Estado distribuya bienes o servicios según algún esquema igualitarista—, con la utilidad social o con satisfacer necesidades comunitarias. Famosamente, Friedrich von Hayek atacó la idea de justicia social argumentando que cualquier intento de realizarla nos conduciría a un sistema opresivo, en el que se ahogarían la libertad individual, además de que obligaría al Estado a tratar a la gente de modo desigual con el objetivo de igualarla.¹ En el modelo libertario, la justicia tiene que ver con seguir

¹ Al respecto, afirma Hayek: “La exigencia clásica es que el Estado debe tratar a la gente igual, a pesar del hecho de que la gente es muy desigual. No puedes deducir de aquí la regla de que, dado que la gente es desigual debes tratarla desigualmente con la finalidad de hacerla igual. A eso equivale la justicia social: es la demanda de que el Estado trate a la gente desigual de modo diferente para ponerla en la misma posición. La regla de tratar a la gente igual aplica sólo a cosas que el Estado tiene que hacer de cualquier manera, pero hacer

procedimientos claros bajo condiciones legales. Esta es una forma de proteger los derechos a la libertad y a la propiedad privada de los ciudadanos. La justicia no tiene que ver con que el Estado redistribuya la riqueza que han creado los ciudadanos en el libre mercado, sino con proteger el derecho a la libertad individual. Aunque abogan por un Estado mínimo, el Estado tiene que ser fuerte para proteger la libertad individual, generar y garantizar las condiciones para el buen funcionamiento del libre mercado.

Probablemente la formulación más clara de la concepción libertaria de la justicia distributiva la encontremos en *Anarquía, Estado y utopía*, de Robert Nozick (1974). Ahí, Nozick busca justificar que un Estado mínimo es el único que puede garantizar los derechos individuales, que concibe básicamente como los derechos a la libertad y a la propiedad privada. Un Estado más extenso, que impusiera restricciones a la conducta de los individuos o sobre sus bienes, no está justificado. Esto tiene la implicación de que “el Estado no puede usar su aparato coactivo con el propósito de hacer que algunos ciudadanos ayuden a otros o para prohibirle a la gente actividades para su *propio* bien o protección” (Nozick, 1974: ix). En otras palabras, no se justifica un Estado benefactor o asistencial que busque mecanismos de redistribución de la riqueza a través del establecimiento de impuestos. Los únicos impuestos justificados son aquellos que recaudan fondos para mantener las funciones legítimas del Estado.

Nozick formula lo que él llama la “teoría de la retribución” (*entitlement theory*), que consta de tres principios: 1) el principio de adquisición, que explica cómo las cosas pasan a ser propiedad de alguien o cómo son adquiridas; 2) el principio de justicia en la transferencia, que nos dice cómo las cosas que han sido adquiridas justamente pueden ser libremente transferidas de unas manos a otras. Nozick añade 3) un principio de rectificación de injusticias, que atañe a los casos en que una propiedad se ha adquirido o transferido de modo ilegítimo, lo que interfiere con las garantías de operación del libre mercado (1974: 150). Estos tres principios de justicia se centran en el derecho a la propiedad privada. No hay una justa distribución de bienes más allá de los procedimientos que establece el libre mercado para la adquisición y transferencia de propiedad privada (o, en su caso, para la rectificación). La justicia, entonces, se concibe como seguir procedimientos claramente establecidos, más que como la obtención de ciertos resultados,

que el fin de la política gubernamental sea hacer a la gente igual forzaría al gobierno a tratar, de hecho, a la gente de modo muy desigual” (Hayek, 1976, pero véase sobre todo el volumen 2, “The Mirage of Social Justice”, de Hayek 2013). Para una crítica a la idea de justicia social en Hayek, véase Johnston 1997.

como sería una distribución equitativa de bienes, como son los recursos sanitarios. Tomados estos principios en conjunto, implican que si lo que la gente tiene ha sido adquirido justamente, entonces la fórmula para una distribución justa es “de cada quien de acuerdo con lo que elige hacer, a cada cual de acuerdo con lo que hace para él mismo (quizás con la ayuda prestada por otros) y lo que los demás eligen hacer o dar a él” (1974: 160).

III. LA CONCEPCIÓN DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Esta visión de la justicia tiene una clara implicación para el tema de los derechos. Nozick parte de la premisa (no argumentada) de que tenemos derechos naturales, que consisten básicamente en el derecho a la libertad y a la propiedad privada. No hay lugar en la teoría para ningún tipo de derechos sociales y económicos, como son el derecho a la salud, a la educación, al trabajo, a la vivienda o a la alimentación, entre otros. Si concebimos los derechos económicos y sociales como demandas morales justificadas que los individuos hacen a las instituciones sociales y, en última instancia, al Estado, con el fin de garantizar estándares mínimos de bienestar, entonces implican que el Estado necesariamente tendría que gravar con impuestos a la población para poder garantizarlos. Pero afirmar la existencia de estos derechos implica ineludiblemente una intromisión del Estado en las libertades individuales, una restricción al derecho a gozar de los bienes que uno ha adquirido con su propio trabajo, por lo que la distribución de bienes y servicios desde el Estado para garantizar esos derechos se basa en una situación injusta. Según el libertario, se trata de una especie de robo. Además, es moralmente incorrecta porque el Estado está usando a los ciudadanos como meros medios con el fin de redistribuir la riqueza. Nozick coincide con Kant en que los individuos deben verse como fines en sí mismos y no como meros medios, en que “no deben ser sacrificados o usados para alcanzar otros fines sin su consentimiento”, para ello se necesita de una teoría robusta de derechos, que tome a los individuos como existencias separadas y que tome seriamente “la existencia de individuos distintos que no son recursos para otros” (1974: 31 y 33).

Nozick ofrece un argumento adicional para negar que haya derechos económicos y sociales:

La mayor objeción a decir que todos tengan el derecho a varias cosas, tales como igualdad de oportunidad, vida, etcétera, y a ejercer estos derechos, es que estos “derechos” requieren de una subestructura de cosas y materiales y acciones; y *otras* personas pueden tener derechos y retribuciones sobre ellos. No

tiene el derecho a algo cuya realización requiere de cierto uso de cosas y actividades a las cuales otras personas tienen derechos y retribuciones. (1974: 237).

No es función del Estado encargarse de garantizar la satisfacción de supuestos derechos a la educación o a la protección de la salud. Cuando hablan de derechos económicos, los libertarios básicamente piensan en los derechos a la protección de la propiedad privada. Si hay un derecho a la salud, se trata de un derecho a que nuestra salud no sea dañada —un derecho negativo a que no se dañe algo que nos pertenece—, no de un derecho positivo a que el Estado provea servicios de salud.

Dado que no hay algo así como un derecho a la protección de la salud, no hay una base a partir de la cual reclamar los recursos de salud como un asunto de justicia. Si no hay esa base en circunstancias normales, tampoco es claro sobre qué base se justificaría el reclamo de un derecho a la protección de la salud en circunstancias excepcionales, como las que genera una pandemia. En todo caso, desde esta perspectiva, se podría aceptar una distribución equitativa o utilitarista de recursos de salud si ésta ha sido aceptada libremente por todos los individuos dentro de una sociedad, no impuesta desde arriba y coercitivamente por el Estado.

Desde este punto de vista, el Estado no está obligado a satisfacer ningún supuesto derecho a la protección de la salud, ni a proveer servicios de salud. El Estado actúa de una forma injusta y coercitiva, por ejemplo, cuando impone progresivamente mayores impuestos a los ricos para favorecer y compensar a la gente pobre a través de programas sociales. Esto es injusto para con quien ha creado riqueza: le quita injustamente lo que ha generado con su trabajo para dárselo a quienes, por la razón que sea, no han generado riqueza. En todo caso, el Estado está obligado a proteger los derechos a la propiedad y a la libertad de quienes inviertan en servicios de salud o los de los consumidores. No debe imponer coercitivamente impuestos para proveer dichos servicios, sino proteger el derecho a la libertad que tiene cada quien de decidir en qué hospital quiere ser tratado y qué aseguradora va a contratar. El sistema ideal de salud para el libertario sería un sistema de aseguradoras y hospitales privados.² Para la gente que no tiene cobertura podría haber instituciones de salud que dependieran de la beneficencia pú-

² Es justo decir que no hay una sola postura del libertarismo frente al sistema de salud. Algunos libertarios están en contra de que un puño de aseguradoras limiten las decisiones individuales acerca de qué tratamientos tener o dónde atenderse. Ni el gobierno ni las aseguradoras privadas deberían entrometerse en el ámbito del cuidado de la salud y afectar las decisiones individuales. Ésta es la postura del Partido Libertario de EUA. Otros piensan que este ámbito es diferente a otros bienes, entre otras cosas porque en buena medida no somos

blica, pero no de los impuestos, pues nadie debe cargar con las enfermedades de otros, generalmente resultado de la propia responsabilidad personal o su mala suerte.

Hay muchas cosas que son criticables de la perspectiva de Nozick. Por ejemplo, parece injustificada su teoría acerca de derechos naturales que la gente tiene independientemente de cualquier Estado. También es injustificado el hecho de que su lista de derechos básicos comprenda sólo los derechos a la libertad y a la propiedad, y que estos sean necesariamente más importantes que otros derechos; pero es claro que el Estado mínimo se debilitaría si se reconociesen otros derechos prepolíticos. Tampoco es claro que cualquier interferencia del Estado en la libertad de los ciudadanos constituya una violación a sus derechos.³ Aquí, sin embargo, simplemente quiero argumentar que de tomarlo por bueno, el modelo libertario de justicia distributiva de Nozick puede tener consecuencias catastróficas en estados de excepción, como el que encontramos en una pandemia.

IV. PANDEMIA Y SEGUROS MÉDICOS

Bajo una emergencia sanitaria, el principio más importante de un sistema de salud debe ser el de salvar la mayor cantidad de vidas posible. La concepción de la justicia distributiva basada en el libre mercado interfiere directamente con este principio y por eso puede tener consecuencias catastróficas. En ese sentido, el libre mercado no sólo es injusto, sino que también es ineficiente, dado que no lleva los recursos de salud a quienes más los necesitan y que, por ello, mueren. Imaginemos un Estado completamente regido por los principios del libre mercado como el que propone el libertario y pensemos en la situación de la pandemia de COVID-19. Aunque cada día más Estados en el mundo tienden hacia esta suerte de Estado ideal, tal vez Estados Unidos sea lo más cercano, dado que ahí el Estado no reconoce un derecho universal a la protección de la salud ni hay un sistema de cobertura de salud universal que lo garantice, sino que el sistema de salud está mayormente en manos privadas.⁴ Aunque no se trata de un caso puro, construiré mi caso alrededor

responsables de nuestro estado de salud, y por ello no debe dejarse al libre mercado (Zamishka, 2018).

³ Otras críticas más puntuales a Nozick se pueden encontrar en Kymlicka, 1990.

⁴ El 68% de los estadounidenses tiene cobertura de salud privada (Rudden, 2020). Por otra parte, el porcentaje del gasto total en salud que es público fue del 24.1% en 2018. Este gasto cubre programas como Medicare, Medicaid, programas estatales de seguro médico para niños y beneficios para la salud de los veteranos (Nunn *et al.*, 2020).

de este ejemplo. Hay varias formas en las que una distribución de recursos basada en el libre mercado puede interferir en el objetivo más inmediato del combate a la pandemia: patentes, precios de mercado de medicamentos, entre otras.⁵ Aquí, sin embargo, me centraré en dos casos: los seguros médicos y las vacunas.

Si no hay un Estado benefactor que garantice el derecho a la protección de la salud de la población, entonces cada individuo deberá proveerse a sí mismo los medios para proteger su salud, en caso de que enferme. Aquellos individuos que cuenten con un seguro de gastos médicos podrán tener acceso a los servicios privados de salud. Si se agrava su salud podrán acceder, por ejemplo, a los respiradores mecánicos y a unidades de cuidados intensivos. Una vez que entran a los servicios hospitalarios, la asignación de recursos escasos a los pacientes estará sujeta a otros principios de justicia distributiva —basados en su edad, sus comorbilidades, una lotería o cualesquiera que el hospital haya establecido—, pero el primer filtro lo establece el mercado. Aquellos que no cuenten con alguna cobertura médica —unas 27.5 millones de personas en Estados Unidos, según datos del censo de 2018 (US Census, 2019)—, simplemente no tendrán acceso a estos recursos, probablemente se agrave su situación y muchos mueran. En ese sentido no se cumplirá el principio de salvar la mayor cantidad de vidas posible.

De hecho, la pandemia puede afectar a la gente no sólo por su falta de acceso a servicios de salud, si los llega a necesitar, sino también porque la gente que no tiene cobertura médica tiene en promedio niveles más bajos de salud y, en ese sentido, puede ser más susceptible de verse afectada. En 2002 el Instituto de Medicina de EUA publicó el reporte *Care Without Coverage* (2002), en el que sugería que la falta de seguro médico causaba decenas de miles muertes cada año en ese país. Desde entonces, diversos estudios han examinado la relación que hay entre tener un seguro médico, por un lado, y la salud y la mortalidad, por el otro. Aunque determinar que la falta de seguro médico tiene una relación con menores niveles de salud y mortalidad es complicado por distintas razones (las pólizas y las condiciones de salud de la gente varían, seguimientos a largo plazo son complejos, etc.), los diversos estudios que se han realizado sugieren que contar con un seguro médico tiene un efecto real sobre la salud y la mortalidad. Si la gente cuenta con seguro médico, puede realizarse análisis clínicos con mayor frecuencia, monitorear su condición de salud, acudir al médico más pronto para

⁵ Gabriela Arguedas, en su texto en este mismo volumen, examina algunas de las consecuencias que tiene la aplicación de los criterios del libre mercado en el caso de las patentes para el desarrollo de vacunas y medicamentos, particularmente necesarios en el caso de una pandemia.

la detección de enfermedades, tener mayor acceso a medicinas, apearse a los tratamientos indicados más fácilmente, sobre todo en enfermedades crónicas, entre otras cosas —por no mencionar la tranquilidad psicológica de saber que puede costearse el gasto que implica una enfermedad en caso de tenerla—. En un artículo que revisa distintos estudios realizados sobre la relación entre cobertura médica y salud, Sommers, Gawande y Baicker (2017) concluyen que contar con seguro médico mejora la salud, “argumentar que la cobertura del seguro médico no mejora la salud es simplemente inconsistente con la evidencia”.

En el mismo sentido, Woolhandler y Himmelstein (2017) reseñan diversos estudios que analizan la relación entre mortalidad y falta de seguro médico. Argumentan que hay una reducción relativa del 20% en la muerte en comparación con no estar asegurado. Las probabilidades de morir entre los asegurados en relación con los no asegurados es de 0.71 a 0.97. Tener cobertura médica y una fuente de atención habitual o una relación con el médico de atención primaria mejora la calidad y prolonga la salud y el bienestar y, consecuentemente, la vida. De modo que contar con un seguro médico salva vidas.

La pandemia por COVID-19 pone más presión sobre un sistema basado en los seguros privados. Si hay una relación entre los niveles de salud y la cobertura médica, entonces es probable que la pandemia cobre más víctimas entre la gente que no tenía cobertura médica que entre quienes sí la tenían. Es más probable que la salud de la gente sin cobertura no tenga el nivel que podría tener de contar con la posibilidad de realizarse análisis, monitorear su condición, apearse a tratamientos en casos de enfermedades crónicas, etc. De hecho, algunas personas descubren que tienen alguna comorbilidad (como diabetes, hipertensión, etc.) sólo cuando se enteran que tienen COVID-19, en muchos casos dado que no contaban con la posibilidad de ir al médico y hacerse análisis. Un mayor porcentaje de personas con comorbilidades presentan más complicaciones y tienen mayor riesgo de morir que las personas sin comorbilidades —y la gente que sabe que tiene alguna comorbilidad tiene la opción de cuidarse más que si lo ignora—.

Los 27.5 millones de estadounidenses que no tenían seguro antes de la pandemia, de enfermar, seguramente tendrán que pagar altos costos que los pueden llevar a la pobreza —a nivel mundial cada año 100 millones de habitantes caen en la pobreza extrema debido a gastos de salud, según una investigación del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (Banco Mundial, 2017)—. Debido a la pandemia, otros 25 millones de estadounidenses han perdido su seguro médico, en su mayoría porque han

pasado al desempleo, según el Urban Institute (Garret y Gangopadhyaya, 2020; véase también Woolhandler y Himmelstein, 2020). De enfermar y agravarse su situación, esta gente corre el riesgo de perder su patrimonio para pagar el tratamiento. El gobierno de EUA ha destinado recursos para cubrir las pruebas para COVID-19 de gente que haya perdido su empleo —aunque entrar al programa gubernamental ha sido optativo para los hospitales y clínicas de análisis (Bragg, 2020)—, pero esto no cubre los tratamientos —de hecho, también ha extendido algunos de los beneficios de la seguridad social a través de Medicaid, pero es probable que esto resulte insuficiente (King, 2020)—. En EUA, el costo promedio total por paciente con COVID-19 que requiere hospitalización se estima en \$73,300 dólares, aunque la gente puede negociar una reducción (FAIR Health, 2020).⁶ A pesar de que generalmente los seguros cubren la mayor parte, los pacientes tienen que pagar deducibles, coaseguros y copagos. Una investigación de mayo de 2019 mostró que más de la mitad de la gente en EUA con seguro médico pagado por su empleador habían retrasado o pospuesto algún tratamiento recomendado para ellos o un miembro de la familia en el año anterior debido al costo (Hamel *et al.*, 2019). Tal vez por esto, durante la emergencia sanitaria, las compañías aseguradoras han accedido a no cobrar los deducibles, coaseguros y copagos de la gente que se trata por COVID-19 (King, 2020).

Una investigación financiada por la Kaiser Family Foundation —una organización no partidista y sin fines de lucro— ha estimado que los costos hospitalarios por sí solos para los pacientes con COVID-19 que no cuentan con seguro médico podrían ir de los \$13.9 mil millones a los \$41.8 mil millones —mucho más de lo que el programa gubernamental de la administración Trump ha reembolsado, a través de un programa para tratar de ayudar a la gente que no cuenta con seguro, unos \$851 millones de dólares (Goodnough, 2020)—.

Hasta que no termine la pandemia no sabremos cuánta gente habrá muerto en EUA por falta de seguro médico. Hoy sabemos de historias aisladas, como la del muchacho de 17 años, en Lancaster, California, que murió por complicaciones por COVID-19 después de que le fue rehusada la atención médica en el área de urgencias de un hospital por carecer de seguro médico (Riotta, 2020). Lo que sí sabemos es que antes de la pandemia, cer-

⁶ Según cifras de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), el costo promedio de hospitalización por cada infectado es de un millón de pesos. Una compañía de seguros mexicana ha llegado a pagar hasta \$21 millones (más de un millón de dólares) por un solo enfermo (Rodríguez, 2020).

ca de 45 mil estadounidenses en edad laboral morían cada año por carecer de seguro médico (Wilper *et al.*, 2009). También sabemos que “dentro de la población de adultos con mayor riesgo de COVID-19, el 16.9% (o 18.2 millones de personas) no tenían seguro o el que tenían era insuficiente. Entre este grupo de mayor riesgo, aquellos con bajos ingresos, que residen en un área rural y de raza no blanca tenían tasas más altas de seguro inadecuado” (Gaffney *et al.*, 2020). Ciertamente, las personas que no cuentan con seguros médicos privados son la gente más pobre, los desempleados (a los que se suman muchos de los desempleados originados por la crisis económica que genera la pandemia que han perdido su seguro médico) y la gente que trabaja en la economía informal —que suele pertenecer a minorías étnicas—, de modo que ésta será la población más afectada.

Estudios recientes que se han hecho para ver la relación que hay entre muertes por COVID-19 y pobreza muestran que “la mejor predicción de muertes por COVID-19 es el ingreso”. En un análisis de las muertes por COVID-19 en la ciudad de Nueva York se muestra que la tasa de mortalidad media por cada 100,000 habitantes es de 221.8 muertes para la gente con ingresos menores a \$25 mil dólares anuales, y de 85.7 para gente con ingresos superiores a \$240 mil dólares anuales. Se midieron otros cuatro factores que incidían en la mortalidad, pero el factor de más riesgo era el bajo ingreso (ser afroamericano incidía en el exceso de nueve muertes por cada 100 mil habitantes; el porcentaje de los que viven en apartamentos con más de 1.5 personas por habitación, 9.1; haber nacido en América Latina, 18.4; ser mayor de 65 años, 23.2, e ingreso bajo, 27.6) (Leopold, 2020).

La pandemia tiene peores consecuencias entre la gente más desfavorecida, porque es gente que probablemente vive al día, tiene la necesidad de trabajar, de salir de casa y no hacer cuarentena, de modo que está más expuesta al contagio y a contagiar a otros —con lo que se puede prolongar la pandemia—. Permitir que el contagio no se controle entre la gente más desfavorecida no sólo los afecta a ellos, sino que impide que se contenga la enfermedad entre otros sectores de la población. Esto hace que la pandemia se prolongue, incrementando así su morbilidad y mortalidad y exacerbando su impacto económico.

Adicionalmente, mucha de esta gente no cuenta con cobertura médica, por lo que es probable que su nivel de salud no sea tan bueno como si contara con algún seguro médico. Muy probablemente la mayor parte de la gente que enferme, se agrave y muera pertenecerá a ese sector de la población. La pandemia tendrá peores consecuencias en EUA que las que podría haber tenido si esa gente hubiera tenido algún tipo de cobertura médica.

V. VACUNAS

En el pasado reciente, las compañías farmacéuticas no han estado mayormente interesadas en desarrollar vacunas para enfermedades epidémicas, como el SARS o el MERS (ambas, por cierto, causadas por distintos tipos de coronavirus), porque se ha tratado de epidemias que de algún modo se contuvieron y no alcanzaron las proporciones de la actual pandemia por COVID-19, por lo que el mercado no ha sido lo suficientemente atractivo. Tampoco han estado interesadas en el desarrollo de una vacuna contra la malaria o paludismo, a pesar de que afecta a 228 millones de personas en el mundo y mueren más de 400 mil personas anualmente (OMS, 2019), pero desafortunadamente esos casos se concentran en los países más pobres y 90% de las muertes ocurren en el África subsahariana. Las farmacéuticas, afirma Noam Chomsky, “siguen las señales del mercado y las ganancias se encuentran en otra parte. El gobierno podría hacerse cargo, pero eso está bloqueado por la doctrina neoliberal” (Chomsky, 2020). Efectivamente, bajo el esquema de justicia basado en el libre mercado, como el que plantean los libertarios, sería injusto, sobre todo para con las compañías privadas, que el gobierno se hiciera cargo del desarrollo de vacunas.

Sin embargo, en esta ocasión, dada la magnitud de la pandemia, la cantidad de gente que ha enfermado y la que está muriendo, más de tres docenas de compañías farmacéuticas a nivel mundial se han interesado en el desarrollo de antivirales y de vacunas para la enfermedad de COVID-19; hay 202 vacunas en investigación (Milken Institute, 2020 y Tognini, 2020). Aunque, dependiendo del país, buena parte de la investigación para encontrar una vacuna para el COVID-19 es financiada con fondos públicos, la experiencia nos muestra que son las compañías privadas las que comercializan y se benefician de los resultados de investigaciones. No hay garantía de un beneficio público equitativo a partir de esta inversión pública, o sea, no hay garantía de que los pacientes en el país cuyo gobierno hace la inversión de fondos públicos puedan acceder a los medicamentos o vacunas a un precio asequible y puedan hacer uso del conocimiento y las tecnologías generadas en el proceso de investigación (Gotham *et al.*, 2017). La industria farmacéutica busca sacar provecho económico de su inversión en nuevos medicamentos y vacunas. Sin embargo, bajo la lógica del mercado, es decir, si se sigue cabalmente la concepción de justicia distributiva del modelo del libre mercado, esto está destinado a entrar en conflicto con la necesidad de vacunar eficazmente a la mayor cantidad de personas posible.

Si se dejara exclusivamente en manos de compañías privadas, la vacuna se vendería a precio de mercado. Pero se trata de un producto para el que hay mucha demanda y probablemente no suficiente oferta, lo cual haría que la vacuna se llegara a vender a precios que la harían inaccesible para mucha gente. De hecho, aunque no existe todavía (noviembre de 2020) una vacuna para el COVID-19, las compañías farmacéuticas están especulando acerca del precio de venta al público y están tratando de garantizar un mercado para el que todavía no existe un producto. La farmacéutica Moderna, por ejemplo, ha dicho que su vacuna podría venderse en unos 50 euros (Economista, 2020). Sin embargo, el costo puede descender hasta los \$4 dólares (Villa y Caña y Morales, 2020), pero esto suele suceder porque o bien hay subsidios por parte de los gobiernos que adquieren la vacuna o bien los precios están regulados —algo que no es bien visto bajo la lógica del libre mercado—. Es por estos subsidios que una vacuna que se vende a \$4 o 5 dólares en países en desarrollo, se vende a \$200 dólares en EUA (Ben-Achou, 2020). Sin embargo, en realidad el que el Estado intervenga en el mercado de salud de este modo no es ajeno a la lógica del libre mercado: “la dinámica del mercado depende de que el Estado pague por los servicios, ya sea que pague a través de los particulares, mediante vales o cosa parecida, o que lo haga directamente a las empresas mediante subsidios, del modo que sea. La competencia es posible porque el Estado fabrica la demanda” (Escalante Gonzalbo, 2015: 239).

Si se dejara a la lógica del libre mercado, sólo aquellos que pudieran pagar la vacuna serían vacunados. Esto dejaría a millones de personas desprotegidas. Las estimaciones recientes de la pobreza global son que el 8.6% de la población mundial (736 millones de personas), viven en la pobreza extrema con \$1.90 dólares o menos al día (Banco Mundial, 2018). Toda esta gente no podría costearse su vacunación —sobre todo si son necesarios refuerzos o vacunación anual, que parece ser lo más probable, dado que el nivel de inmunidad de la gente que se he infectado baja rápidamente (Gallagher, 2020)—, a menos que haya alguna regulación estatal, es decir, que el Estado regule el mercado de vacunas. Si dejamos que impere el criterio de justicia distributiva del libre mercado, entonces es probable que mucha gente no se vacune.⁷

⁷ Según un análisis del Global Health Innovation Center de la Universidad de Duke, las compras totales confirmadas en todo el mundo de vacunas COVID-19, a diciembre de 2020, han alcanzado al menos 7,250 millones de dosis, con 3,900 millones de esas dosis, más de la mitad, en países de altos ingresos, aunque estos países representan solo el 14% de la población mundial. En otras palabras, 86% de todas las dosis de vacunas se han comprado directamente por países, en su mayoría países de ingresos medios y altos. Esto podría dejar

De hecho, en Estados Unidos hay grandes disparidades en el acceso a vacunas dependiendo del estatus socioeconómico de la gente, pero sobre todo de si cuentan o no con cobertura médica. La gente sin seguro tiene tasas de inmunización más bajas que las personas aseguradas. Para dar un par de ejemplos, la cobertura de vacunación contra la influenza entre adultos mayores de 18 años es de 14.4% para gente sin seguro médico frente al 44.3% para gente con seguro; la cobertura de vacunación antineumocócica entre los adultos de 18 a 64 años con enfermedades de alto riesgo es del 9.8% frente al 23.0% (Peng-jun *et al.*, 2015). En general, la cobertura de vacunación es menor entre gente que no cuenta con seguro médico. Se ha demostrado que los gastos de bolsillo reducen la probabilidad de vacunación, especialmente en poblaciones con un estatus socioeconómico bajo (NAIIS, s. f.; Lees *et al.*, 2005).⁸

El problema con que la gente no se vacune —como sabemos a partir de los efectos del movimiento antivacunas— es que baja la tasa de inmunidad colectiva o “de rebaño” necesaria para interrumpir la cadena de contagios, por lo que seguiría habiendo rebrotes y la gente seguiría enfermando. Como sucede con el caso de los seguros médicos, permitir que el contagio no se controle entre la gente más desfavorecida porque no tienen acceso a la vacuna no sólo los afecta a ellos, sino que impide que se contenga la enfermedad entre otros sectores de la población.

En síntesis, dejar al libre mercado el tratamiento de pacientes y el acceso a las vacunas, interferiría con el fin principal que debe tener el combate a la pandemia: salvar la mayor cantidad de vidas posible. Más gente morirá mientras más se apliquen los criterios de justicia basados en el libre mercado. Las teorías que defienden este principio dejan desprotegida a la gente más vulnerable, no sólo porque dejan fuera de su alcance los medios para proteger su salud, sino también porque no les reconocen un derecho a la protección de su salud por parte del Estado, que sería el modo en que podríamos justificar una intervención estatal en el mercado.

sin vacunas a miles de millones de personas en los países de ingresos bajos hasta por lo menos el año 2024 (GHIC, 2020 y Twohey, Collins, Thomas, 2020).

⁸ Los niños que pertenecen a familias de bajos ingresos o sin seguro médico pueden enfrentar desafíos para recibir vacunas. Los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) cuentan con un programa federal para ayudar a los estados a vacunar a niños desatendidos (llamado Vaccines for Children [<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/index.html>]), que intenta ayudar a respaldar la cobertura, pero no puede atender a todos los niños necesitados. Hay menor disparidad en las vacunas más antiguas (como polio, la triple y hepatitis B) que para vacunas más recientes (como hepatitis A, rotavirus y VPH) (Black *et al.*, 2013).

VI. A MODO DE CONCLUSIONES

Estados Unidos parece estar pagando el precio de tener un sistema de salud basado en el libre mercado y controlado por grandes corporaciones: con sólo el 4.23% de la población mundial, tiene el 25% de los casos totales de enfermos y el 22.25% de todos los fallecidos.⁹ Sin duda hay muchos factores que intervienen en que el país más rico del mundo tenga la cantidad de enfermos y muertos que tiene —el mal desempeño de la administración Trump, quien dijo inicialmente que el virus no era grave y predijo que desaparecería muy pronto; cuestionó la utilidad de las mascarillas; alentó a los estados a reabrir incluso con una creciente cantidad de casos; promovió la desinformación médica; quitó fondos federales a los CDC y a otras agencias encargadas del combate a la pandemia, entre otros (Leonhardt, 2020)—, pero el sistema de salud tiene mucho que ver, puesto que ha incidido directamente sobre la salud de la población y debilitado su capacidad para lidiar con la pandemia.

Sin embargo, no es sólo Estados Unidos quien está pagando el precio de su adhesión al libre mercado. Desde la década de 1980, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial han obligado a los países en vías de desarrollo a instrumentar políticas de “ajuste estructural”, implantando programas de austeridad y privatizaciones que beneficiaron mayormente a grandes corporaciones. El llamado Estado de bienestar, que se impuso desde el fin de la segunda Guerra Mundial en muchos países del mundo, se ha retraído y ha dejado cada vez más espacio a la inversión privada en el área de la salud. Esto ha dificultado la construcción de sistemas de salud pública y universal que garanticen el derecho a la protección de la salud. Las recomendaciones del FMI han incluido la reducción del número de empleados del sector salud público en muchos países, con lo que se ha debilitado su capacidad para luchar contra la pandemia (Téllez Arriaga, 2020).

Esta es la descripción que hace Escalante Gonzalbo de los efectos de estas políticas en el ámbito de la salud:

En el campo de la salud, la racionalización de la práctica médica a partir de criterios de mercado, de eficiencia, rentabilidad, ha transformado mucho los cuidados. En todas partes, ha provocado el cierre de unidades hospitalarias poco rentables; el aumento en la proporción de pacientes atendidos por cada profesional; la planeación a partir de indicadores numéricos; la multiplicación de trabajadores temporales y eventuales, sin plaza fija. Es decir, ha

⁹ Estos datos provienen de la página de Internet <https://coronavirus.app/map>. Consultada el 18 de agosto de 2020.

producido un sistema de salud con un régimen laboral más precario, y con exigencias de rendimiento cuantitativo. (Escalante Gonzalbo, 2015: 217)

Este tipo de efectos se han visto mayormente en los países en desarrollo, lo cual ha creado una brecha entre estos y los países desarrollados que cuentan con sistemas de cobertura universal en salud (o por lo menos cobertura universal más un seguro complementario privado opcional, es decir, atención médica de dos niveles o lo que en inglés se conoce como *two-tier healthcare system*). En muchos países en desarrollo ha imperado la creencia de que es mejor reducir la inversión pública en salud, dado que, según se nos ha dicho, el mercado naturalmente proveerá estos servicios. Como resultado, muchos países han reducido su gasto público en ese sector y han empleado muchos de esos recursos en fomentar las condiciones para atraer la inversión privada. México no ha sido la excepción. Entre 2010 y 2020 el gasto per cápita en salud se redujo: de un pico de 2.9% del PIB ha pasado a un 2.5% (Méndez Méndez, 2019) —con todo y que, desde 2018, el país tiene un gobierno crítico del neoliberalismo—. Distintas estimaciones de organismos nacionales e internacionales sugieren destinar el 6% del PIB (OPS, 2015).

Deberíamos buscar el reconocimiento por parte de todos los Estados del derecho a la protección de la salud, con todas sus implicaciones; sobre todo, aumentando el gasto público para establecer un sistema de cobertura universal de salud (o lo más cercano a ella que se pueda). La cobertura universal de salud, según la OMS, “significa que todas las personas y comunidades pueden utilizar los servicios de salud promotores, preventivos, curativos, rehabilitadores y paliativos que necesitan, de calidad suficiente para ser efectivos, al tiempo que se asegura que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras” (OMS s. f.). Esto implica que tiene que haber equidad en el acceso a los servicios de salud, que deben estar disponibles para todo el que los necesite, y no sólo para quienes puedan pagarlos. Asimismo, implica que los servicios de salud tienen que ser de suficiente calidad como para mejorar la salud de quienes los necesitan. Finalmente, implica que el costo de utilizar los servicios no debe poner a la gente en riesgo de sufrir daños financieros. Todo esto es más esencial durante emergencias sanitarias. La pandemia de COVID-19 confirma la necesidad de una cobertura universal de salud. Las reducciones presupuestales y privatizaciones de los sistemas públicos de salud los debilita y los expone a graves crisis en tiempos de emergencia. Aunque no he argumentado aquí lo suficiente a favor de un sistema de cobertura universal en

salud,¹⁰ mi objetivo ha sido mostrar que el criterio de justicia que subyace al libre mercado puede ser profundamente injusto, pero también ineficiente en términos económicos, dado que no lleva los recursos de salud a quienes más los necesitan e interfiere en el combate de una pandemia, con lo cual también se obstaculiza la recuperación económica.

Muy probablemente esta no sea la última pandemia que veamos; si queremos prepararnos para la próxima, entonces deberíamos empezar por cuestionar la lógica del libre mercado, y fortalecer el sistema público de salud, con vistas a llegar a una cobertura universal de salud. Si algo hay que aprender de la pandemia por COVID-19 es que las políticas basadas en la lógica del libre mercado han debilitado la capacidad de muchos países para enfrentarla. Lo que esta pandemia nos está mostrando, como ha dicho Chomsky (2020), es que el neoliberalismo intensifica los profundos problemas socioeconómicos que vivimos y muestra así el fracaso del libre mercado.¹¹

VII. REFERENCIAS

Banco Mundial, 2017, *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report* (English), Washington, D. C., World Bank Group-World Health Organization, disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

Banco Mundial, 2018, Poverty & Equity Data Portal, disponible en: <http://povertydata.worldbank.org/poverty/home/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

BEN-ACHOU, S., 2020, “How much will a coronavirus vaccine cost?”, *Marketplace*, 17 de julio, disponible en: <https://www.marketplace.org/2020/07/17/how-much-will-coronavirus-vaccine-cost/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

¹⁰ Una discusión que aborda los puntos a favor y en contra de un sistema de cobertura universal de salud se encuentra en Geyman 2013 y Whitman 2013.

¹¹ Presenté versiones anteriores de este texto en el Coloquio COVID-19 y bioética, así como en el Seminario de Filosofía Práctica del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM. Agradezco a los participantes sus muchos cuestionamientos, así como a un(a) dictaminador(a) anónimo(a), que me hicieron, espero, mejorar el texto. Agradezco el apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico a través del proyecto PAPIIT IG300520.

- BLACK, C. L. *et al.*, 2013, “National, state, and local area vaccination coverage among children aged 19-35 months-United States, 2012”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centers for Disease Control and Prevention 62 (36): 733-740, disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6236a1.htm>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- BRAGG, C., 2020, “Uninsured stuck with COVID testing bill”, *Times Union*, 9 de agosto, disponible en: <https://www.timesunion.com/news/article/Companies-take-millions-in-COVID-help-but-don-t-15429867.php>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- CHOMSKY, N., 2020, “The pandemic has only exposed the suicidal tendencies of capitalism: Noam Chomsky”, entrevista con JIPSON, J. y JITHEESH, P. M., *The Wire*. 18 de mayo, disponible en: <https://thewire.in/world/noam-chomsky-interview-covid-19-pandemic-capitalism-neoliberalism-us-hegemony>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- Economista, 2020, “La vacuna de Moderna podría salir al mercado por unos 50 euros”, *El Economista*, 29 de julio, disponible en: <https://www.economista.es/internacional/noticias/10694374/07/20/La-vacuna-de-Moderna-podria-salir-al-mercado-por-unos-50-euros.html>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- ESCALANTE GONZALBO, F., 2015, *Historia mínima del neoliberalismo*, México, El Colegio de México.
- FAIR Health, 2020, FAIR Health Releases Brief on COVID-19, disponible en: <https://www.fairhealth.org/article/fair-health-releases-brief-on-covid-19>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- FRIEDMAN, M. y FRIEDMAN, R., 1993, *Libertad de elegir*, Barcelona, Planeta-Agostini.
- GAFFNEY, A. W. *et al.*, 2020, “18.2 million individuals at increased risk of severe COVID-19 illness are un- or underinsured”, *Journal of General Internal Medicine* 35, 2487-2489, disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05899-8>.
- GALLAGHER, J., 2020, “Covid: Antibodies ‘fall rapidly after infection’”, BBC News, 27 de octubre, disponible en: <https://www.bbc.com/news/health-54696873>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- GARRETT, B. y GANGOPADHYAYA, A., 2020, “How the COVID-19 recession could affect health insurance coverage”, Urban Institute. disponible en: https://www.urban.org/research/publication/how-covid-19-recession-could-affect-health-insurance-coverage/view/full_report. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

- GEYMAN, J., 2013, "The United States of America Should Adopt Universal Healthcare", CAPLAN, A. L. y ARP, R. (comps.), *Contemporary debates in bioethics*, Oxford: Wiley.
- GHIC, 2020, Launch and Scale Speedometer. Mapping Covid-19 Vaccine Pre-Purchases Across the Globe, 11 de diciembre, disponible en: <https://launchandscalefaster.org/covid-19>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- GOODNOUGH, A., 2020, "Trump Program to Cover Uninsured Covid-19 Patients Falls Short of Promise", *The New York Times*, 29 de agosto, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/08/29/health/Covid-obamacare-uninsured.html>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- GOTHAM, D. et al., 2017, *Pills and Profits. How Drug Companies make a Killing out of Public Research*, Londres, Global Justice.
- HAMEL, L. et al., 2019, *Kaiser Family Foundation/LA Times Survey of Adults with Employer-sponsored Health Insurance*, San Francisco, disponible en: <http://files.kff.org/attachment/Report-KFF-LA-Times-Survey-of-Adults-with-Employer-Sponsored-Health-Insurance>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- HAYEK, F., 1977, Social Justice, *Firing Line*, entrevista con William F. Buckley, Jr., disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=RnMd40dqBlQ>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- HAYEK, F., 2013, *Law, Legislation and Liberty*, Oxford, Routledge.
- Institute of Medicine, 2002, *Care Without Coverage. Too Little, Too Late*, Washington D. C., National Academy Press.
- JOHNSTON, D., 1997, "Hayek's attack on social justice", *Critical Review*, 11:1, 81-100, DOI: 10.1080/08913819708443445.
- KING, J. S., 2020, "Covid-19 and the need for health care reform", *The New England Journal of Medicine* 382(26): e104(1)-e104(3).
- KYMLICKA, W., 1990, *Contemporary Political Philosophy*, Oxford, Oxford University Press.
- LEES, K. A. et al., 2005, "Comparison of racial/ethnic disparities in adult immunization and cancer screening", *American Journal of Preventive Medicine* 29(5), DOI:10.1016/j.amepre.2005.08.009.
- LEONHARDT, D., 2020, "The unique U.S. failure to control the virus", *The New York Times*, 6 de agosto, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/08/06/us/coronavirus-us.html>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- LEOPOLD, L., 2020, "COVID-19's class war", *The American Prospect*, 28 de julio, disponible en: <https://prospect.org/coronavirus/covid-19-class-war-death-rates-income/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

- LEVITT, L. *et al.*, 2020, *Estimated Cost of Treating the Uninsured Hospitalized with COVID-19*, Kaiser Family Foundation, 7 de abril, disponible en: <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/estimated-cost-of-treating-the-uninsured-hospitalized-with-covid-19/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- MÉNDEZ MÉNDEZ, J. S., 2019, “La contracción del gasto per cápita en salud: 2010-2020”, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 15 de octubre, disponible en: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- Milken Institute, 2020, COVID-19 Treatment and Vaccine Tracker, 26 de marzo de 2020. disponible en: <https://www.covid-19vaccinetracker.org/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- NAIIS, s. f., Spotlight on Adult Immunization Disparities, National Adult and Influenza Immunization Summit's, disponible en: https://www.izsummitpartners.org/content/uploads/2016/01/NAIIS_Adult_Immunization_Disparities-4-01-2015.pdf. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- NOZICK, R., 1974, *Anarchy, State and Utopia*, Nueva York, Basic Books.
- NUNN, R. *et al.*, 2020, “A dozen facts about the economics of the US health-care system”, *Brookings*, 10 de marzo, disponible en: <https://www.brookings.edu/research/a-dozen-facts-about-the-economics-of-the-u-s-health-care-system/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- OMS, 2020, Paludismo, Organización Mundial de la Salud, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- OMS, s. f., What is health financing for universal coverage?, Organización Mundial de la Salud, disponible en: https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- OPS, 2015, Financiamiento de la salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- PENG-JUN L. *et al.*, 2015, “Impact of health insurance status on vaccination coverage among adult populations”, *American Journal of Preventive Medicine* 48(6): 647-661. DOI:10.1016/j.amepre.2014.12.008.
- RIOTTA, Ch., 2020, “Coronavirus: Teenage boy whose death was linked to COVID-19 «turned away from urgent care for not having insurance»”, *Independent*, 27 de marzo, disponible en: <https://www.independent.co.uk/news/world/americas/coronavirus-teenager-death-california-health-insurance-care->

- emergency-room-covid-19-a9429946.html*. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- RODRÍGUEZ, D., 2020, “La factura hospitalaria de 100.000 pesos al día de un escritor enfermo de coronavirus”, *El País*, 27 de octubre, disponible en: <https://elpais.com/mexico/sociedad/2020-10-27/la-factura-hospitalaria-de-100000-pesos-al-dia-de-un-escritor-enfermo-de-coronavirus.html>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- RUDDEN, J., 2020, “U. S. Private Health Insurance - Statistics & Facts”, *Statista*, 3 de abril, disponible en: <https://www.statista.com/topics/1530/health-insurance-in-the-us/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- SANDEL, M., 2011, *Justicia*, trad. de J. P. Campos Gómez, Barcelona, Debate.
- SOMMERS, B. D. *et al.*, 2017, “Health insurance coverage and health-What the recent evidence tells us”, *New England Journal of Medicine*, 377(6): 586-593.
- TANOUS, M., 2020, “Por qué necesitamos mercados libres para luchar contra las pandemias”, *Mises Wire*, Mises Institute, 23 de marzo, disponible en: <https://mises.org/es/wire/por-que-necesitamos-mercados-libres-para-luchar-contras-las-pandemias>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- TÉLLEZ ARRIAGA, G., 2020, “La respuesta al COVID-19 no es el mercado cuando la ideología profundiza la pandemia”, *Nexos*, 30 de abril, disponible en: <https://economia.nexos.com.mx/?p=3026>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- TOGNINI, G., 2020, “Coronavirus business tracker: How the private sector is fighting the Covid-19 pandemic”, *Forbes*, 1 de abril, disponible en: <https://www.forbes.com/sites/giacomotognini/2020/04/01/coronavirus-business-tracker-how-the-private-sector-is-fighting-the-covid-19-pandemic/#45edd0d5899f>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- TWOHEY, M. *et al.*, 2020, “Los países prósperos aseguraron sus vacunas, pero «han vaciado los estantes» para el resto”, *The New York Times*, 17 de diciembre, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/12/17/espanol/vacunas-paises.html?name=styl-n-coronavirus-es>. Fecha de acceso: 17 de diciembre de 2020.
- UNITED STATES CENSUS BUREAU, 2019, Health insurance coverage in the United States: 2018. disponible en: <https://www.census.gov/library/publications/2019/demo/p60-267.html>.
- VILLA Y CAÑA, P. y MORALES, A., 2020, Costo por vacuna contra Covid-19 no excederá los 4 dólares: AstraZeneca”, *El Universal*, 13 de agosto, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/costo-por-vacuna-contras-covid-19-no-excedera-los-4-dolares-astrazeneca>.

- 19-no-excedera-los-4-dolares-astazeneca*. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.
- WHITMAN, G., 2013, “The United States of America Should Not Adopt Universal Healthcare: Let’s Try Freedom Instead”, CAPLAN, A. L. y ARP R. (comps.), *Contemporary debates in bioethics*, Oxford: Wiley.
- WILPER, A. P. *et al.*, 2009, “Health insurance and mortality in US adults”, *American Journal of Public Health* 99(12) 2289-2295. DOI: 10.2105/AJPH.2008.157685.
- WOOLHANDLER, S. y HIMMELSTEIN, D. U., 2017, “The relationship of health insurance and mortality: Is lack of insurance deadly?”, *Annals of Internal Medicine* 19, disponible en: <https://doi.org/10.7326/M17-1403>.
- WOOLHANDLER, S. y HIMMELSTEIN, D. U., 2020, “Intersecting U. S. epidemics: COVID-19 and lack of health insurance”, *Annals of Internal Medicine*, 7 de abril, disponible en: <https://doi.org/10.7326/M20-1491>.
- ZAMISHKA, R., 2018, “A Libertarian’s Case Against Free Markets in Health Care”, The Health Care Blog, 2 de agosto, disponible en: <https://the-healthcareblog.com/blog/2018/08/02/a-libertarians-case-against-free-markets-in-healthcare/>. Fecha de acceso: 14 de diciembre de 2020.

FACTORES QUE IMPACTAN LAS PRIORIDADES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS ESCASOS DE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Patricio SANTILLÁN-DOHERTY

SUMARIO: I. *Una pandemia es una emergencia de salud pública.* II. *Decisiones durante la actividad hospitalaria normal.* III. *La pandemia cambia el juego.* IV. *Se tensa el sistema de atención.* V. *Pensar en uno y pensar en todos.* VI. *Asignación anticipada de recursos: la reconversión hospitalaria.* VII. *Primera decisión: pacientes COVID para hospitales COVID.* VIII. *El problema de las decisiones de asignación de recursos es problema de todos.* IX. *Primera obligación ética: protección del personal de atención de la salud.* X. *Corolario.*

En las postrimerías del siglo XVI el alcalde de Burdeos, Francia, recibió la amarga descripción de cómo sus conciudadanos “morían como moscas” debido a la plaga bubónica que se había desatado en su ciudad. Enfrentado al dilema de entrar a la ciudad a revisar qué sucedía en cumplimiento de sus obligaciones civiles o no correr el riesgo de convertirse en parte de la estadística de los más de 14,000 fallecidos, optó por esta última y regresó a su cómodo *chateau* para, retirándose del cargo que ostentaba, dedicarse a una brillante carrera creando una nueva modalidad literaria: el ensayo. Según Zaretsky, así fue cómo Michel de Montaigne se demostró a sí mismo, y al mundo, las limitaciones de lo que era incapaz de hacer (luchar contra una pandemia que devastó su ciudad) en favor de la reflexión y lo que podía llegar a conocer sobre sí mismo (y escribir su *opus magnum: Ensayos*).¹

Por su parte Albert Camus, pensador sobre las plagas temporalmente más cercano a nosotros, nos advirtió claramente sobre la importancia de no tener miedo ya que

¹ Zaretsky, R., “Montaigne Fled the Plague and Found Himself”, *The New York Times*, 28 de junio de 2020. Acceso el 23 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/06/28/opinion/montaigne-plague-essays.html>.

El miedo infecta la sangre y calienta los humores: lo dicen todos los libros... para que el cuerpo venza la infección, el alma tiene que ser fuerte. Por cierto, no hay peor miedo que el miedo al final postrero, pues el dolor es temporal. De ahí que ustedes, los médicos de la peste, deban plantar cara a la idea de la muerte y reconciliarse con ella, antes de entrar en el reino que la peste les prepara. Si salen vencedores en esto, lo serán en todo, y los verán sonreír en medio del terror. En conclusión, les hará falta una filosofía.²

Montaigne huyó de su ciudad apestada pero desarrolló una filosofía y nos legó la importancia de la reflexión profunda y transformadora que él equiparaba con un renacimiento póstumo cuando decía que aprender a filosofar es aprender a morir. Camus nos describió la peste y nos conminó a no temer sino más bien a perseverar en aprender el problema para enfrentarlo y superarlo mediante la filosofía que nos recomienda adquirir.

Actualmente una nueva peste azota nuestro planeta y más nos vale percatarnos de que “nos hace falta una filosofía” para aprender de ella y no morir. Esto es lo que ahora intentamos hacer.

La aparición del nuevo virus SARS-CoV-2 a finales del 2019 irrumpió brutalmente a inicios del presente año con la generación de una infección respiratoria aguda conocida como COVID-19, misma que adquirió magnitud pandémica a partir del 10 de febrero, según la declaratoria de la Organización Mundial de la Salud. El primer caso se hizo presente en México el 27 de febrero y desde entonces han aparecido casos nativos que se contabilizan cotidianamente.³ Un mes después, el Consejo de Salubridad General de México declaró como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2.⁴ Actualmente el tratamiento para el COVID-19 es sintomático y, en casos graves, con medidas de apoyo respiratorio, antiinflamatorios como la dexametasona, protección contra fenómenos tromboticos con anticoagulantes y antibióticos en caso de infecciones bacterianas intercurrentes. En términos generales, el 80% de los pacientes presenta una evolución leve de manejo ambulatorio, un 8% requiere atención hospitalaria convencional y un 6% requerirá atención de cuidados intensi-

² Camus, A., “Exhortación a los médicos de la peste”, *Les Cahiers de la Pléiade*, 1947, *Obras completas II*, Gallimard, 2006 (Bibliothèque de la Pléiade), trad. Martín Schifino, “Re-descubriendo a Albert Camus”, *El País Semanal*, 9 de mayo de 2020.

³ Suárez, V. *et al.*, “Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020”, *Revista Clínica Española* 220(8) (2020): 463–471, DOI: 10.1016/j.rce.2020.05.007.

⁴ *Diario Oficial de la Federación*, 30 de marzo de 2020.

vos⁵ (que implican ventilación mecánica, monitorización estrecha, cuidado personalizado por enfermería y especialistas *ad hoc*). La cantidad de estos últimos, los pacientes graves, será entonces proporcional a la cantidad total de población afectada.

I. UNA PANDEMIA ES UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA

La aparición de una pandemia es una emergencia de salud pública que genera un incremento en la necesidad de servicios de atención médica para gran parte de la población en un periodo de tiempo muy corto. La magnitud del impacto que esto pueda tener sobre el sistema de salud nacional genera un desbalance tal que los recursos usados para proveer servicios médicos pueden llegar a ser insuficientes.

El cálculo de las autoridades sanitarias anticipó que en las semanas siguientes a la declaratoria de emergencia se podría llegar a saturar el sistema nacional de salud y ocasionar una insuficiencia de recursos que obligaran a asignar los mismos de manera eficiente, eficaz, racional, razonable y, sobre todo, justa. En esta situación, el número de pacientes afectados gravemente que requerirían cuidados intensivos y ventilación mecánica se convierte en una proporción que depende del total de personas infectadas. Suponiendo una población total en nuestro país de 125 millones de personas y un escenario en que 5-20% de la población de nuestro país se infecte, implica entre 6.25-25 millones de ciudadanos afectados, la gran mayoría de manera leve o incluso asintomática; sin embargo el 6% de los infectados requerirá atención médica especializada en unidades de terapia intensiva, estos representan entre 375 mil y 1.5 millones de personas. Esto claramente sobrepasa la capacidad instalada en nuestro país (las cifras varían entre 3-4 mil camas de terapia intensiva). Así fueron los cálculos probabilísticos iniciales realizados si los adaptamos a la población mexicana.

II. DECISIONES DURANTE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA NORMAL

En términos de una operatividad normal con suficiencia de recursos, estos se van asignando bajo un criterio de temporalidad según el principio de “orden

⁵ Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R. *et al.*, “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19”, *New England Journal of Medicine*, 23 de marzo, 2020. DOI: 10.1056/NEJMs2005114.

llegada” de los pacientes a los centros hospitalarios: la regla común del “primero en la fila”. Aun en tiempos de normalidad operativa esta regla no es absoluta y fácilmente se descarta por razones de necesidad médica presente en donde la urgencia y la emergencia generan prioridad en el otorgamiento de atención médica; esta es una acción muy común en los servicios de urgencia de los hospitales en donde los pacientes son catalogados para su atención de acuerdo al nivel de emergencia que representa su problema. Generalmente el proceso de decisión sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas de un caso individual recaen en la médica o médico a cargo y usualmente la disponibilidad de recursos no es tomado en cuenta hasta que se hace patente por falta de abasto, escasez o no inclusión en un cuadro básico como razones principales. Cada razón resulta de un fenómeno distinto que aparece en el curso de la operación normal de una institución hospitalaria, siempre se trata de evitar y resolver de distintas maneras.

En otras palabras, la priorización del otorgamiento de servicios de atención médica en situaciones de normalidad operativa (el orden en el que es atendido cada paciente que acude a un centro de atención médica), depende estrechamente del impacto que la necesidad de atención pueda tener sobre las personas según el riesgo de sufrir muerte y el grado de discapacidad o incapacidad secundarios en caso de no recibir dicha atención. Así, los pacientes más graves tienen prioridad sobre los menos graves porque no atenderlos tendría implicaciones de sobrevivencia, discapacidad o incapacidad. En otras palabras predomina la atención de principios como la beneficencia y la no maleficencia un poco por encima que la atención a la autonomía y la justicia.

De esta manera las instituciones hospitalarias toman las provisiones necesarias para atender a los pacientes que acuden a ellas tomando en cuenta la frecuencia con la que se presentan las distintas necesidades de atención a resolver (alta, moderada o baja).

Los sistemas de atención de la salud deben tomar acuerdos para establecer las prioridades de atención de la población bajo su cargo. Estos acuerdos requieren un proceso que promueva un beneficio con el menor daño secundario posible (idealmente ninguno), bajo un respeto a la autonomía de las personas y con una distribución de los recursos que permita un acceso a los servicios de atención homogéneo y justo en la población.

Los principios éticos clásicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, descritos por Beauchamp y Childress, mantienen su relevancia sin embargo el valor operativo que puedan tener en un momento dado en una situación pandémica se vuelve contingente a una serie de factores que van más allá del paciente individual ya que el sistema de atención de la sa-

lud enfrenta una situación donde debe hacerse cargo, al mismo tiempo, de un grupo de cantidad variable de pacientes afectados por el agente pandémico en cuestión (*v. gr.* SARS-CoV-2).

Daniels menciona que intentar establecer cualquier priorización basada meramente en principios (como los de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) puede generar problemas ya que los intereses particulares de aquellos agentes involucrados en el establecimiento de las prioridades corre el riesgo de enfrentar desacuerdos que impidan una conclusión útil (unos agentes valorarán un principio por encima de otros). Este autor describe una propuesta plausible que permita cumplir con los objetivos de establecer criterios de priorización mediante un sistema o metodología que denomina la “rendición de cuentas para lo razonable” en donde identifica valores de proceso (transparencia, apelación a razones aceptables para todos, rendición de cuentas y participación de todos los agentes interesados), y valores de contenido (efectividad/eficacia, costo-efectividad, equidad y solidaridad).⁶ De esta forma, sin hacer a un lado principios básicos importantes para los agentes involucrados, establece una forma que trate de cumplir con el objetivo de establecer dichas prioridades apelando más a una negociación que genere acuerdos.

III. LA PANDEMIA CAMBIA EL JUEGO

Cuando hay una sobredemanda de recursos de atención médica que no es posible satisfacer, el personal de salud se ve obligado a tomar decisiones acerca de quien, cuándo y cómo se reciben dichos recursos (por ejemplo, quién se hospitaliza, quien pasa a la unidad de cuidados intensivos, quien recibe un medicamento escaso, quien se opera primero o quien recibe el último ventilador mecánico cuando hay más de un paciente que necesita de él). Esto se conoce como priorización en la asignación de los recursos de la atención médica.

Estos incrementos en la demanda se dan en situaciones especiales de eventos catastróficos sean estos naturales (terremotos, tsunamis, ciclones, huracanes, inundaciones, incendios forestales, etc.), o bien de tipo no natural y más bien antropogénico (accidentes masivos de vehículos de motor o aviación, terrorismo o guerra). Sean naturales o antropogénicas, el daño en las poblaciones humanas genera un incremento en pico de las necesida-

⁶ Daniels, N., “Accountability for Reasonableness: Establishing a fair proces for priority setting is easier than agreeing on principles”, *British Medical Journal* 321 (2000): 1300-1. DOI: 10.1136/bmj.321.7272.1300.

des de atención médica cuya magnitud depende de la población afectada pero cuya duración será de horas o días. Ejemplos de estos los vivimos en nuestro país cuando se produce un sismo de magnitud destructiva o como consecuencias del ataque terrorista a las Torres Gemelas sucedido hace casi veinte años en Nueva York o la explosión reciente en Beirut por acúmulo de sustancias almacenadas de manera impropia.

Una pandemia, por su lado, tiene circunstancias distintas ya que genera un curva progresiva de incremento en la necesidad de atención que depende del factor de contagio dentro de una población pero cuyo comportamiento se puede llegar a mantener en meseta por un tiempo indefinido hasta que las condiciones de transmisión se modifiquen porque la población generó inmunidad o porque quedó severamente diezmada (como bien entendió Montaigne hace casi 450 años y nos describió Camus en su novela sobre lo que sucedió en Orán).

La demanda de atención que puede llegar a generar la pandemia de COVID-19 impactará negativamente en el balance entre las necesidades clínicas de los pacientes y la disponibilidad efectiva de los recursos de atención de la salud; de manera global y en nuestro propio país.

En este contexto pandémico, la asignación de recursos mediante la regla común del “orden de llegada” (primero en la fila) simplemente no funciona ya que al generarse una afluencia de pacientes incrementada siempre hay varios esperando atención. La priorización en la asignación del recurso debe seguir otras reglas o directrices.

En situaciones donde *no* existe una emergencia de salud pública, la práctica médica cotidiana y la práctica de salud pública operan de manera simultánea, pero con objetivos que incluso pueden llegar a ser contrarios.

En la práctica médica cotidiana el objetivo primordial es prevenir, tratar o curar las enfermedades o padecimientos de un paciente concreto. Los principios bioéticos clásicos para la práctica médica (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) permiten valorar los actos médicos en cuanto al impacto que tienen sobre dichos principios en tanto el individuo como paciente.⁷ En una situación pandémica, la práctica médica debe ver más allá del paciente como individuo aislado y asumirlo como parte de un grupo social interrelacionado partícipe de la misma enfermedad pandémica; en otras palabras, en emergencias de salud pública el objetivo primordial es que la salud de la población sea la mejor posible de acuerdo a la cantidad de recursos disponibles. El principio de autonomía, que interviene de

⁷ Beauchamp, T. L. y Childress, J. F., *Principles of biomedical ethics*, 7a. ed., Nueva York, Oxford University Press, 2013.

manera importante en la relación individual (paciente-médico), cambia de prioridad para dar paso a la predominancia del principio de justicia en tanto igualdad y equidad; así, se considera que el principio que predomina en problemas de salud pública es el de la justicia social.⁸

IV. SE TENSA EL SISTEMA DE ATENCIÓN

Esto es lo que el sistema de salud, principalmente a través de sus médicas y médicos (sin descontar otros miembros posibles del equipo), tendrá que hacer; la responsabilidad moral de este tipo de decisiones se suma a la responsabilidad de estar manejando casos graves con riesgo potencial de contagio personal y de transmisión familiar de la infección, incrementando el riesgo de desgaste profesional⁹ por lo que el sistema debe buscar formas de mitigar dicho riesgo mediante protocolos, recomendaciones o guías que ayuden a los profesionales de la medicina a tomar dichas decisiones de manera profesional, ética y solidaria con el grupo de trabajo.

V. PENSAR EN UNO Y PENSAR EN TODOS

Una pandemia como COVID-19 genera circunstancias donde la sociedad debe comprender que en verdad *sí existe* una emergencia de salud pública y que, ante la magnitud de las potenciales afectaciones, la priorización de los objetivos de la medicina se modifican. La protección de la salud del paciente individual debe ser vista en función de la protección de la salud de la población en general. La filosofía individual del yo debe modificarse; cambiar de pensar en uno a pensar en todos (además de ese uno).

Proteger la salud de la población se entiende como salvar la mayor cantidad de vidas posibles como tal, de manera individual, uno a uno. Pero desde hace tiempo también “salvar vidas” debe verse como la preservación de la mayor cantidad de años-vida o años-vida-de-calidad que se pueda. En otras palabras, que sobrevivan el mayor número posible de miembros de la socie-

⁸ Powers, M. y Faden, R. R., *Social justice: the moral foundations of public health and health policy*, Nueva York, Oxford University Press, 2006.

⁹ El fenómeno del *burn out* físico y mental ha sido detectado en el gremio médico desde hace tiempo; atribuido a distintos fenómenos que se han introducido a los sistemas de atención médica, sin duda la pandemia de COVID-19 vendrá a acrecentar más el problema. Véase: Talbot S. G., Dean W., “Physicians aren’t burning out: They’re suffering from moral injury”, *Stat First Opinion*, 26 de julio de 2020, disponible en: <https://www.statnews.com/2018/07/26/physicians-not-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/>.

dad pero con el mayor número de años útiles y con calidad de vida; desde la perspectiva general de la sociedad y no desde el punto de vista individual. Si llegamos a estar sobrepasados y no podemos salvar a todos, el esfuerzo ético se debe dirigir a salvar al mayor número de personas. Un fenómeno parecido sucede con pacientes que presentan daño terminal irreversible en algún órgano, que requiere sustitución mediante un trasplante pero la realidad demuestra que pacientes en dicha necesidad existen en exceso de la cantidad de órganos disponibles para trasplantar (p.ej.: insuficiencia renal crónica terminal) y se deben generar criterios para determinar aquellos pacientes a quienes asignar los órganos que van apareciendo. Sin solidaridad el sistema no funciona.

Arnoldo Kraus escribió recientemente que para Auguste Comte la solidaridad, “era un remedio contra el individualismo... la comunidad tiene responsabilidades hacia el individuo y el individuo tiene responsabilidades hacia la comunidad. El bien común es el resultado de sumar ambas obligaciones”.¹⁰ Establece a la solidaridad como un principio ético a la par de otros mencionados párrafos arriba.

Sin duda la asignación de recursos en la atención médica deviene en decisiones duras, difíciles de tomar, con implicaciones sobre el bienestar e incluso la vida de los pacientes. La toma de estas decisiones produce tensión mental y moral que debe enfrentarse. Pensar en uno dificulta el asunto; pensar en uno y pensar en todos al mismo tiempo permite ver un panorama más amplio. La solidaridad amplia con la sociedad permite disipar un poco la presión que la relación individual paciente-médica genera. La empatía individual está presente, dejar que sea arropada por la solidaridad social tal vez ayude a mitigar el impacto negativo de decisiones difíciles.

VI. ASIGNACIÓN ANTICIPADA DE RECURSOS: LA RECONVERSIÓN HOSPITALARIA

La afluencia incrementada de pacientes pandémicos obliga a adaptar áreas de atención médica convencional para convertirlas en áreas de atención con equipamiento especializado para la atención de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), que implica el acomodo de equipamiento para monitorización, ventilación mecánica, infusión de medicamentos y otros aditamentos de manera similar a la que presenta cualquier unidad de cuidados intensivos

¹⁰ Kraus A., “Solidaridad”, *El Universal*, 23 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/arnoldo-kraus/solidaridad>.

convencional. Al mismo tiempo se deben dotar dichas áreas re-equipadas con el personal adecuado y suficiente para contar con el nivel de atención óptimo similar al de unidades de terapia intensiva (por ejemplo, la relación paciente:enfermera ideal para esta situación es de 1:1, cosa que difícilmente se puede lograr sin apoyos externos). A todo este proceso se le conoce como “reconversión hospitalaria” y es algo conocido y practicado comúnmente al enfrentar contingencias debidas a desastres naturales, conflictos bélicos o epidemias. La afluencia de pacientes graves se incrementa y las unidades hospitalarias deben responder más allá de su capacidad instalada normal. En ciertas instituciones, como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), este fenómeno es perfectamente conocido y anualmente adaptamos un porcentaje variable de camas para tratar pacientes con IRAG e insuficiencia respiratoria secundarias a influenza pandémica.¹¹

Uno de los primeros pasos para enfrentar una situación hospitalaria potencialmente abrumadora es mediante la planeación anticipada y la adecuación de los recursos hospitalarios mediante el proceso denominado reconversión hospitalaria. El sistema hospitalario dependiente de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud¹² empezó a trabajar en el asunto prácticamente desde enero del 2020 y de manera ya intensa a partir del diagnóstico del primer paciente COVID el 27 de febrero. Se designaron hospitales específicos para atender COVID-19.¹³ Esto implica tres fases progresivas según se vaya desarrollando la pandemia:

Fase 1: Los hospitales COVID suspenden consulta externa, manejo ambulatorio, cirugía programada y el personal se redistribuye en las áreas hospitalarias contempladas para atender pacientes. Implica la disposición de camas de

¹¹ Santillan-Doherty, P., “Una aproximación ética a la distribución de recursos escasos durante la pandemia de influenza H1N1”, en *Influenza por el nuevo virus A(H1N1): un enfoque integral*, Vázquez-García, J. C., Palomar-Lever, A., Salas-Hernández, J., Pérez-Padilla, R. (comps.), México, Medigraphic, 2010.

¹² Varios institutos que se conjuntan bajo la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) han participado en el esfuerzo del manejo de pacientes afectados por la pandemia de COVID-19: el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán como hospitales exclusivamente COVID. El Instituto Nacional de Cardiología, el Hospital General de México, el Hospital Infantil de México, el Hospital Juárez, el Hospital Manuel Gea González, así como los Hospitales Regionales de Alta Especialidad de Ixtapaluca, León, Mérida, Tamaulipas y Oaxaca, como hospitales mixtos (COVID/No-COVID).

¹³ Secretaría de Salud, Programa de Reconversión Hospitalaria COVID-19, 29 de marzo de 2020.

cuidados intensivos, cuidados intensivos respiratorios y unidad coronaria. Se determina la capacidad instalada de ventiladores mecánicos útiles y se revisan sistemas de energía eléctrica, gases medicinales y comunicaciones en cuanto a su capacidad máxima de apoyo.

Fase 2: Se convierten áreas clínicas convencionales en áreas de manejo crítico con equipamiento de monitorización y ventilación mecánica. Se redistribuye personal en áreas de recuperación anestésica, estancia corta y algunas de hospitalización que cuenten con capacidad de manejo de gases medicinales calculando la capacidad de ventiladores aceptables. En otras palabras, se incrementa la capacidad instalada adaptando áreas que habitualmente funcionan de manera diferente pero son aún recursos propios.

Fase 3: Se llenan todas las áreas anteriormente descritas y se procede a ocupar urgencias y camas solo con oxígeno; áreas pediátricas se designan para adultos. El hospital requiere refuerzo de equipamiento y refuerzo con personal. Se incrementan áreas no hospitalarias con sistemas prefabricados o móviles (i. e.: hospitalización de campo en estacionamientos, almacenes, campos deportivos, salones de exhibición, etcétera).

Es evidente que la disposición de recursos materiales y de equipamiento se va modificando conforme se transita de una fase a otra, la transición entre las fases depende del número de pacientes atendidos y su distinción es mas bien difuminada y poco clara según las circunstancias de cada institución hospitalaria.

VII. PRIMERA DECISIÓN: PACIENTES COVID PARA HOSPITALES COVID

Así, de manera un tanto general, los criterios de ingreso y egreso hospitalario deben revisarse desde que se prepara la Fase 1 para adecuarse de manera flexible a una nueva situación en donde sea tomada muy en cuenta la correlación clínico-científica y la proporcionalidad del cuidado (*i.e.*, la conformidad con las necesidades que exige el caso médico) en un contexto de justicia distributiva que permita una asignación apropiada de recursos médicos limitados. Como primer criterio de asignación de recursos médicos en Fase 1 se determina que los pacientes que pretendan acceder al hospital (COVID) deben cumplir con criterios de definición clínica y epidemiológica según definiciones operacionales dictadas por las autoridades epidemiológicas de lo que oficialmente llamamos “infección respiratoria aguda por nCoV” (CIE-10 U07.1) en caso de estar confirmada o “infección respiratoria aguda sos-

pechosa por nCoV” (CIE-10: U07.2).¹⁴ Pacientes que no cumplan con estos criterios son referidos a otras instituciones hospitalarias para su atención a menos que su situación sea tan precaria que el traslado ponga en riesgo su vida. El propósito de esta primer medida es el de tener una disponibilidad de camas de atención específicas para COVID-19 listas de manera anticipada a la potencial llegada de enfermos.

VIII. EL PROBLEMA DE LAS DECISIONES DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS ES PROBLEMA DE TODOS

Existen múltiples descripciones metodológicas para llegar a una toma de decisión respecto de la asignación de recursos de atención de salud en situaciones de escasez. Los entes involucrados en la toma de estas decisiones en una situación de funcionamiento normal de la actividad hospitalaria (médicas y médicos), están acostumbrados a realizar cierto tipo de priorizaciones según una serie de criterios de acuerdo con guías y lineamientos sustentados en evidencia científica. Aún en la Fase 1 de la pandemia actual se puede mantener ese mecanismo un tanto individualista. Sin embargo conforme se avance en la magnitud de la pandemia hacia las siguientes fases las decisiones se verán complicadas por su complejidad en cuanto a las variables que intervienen necesariamente. El sistema más individual de toma de decisiones deberá ser sustituido por un sistema más colaborativo en donde las responsabilidades se compartan entre distintos partidos que deben estar involucrados.

El personal involucrado debe conformar un grupo de trabajo para poder presentar sus ideas preconcebidas, sentimientos, valores y razonamientos basados en evidencia de manera que se entable una discusión abierta dirigida a la conformación de prioridades más que al establecimiento de valores sociales.

Metodologías descritas sugieren establecer un marco ético que permita la rendición de cuentas con razonabilidad que conforme una toma de decisiones con características que muestren: a) apertura y transparencia de las elecciones a tomar; b) relevancia de los criterios en los que haya acuerdo por una buena parte de los interesados; c) posibilidad de revisión de la decisión a la luz de nueva evidencia o argumentos; y d) una forma de supervisión para que se den las condiciones previas.¹⁵

¹⁴ Comunicado CONAVE/01/2020/2019-nCoV.

¹⁵ Goetghebeur, M., Castro-Jaramillo, H., Baltussen, R., Daniels, N., “The Art of Priority Setting”, *The Lancet*, 389 (2017):2368-9.

Esto es a nivel operativo de las instituciones de atención hospitalaria pero, ¿resulta distinto para la sociedad en general? Mi impresión es que, viendo el asunto bajo la perspectiva de justicia social donde se priorizan los intereses de la comunidad un tanto por encima de los intereses del individuo, la respuesta debiera ser un rotundo no. La responsabilidad de todos los miembros de la sociedad en el manejo de esta pandemia es extraordinariamente relevante. Controlar la diseminación del virus por parte de personas con enfermedad leve de manejo ambulatorio mediante prácticas de contención (aislamiento para no contagiar a otros) y el distanciamiento social de contactos entre personas (mitigación de la diseminación), son prácticas absolutamente necesarias para este fin. El incrementar el nivel de protección de las personas reduciendo el potencial de transmisión de aerosoles y gotas contaminantes de superficie que puedan ser motivo de contagio mediante la práctica cotidiana y frecuente de lavado de manos (o sanitización con gel alcohol) así como el uso de cubrebocas no tanto para evitar contagiarse al respirar aerosoles sino más bien para no estar diseminando dichas gotas y aerosoles hacia los demás. Todo esto requiere de un cambio de perspectiva; requiere morir ante la idea de la predominancia individual, como diría Montaigne, y nacer ante la idea nueva de tener que preocuparnos por los demás para no contagiarlos. El desarrollo de una nueva filosofía, como recomienda Camus, por el bien de todas y todos.

IX. PRIMERA OBLIGACIÓN ÉTICA: PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

El INER, y otros institutos y hospitales integradas bajo la CCINSHAE, se encuentra convertido en una gran unidad de terapia intensiva donde los pacientes reciben atención médica especializada gracias al trabajo coordinado de un equipo multidisciplinario de profesionales, técnicos y personal paramédico. Participan no solo médicas y médicos capacitados sino una gran cantidad de enfermeras, químicos, técnico inhaloterapéutas, trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas, nutricionistas, camilleros, personal de intendencia, personal de vigilancia y administrativos sin los cuales no se lograría el funcionamiento que se requiere.

El problema con el SARS-CoV-2 es que este virus ha mostrado una contagiosidad alta (R.2-4) por lo que todo el personal ha tenido que modificar sustancialmente su forma de actuar dentro del hospital. Estos cambios son más notorios en el personal relacionado con la atención directa de los pacientes.

Solo pacientes afectados y personal de salud que labora en el INER pueden acceder a las áreas clínicas. Todos usan traje de quirófano, dejamos de utilizar accesorios de vestimenta como corbatas, mascaradas, collares, etc., ya que constituyen potenciales asientos donde gotas que contienen virus pueden alojarse y ser transmitidos. Los hombres que usaban barba o bigote se lo rasuraron y las mujeres se obligan a utilizar el pelo recogido.

Se extreman los procesos de limpieza de áreas comunes y de áreas clínicas; eso incluye limpieza profesional con procesos de sanitización, limpieza convencional con cloro y limpieza personal de nuestras áreas de trabajo (incluyendo equipo e instrumentos de trabajo). Los principales sustancias de limpieza incluyen solución de alcohol al 61-70%, y la solución de hipoclorito de sodio al 1-5%.

El personal directamente en contacto con pacientes COVID ha recibido capacitación en uso de Equipo de Protección Personal (EPP) de acuerdo con lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. El EPP resulta un insumo de tal magnitud que debe ser considerado como prioritario incluso por encima de la necesidad de ventiladores mecánicos.

El trabajo clínico evita exploraciones físicas innecesarias y el pase de visita se efectúa solo con el personal indispensable. El objetivo es protegerse contra el contacto con aerosoles producidos por personas contagiadas (al hablar, estornudar o toser) y que pueden permanecer varias horas en superficies variadas donde se depositan.¹⁶ Estos aerosoles se incrementan también durante la realización de procedimientos clínicos generadores de aerosoles entre los que resultan relevantes la intubación endotraqueal, la ventilación mecánica, la aspiración de la vía aérea, los pacientes con traqueostomía, procedimientos de fisioterapia de tórax y la realización de broncoscopia. Estos requieren equipamiento especial, protocolos estrictos y labor en equipo con objeto de proteger al personal involucrado en la atención de la salud para minimizar lo más posible la exposición potencial a dichos aerosoles.

Son dos los argumentos que sustentan el valor ético de este primer deber de protección para con el personal de salud. El primero tiene que ver con reconocer que dicho personal es un bien escaso en nuestra sociedad el cual hay que cuidar. Es conocido que en nuestro país existe un rezago importante en los recursos destinados a la salud de acuerdo con los registros de gasto sanitario en general, la proporción de gasto sanitario como porcentaje del PIB y la presencia de personal médico y de enfermería por habitantes en

¹⁶ Tran, K., Cimon, K., Severn, M. *et al.*, "Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review", *PLoS One* 7(4) (2012):e35797. DOI: 10.1371/journal.pone.0035797.

nuestro país. Esto nos coloca en los últimos lugares del grupo de países que conforman la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE) muy alejados incluso de la media de gasto por persona en salud (US \$4,000 de media *vs.* US \$1,000).¹⁷ Sobre todo el sector público lleva varias décadas de desfase presupuestal que afecta la implementación de programas y equipamientos que le permitan estar a la altura de las necesidades actuales de atención médica.

El segundo argumento deriva del hecho de que, mientras las autoridades establecieron medidas de mitigación mediante el cierre de escuelas, negocios y oficinas de gobierno solicitando a la población general se mantuviera en casa y limitara las salidas lo más posible; el personal de salud continuó con sus labores cotidianas dentro de las instituciones hospitalarias del país. A excepción de personal que cumplía con criterios de riesgo especial (mayores a 64 años de edad, comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial...),¹⁸ la gran mayoría se mantuvo en sus actividades de atención de una manera que va más allá de sus actividades normales. Personal de enfermería ha sido sometida a una carga de trabajo más allá incluso de lo que su entrenamiento profesional le impone al tener que dedicarse a tratar pacientes en situación crítica en vez de pacientes “normales”. Especialistas médicas se movieron de sus actividades habituales a cumplir funciones de cuidado y manejo de pacientes en ventilación mecánica. En otras palabras, el personal de salud se mantuvo en sus labores en cumplimiento de un deber supererogatorio; esto es, llevando su deber profesional más allá de lo que sus obligaciones habituales le exigían. Más allá de condiciones contractuales o arreglos sindicales establecidos para sus labores. Esta no es una situación extraña en la medicina y la explicación es que existe un historial o tradición de entender que los roles ocupacionales en el área de la salud se encuentran supeditadas al otorgamiento de un servicio al otro y que esos roles se encuentran gobernados por principios éticos enraizados en la concepción histórica de la relación paciente-médico que, si bien puede estar un tanto idealizada, no deja de impactar en el profesionalismo del personal de atención de la salud a través de virtudes como tener un carácter atado a honrar el compromiso a la sanación de las personas a través de un pacto social que explica la respuesta que se da a lo que la sociedad espera de nosotros. Todo

¹⁷ Health at a Glance 2019: OECD Indicators, disponible en: www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm.

¹⁸ Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Diario Oficial de la Federación*, 24/03/2020.

esto se resume en el principio del “deber de tratar” mediante la asistencia a otros a pesar de los riesgos.

Han habido cuestionamientos históricos a estos deberes surgidos de los riesgos que implica por ejemplo la pandemia del VIH en sus inicios hace 35 años, los brotes de SARS en Asia y la epidemia de ébola más recientemente. Sin duda el COVID-19 nos viene a someter nuevamente a prueba que, sin duda se sabrá librar adecuadamente.

Ser un recurso escaso y estar sometidos a un riesgo que transforma en supererogatoria su actividad durante una pandemia, dan valor ético al gran equipo de atención de la salud y explica la razón por la cual, en un momento dado, se le otorga prioridad al recibir atención médica si resulta con contagio o se le coloca en los grupos prioritarios para la recepción de una posible vacuna cuando esta resulte presente en nuestra sociedad (como sucedió con la vacuna contra la influenza pandémica A-H1N1).

X. COROLARIO

La presencia de una pandemia como la del COVID-19 implica la generación de una presión importante en el sistema de atención de la salud de cualquier país. La respuesta a esa situación de emergencia incluye el control estricto de los recursos disponibles para enfrentar el problema, control que conlleva una responsabilidad ética con objeto de evitar injusticias con respecto al acceso y la atención de necesidades de salud derivados de la misma.

Empieza por hacer que la sociedad entienda que juega un rol importantísimo en el control de la pandemia: contención y mitigación pueden ayudar a reducir la afluencia de pacientes a los hospitales y que estos no se vean abrumados e incapaces de brindar la atención médica.

Implica la optimización en el uso de áreas físicas hospitalarias, del equipamiento con el que se cuenta, pero sobretodo el esfuerzo importante que realiza todo el personal del equipo de atención de la salud. Enfermeras, químicos, trabajadores sociales, ingenieros biomédicos, psicólogas, técnicos, camilleros, intendentes, administrativos, vigilantes, médicas y médicos, hacemos un esfuerzo importante para mantener una atención de calidad. Contar con el entendimiento de la comunidad de familiares y allegados de los pacientes internados y la incapacidad que tendrán para ver a sus seres queridos de manera directa (contención y mitigación hospitalaria).

Por otro lado el deber de manejar los recursos destinados a la atención de la salud deviene en una responsabilidad ética insoslayable, entender la necesidad de implementar mecanismos de priorización que permitan un ac-

ceso con igualdad y equidad bajo criterios tanto racionales como razonables de acuerdo a la presencia de recursos en las instituciones médicas.

Este deber ético incluye de manera primordial la presencia de equipo de protección para el personal todo el equipo de atención de la salud sin el cual sería muy difícil lograr que pacientes afectados con enfermedad grave y muy grave logren salir adelante. Tal vez a eso se refirió Albert Camus cuando reconoció en su penúltimo párrafo de *La peste*: “esta crónica no puede ser el relato de la victoria definitiva. No puede ser más que el testimonio de lo que fue necesario hacer y que sin duda deberían seguir haciendo contra el terror y su arma infatigable, a pesar de sus desgarramientos personales, todos los hombres que, no pudiendo ser santos, se niegan a admitir las plagas y se esfuerzan, no obstante, en ser médicos”, o médicas, enfermeras, químicos, camilleros, intendentes o simples personas que, como parte de la sociedad en que viven, se preocupan por la otra o el otro, se lavan las manos, usan cubrebocas y mantienen una sana distancia. Aquellas personas que desarrollan una filosofía, como nos conminó Camus, porque recuerdan, con Montaigne, que filosofar es aprender a morir para renacer a una nueva forma de ver la realidad. Cambiar para mejorar, para sobrevivir. Esta es, para mi, la principal lección ética de esta pandemia.

¿CÓMO SALVAR MÁS VIDAS CUANDO LOS RECURSOS SON ESCASOS? UNA ALTERNATIVA ANTE LA COVID-19

Adrián SOTO MOTA
Andrés CASTAÑEDA PRADO
Luis F. FERNÁNDEZ RUIZ
Javier MARTÍN REYES

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *La estrategia gubernamental de respuesta a la COVID-19.* III. *El problema y una posible solución.* IV. *Metodología para la estimación del modelo.* V. *¿Es ético implementar criterios de triage?.* VI. *¿Es constitucional implementar el modelo de triage propuesto?.* VII. *Conclusiones.*

I. INTRODUCCIÓN

El origen de la pandemia por la COVID-19 en México inició un debate público sobre qué hacer ante la posible saturación del sistema de salud con recursos materiales, económicos y humanos limitados para la atención. El Consejo de Salubridad General, el máximo órgano en materia de salubridad en el país,¹ encomendó en marzo a un Comité de Ética la integración de una propuesta de priorización para la asignación de recursos escasos.

El 11 de abril, horas antes de la aparición de la primera versión de la *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia* del Comité de Ética,² se publicó una propuesta de asig-

¹ Sobre los antecedentes y estatus constitucional del Consejo de Salubridad General, véase Cossío, José Ramón *et al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, *Gaceta Médica de México*, México, núm. 149, 2013, pp. 356-362; así como Cossío Díaz, José Ramón y Sánchez Mejía, David, “El Consejo de Salubridad General en la Constitución mexicana de 1917”, en Gutiérrez Domínguez, Fernando (coord.), *Secretaría de Salud: La salud en la Constitución mexicana*, México, Secretaría de Cultura, INEHRM, Secretaría de Salud, 2017, pp. 73-92.

² La primera versión de la Guía Bioética se publicó en la cuenta de Twitter del Consejo de Salubridad General (@DeSalubridad) a las 17:49 horas del 11 de abril de 2020, con el

nación de recursos escasos en la revista *Nexos*, con el título “Un dilema inevitable del COVID-19: ¿Cómo salvar más vidas cuando se acaben las camas?”.³ Este capítulo propone una versión más integral de la propuesta, así como una evaluación a la luz de la evidencia que se ha generado durante los últimos meses.⁴

La propuesta parte de dos hechos indiscutibles. Primero, México es uno de los países con mayor número de personas infectadas por el SARS-CoV-2 (o COVID-19) y por lo tanto se necesita un número importante de camas de terapia intensiva. Segundo, pese a todo esfuerzo gubernamental, las camas de terapia intensiva y el personal médico para atenderlas han sido insuficientes. Frente a este escenario que ha cobrado la vida de más de 50 mil personas según las cifras oficiales,⁵ hace evidente la necesidad de contar con parámetros objetivos, transparentes y equitativos para la asignación de recursos por parte de las autoridades sanitarias y el personal médico. Asimismo, en caso de existir criterios más efectivos, convendría actualizar los existentes.

La capacidad de atención del sistema de salud mexicano ha tenido retos y limitaciones importantes durante la pandemia. Esto ha sucedido a pesar de

siguiente mensaje: “El CSG comparte la Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica, coordinada por los doctores María de Jesús Medina y Cesar Palacios González del Comité de Ética del Consejo, para hacer frente a la pandemia de COVID-19”. Hasta donde tenemos conocimiento, se publicaron tres versiones preliminares y una versión final de la guía, en las siguientes fechas y con diferentes denominaciones: Medina Arellano, María de Jesús *et al.*, “Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica”, 11 de abril de 2020, disponible en: https://bit.ly/CSG_GuiaOriginal; Medina Arellano, María de Jesús *et al.*, “Proyecto de Guía de Triage para la Asignación de Recursos de Medicina Crítica”, 15 de abril de 2020, disponible en: https://bit.ly/CSG_GuiaV2; Medina Arellano, María de Jesús *et al.*, “Proyecto de Guía para Asignación de Recursos Médicos en Situación de Contingencia”, 20 de abril de 2020, disponible en: https://bit.ly/CSG_GuiaV3; Consejo de Salubridad General, “Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia”, 30 de abril de 2020, disponible en: https://bit.ly/CSG_GuiaVFinal.

³ Soto Mota, Adrián *et al.*, “Un dilema inevitable del COVID-19: ¿Cómo salvar más vidas cuando se acaben las camas?”, *Nexos*, 11 de abril de 2020, disponible en: https://bit.ly/Dilema_Inevitable. El presente capítulo está construido a partir de este artículo, así como de estos trabajos posteriores: Castañeda, Andrés *et al.*, “México necesita una política clara de acceso a terapia intensiva”, *Etcétera*, 16 de abril de 2020, disponible en: https://bit.ly/Politica_TI; así como Martín Reyes, Javier, “COVID-19, tratos diferenciados y test de escrutinio estricto”, en González Martín, Nuria (coord.), *Emergencia sanitaria por COVID-19. Reflexiones desde el derecho (III)*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020, pp. 77-83, disponible en: https://bit.ly/Covid_Escrutinio.

⁴ Finalizamos la redacción de este texto el 7 de agosto de 2020.

⁵ Secretaría de Salud, “Informe Técnico Diario COVID-19 México”, 6 de agosto de 2020, disponible en: <https://bit.ly/3knXVwf>.

que el gobierno mexicano ha tomado medidas para aumentar la capacidad de atención: comprar más ventiladores mecánicos, ampliar la capacidad de camas disponibles, capacitar al personal médico que pueda atender a pacientes con SARS-CoV-2 y finalmente instalar sistemas de acompañamiento de especialistas para ampliar dicha capacidad.

A pesar de estos esfuerzos, el sistema de salud de algunas regiones y hospitales del país se ha visto rebasado.⁶ Aún con la reconversión de camas y su instalación sabemos que en algunas regiones y hospitales de salud las camas se terminaron. De acuerdo con datos preliminares de Sánchez-Talanquer, sólo el 1.2% de pacientes con COVID-19 ingresaron a cuidados intensivos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), además de que ésta es la institución que reporta el mayor porcentaje de mortalidad, con el 43% de las personas que fueron hospitalizadas por COVID-19 (véanse las figuras 1 y 2).⁷ Para poner en perspectiva estos datos y facilitar su comparación, tomemos en cuenta que se ha reportado que entre el 5% y el 16% de los pacientes hospitalizados por COVID requieren atención en terapia intensiva. Esto invita a pensar que al no contar con camas suficientes no se les pudo brindar toda la atención necesaria a los derechohabientes y que, en general, las autoridades han buscado limitar el acceso a las camas, en tanto la ocupación hospitalaria es la variable más relevante para los semáforos epidemiológicos que se han implementado.

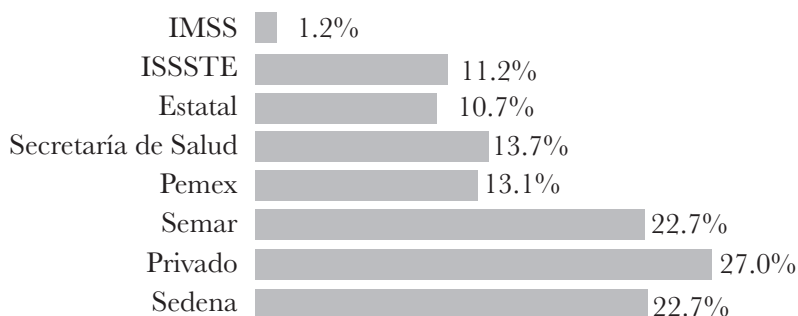
Ante una pandemia como la que enfrentamos, el personal médico tiene que tomar importantes decisiones: ¿A quién otorga los recursos escasos (cualquier combinación entre camas, ventiladores y personal capacitado)? ¿En qué momento retirar los respiradores a pacientes que no mejoran a pesar de la atención o para priorizar a pacientes con mayor probabilidad de vivir? ¿Cómo tomar esas decisiones bajo un contexto de presión, riesgo legal y donde todas las personas exigen la atención para sí mismos o para sus familiares? ¿Cómo salvar el mayor número de vidas, bajo el supuesto de que todas son igualmente dignas y valiosas?

⁶ Romo, Gerardo, “Se agotan camas con ventilador en IMSS para pacientes COVID-19”, *Ágora Digital*, 6 de agosto de 2020, disponible en: <https://bit.ly/2Py4xtA>; Usanga, Oscar, “Agota Yucatán camas COVID; habilita hospitales temporales”, *Mural*, 6 de agosto de 2020, disponible en: <https://bit.ly/31v5ml1>.

⁷ Sánchez-Talanquer, Mariano, “Desigualdad en la pandemia: Evidencia de México”, documento de trabajo, 2020 (las gráficas se encuentran disponibles en: https://bit.ly/MST_Pandemia).

FIGURA 1

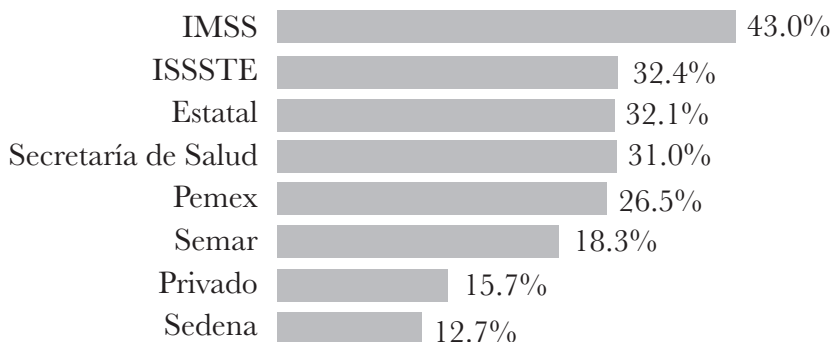
Porcentaje de pacientes con COVID-19
que ingresaron a cuidados intensivos, por institución



FUENTE: Sánchez-Talanquer (2020).⁸

FIGURA 2

Mortalidad COVID-19, por institución



FUENTE: Sánchez-Talanquer (2020).⁹

⁸ *Idem*. Para información adicional de contexto consultar: Grasselli, Giacomo *et al.*, “Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 323, núm. 15, 2020, pp. 1545 y 1546, disponible en: <https://bit.ly/31tveW9>.

⁹ *Idem*.

La decisión no es fácil y la respuesta tiene límites técnicos, éticos y jurídicos que aquí discutimos. La solución a muchas de estas interrogantes pasa por la implementación de estrategias de triaje (*triage*),¹⁰ un método que utiliza criterios clínicos para definir el ingreso de pacientes con COVID-19 a terapia intensiva, lo cual reduce la discrecionalidad en la toma de decisiones médicas y evita los criterios aleatorios de asignación como el de “el primero en llegar, primero en ser atendido”. Este tipo de estrategia no es una solución nueva. Se utiliza en las salas de urgencias y en las zonas de desastre en donde muchas veces se enfrentan dilemas similares. Un buen ejemplo es la lista de donadores¹¹ en donde se tienen recursos limitados y se prioriza a los pacientes que mayor beneficio recibirán del órgano.

Ante estos dilemas, desde abril de 2020 presentamos una propuesta con la intención de garantizar la priorización y de salvar el mayor número de vidas posibles. En particular, propusimos un modelo específico que permitiría a los profesionales de salud adoptar criterios de *triage* para identificar a aquellos pacientes que más se benefician con cuidados especializados y así priorizar su atención. Con este modelo es posible salvar la mayor cantidad de vidas posible (asumiendo que todas las vidas valen lo mismo); evitar la discriminación por condiciones pre-existentes a la situación de salud actual; reducir la carga de trabajo y la carga emocional que este proceso impone en el personal de salud a cargo de tomar estas decisiones; y blindar jurídicamente las decisiones del personal de salud.

Para hacer una asignación de este tipo es necesario tener un modelo que permita predecir qué pacientes tienen una mayor probabilidad de sobrevivir en terapia intensiva. En este texto presentamos el modelo que propusimos al Estado mexicano y que tiene la ventaja de emplear variables independientes y usualmente disponibles en todos los hospitales mexicanos que atienden pacientes con COVID-19. Como se mostrará, este modelo se

¹⁰ *Triage* es un término de origen francés (del verbo *trier*, cribar u ordenar) y un término militar que significa seleccionar, escoger o priorizar. En la actualidad, se utiliza en medicina, especialmente en la de emergencia y de desastres, para hacer referencia a los procedimientos de selección y priorización, entre otras cosas, de las posibilidades de supervivencia.

¹¹ Esta lógica tiene, incluso, cobertura legal en el ordenamiento jurídico mexicano. El artículo 336, párrafo primero, de la Ley General de Salud señala que “[p]ara la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados, así como la ubicación hospitalaria e institucional del donador”. Por su parte, el segundo párrafo del mismo artículo enfatiza que solo “[c]uando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a las bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacional que se integrarán con los datos de los pacientes registrados en el Centro Nacional de Trasplantes”.

justifica en términos médicos, éticos y jurídicos y sirve para salvar vidas en esta ola de la pandemia y en las subsecuentes. Además ayuda a prevenir la discriminación y la desigualdad en el acceso a la atención médica.

A continuación, presentamos un panorama general sobre la estrategia gubernamental sugerida para incrementar el número de camas. Posteriormente presentamos la metodología a partir de la cual se estimó el modelo. Finalmente, reflexionamos sobre las justificaciones éticas y jurídicas de la propuesta.

II. LA ESTRATEGIA GUBERNAMENTAL DE RESPUESTA A LA COVID-19

El gobierno ha seguido una estrategia con tres fases dirigidas a expandir la capacidad de atención a pacientes infectados por SARS-CoV-2.¹² En la FASE-1, se buscó aumentar la disponibilidad de camas de terapia intensiva que ya existían (cancelando cirugías electivas, por ejemplo). Es importante notar que las camas previamente existentes (alrededor de 1,200),¹³ además de tener el equipo y la infraestructura adecuados para la atención de pacientes críticos, ya contaban con personal de salud experimentado en el manejo de pacientes con Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA), la forma más grave de infección por el virus SARS-CoV-2.¹⁴

En la FASE-2, camas y personal de salud que habitualmente no participan en la atención de pacientes críticos se “convirtieron” o adaptaron en camas de terapia intensiva, añadiendo alrededor de 5,200 camas adicionales.¹⁵ Sin embargo, el principal déficit de nuestro sistema de salud es el de recursos humanos. Para afrontarlo, se diseñó un sistema “atención en cascada”¹⁶ en el que especialistas en medicina crítica apoyarán resolviendo

¹² Secretaría de Salud, *Líneamiento de Reconversión Hospitalaria*, versión 5 de abril, 2020, disponible en: <https://bit.ly/2PAFdn6>.

¹³ Roldán, Nayeli, “Habrà ‘reconversión hospitalaria’ para atender a pacientes graves por COVID-19 con 1,283 camas”, *Animal Político*, 30 de marzo de 2020, disponible en: <https://bit.ly/3kohCEe>.

¹⁴ Zhou, Fei *et al.*, “Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study”, *Lancet*, vol. 396, 28 de marzo de 2020, disponible en: <https://bit.ly/31vUrv>.

¹⁵ Baranda, Antonio y Guerrero, Claudia, “Tiene México 6,425 camas para COVID-19”, *Reforma*, 5 de abril de 2020, disponible en: <https://bit.ly/3ijDBKz>.

¹⁶ Presidencia de la República, “Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, 4 de abril de 2020, disponible en: <https://bit.ly/3ilYXad>.

las dudas de cinco médicos generales o de otras especialidades y estarán a cargo de veinticinco pacientes en total.

La tercera fase contempló la adaptación de espacios enteros (hospitales inflables, gimnasios y hoteles) para la atención de enfermos con COVID-19.¹⁷

III. EL PROBLEMA Y UNA POSIBLE SOLUCIÓN

Comparado con otros países, México enfrenta la pandemia con un número muy reducido de camas de terapia intensiva por cada 100,000 habitantes. Incluso si la estrategia de reconversión hospitalaria fuera exitosa en instalar 5,200 camas adicionales para conseguir un total de 6,400 camas, México contaría con 0.06 camas por cada 100,000 habitantes. Si comparamos esta cifra con las 34.7 de Estados Unidos, las 29.2 de Alemania, las 12.5 de Italia o las 3.6 de China y las 2.3 de la India, es claro que México tiene un déficit notable (véase la Figura 3).

FIGURA 3. LOS PAÍSES CON MÁS CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS PER CÁPITA



FUENTE: McCarthy (2020).¹⁸

¹⁷ Secretaría de Salud, *op. cit.*

¹⁸ McCarthy, Niall, “The Countries With The Most Critical Care Beds Per Capita”, *Forbes*, 12 de marzo de 2020, disponible en: <https://bit.ly/2DMInpC>.

Tomando en cuenta que sistemas de salud con mucho mejor infraestructura para la atención de pacientes críticos se vieron rebasados durante la pandemia, no es sorprendente que las camas de FASE-1 destinadas a la atención de pacientes críticos hayan resultado insuficientes.

Además, vale la pena subrayar que (en igualdad de condiciones clínicas) el pronóstico de un paciente crítico hospitalizado en una cama de FASE-1 es claramente mejor que el de un paciente hospitalizado en una cama de FASE-2 (camas convertidas o adaptadas), ya que en las primeras se cuenta con personal más experimentado y una infraestructura ya establecida.

Además, a pesar de que las cifras oficiales reportan disponibilidad de camas de terapia intensiva en todos los estados, la escasez de camas ha sido una realidad. Muestra de ello es la diferencia en mortalidad y acceso a terapia intensiva que se ha observado en los diferentes sistemas de salud durante la pandemia (véanse las figuras 1 y 2). Debido a que la demanda que tiene cada sistema de salud es diferente, hay escasez de camas en algunos hospitales aunque no la haya en otros. Por lo tanto, un sistema para guiar la distribución de recursos materiales y humanos, sigue siendo necesario.

La escasez de recursos materiales y humanos para la atención de pacientes críticos con COVID-19 ya ha ocurrido en otros países. Pasó en Italia, Francia, España, Reino Unido y ahora pasa en los Estados Unidos en donde hospitales en diversos estados como New York, Alabama, Arizona, Kansas, Louisiana, Maryland, Michigan, New York, Pennsylvania, Tennessee, Utah y Washington State han implementado sus propios sistemas de *triage*.¹⁹ Diversas instituciones de salud en todo el mundo han diseñado distintos criterios para optimizar equitativamente²⁰ la asignación²¹ de pacientes críticos en un contexto de recursos limitados y mejorar su probabilidad de tener un desenlace favorable. Sin embargo, dichos criterios emplean algunas herramientas (como algunos estudios de laboratorio) que no se utilizan rutinariamente en los hospitales mexicanos.

Es una obviedad, pero vale la pena enfatizarlo: no todos los sistemas de *triage* funcionan bajo el mismo criterio, incluso tratándose de la misma pato-

¹⁹ Emanuel, Ezekiel J. *et al.*, “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 382, 21 de mayo de 2020, pp. 2049-2055, disponible en: <https://bit.ly/31v2s7r>.

²⁰ Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC, “Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC)”, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, 2020, disponible en: <https://bit.ly/33KbcjP>.

²¹ White, Douglas B. y Lo, Bernard, “A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 323, núm. 18, 27 de marzo de 2020, pp. 1773 y 1774, disponible en: <https://bit.ly/33COvqF>.

logía. El modelo a usar depende del contexto, los instrumentos de medición disponibles y, en gran medida, de los criterios éticos concretos. Por ejemplo, en Italia se decidió poner una edad límite para acceder a un ventilador mecánico²² y en el estado de Alabama (Estados Unidos) se sugiere que las personas con retraso mental severo no deberían ser los principales candidatos para ingresar a una terapia intensiva.²³

También reconocemos que existen otros puntos de vista, según los cuales salvar al mayor número de vidas posibles no es el objetivo más adecuado. Se ha propuesto, por ejemplo, salvar la mayor utilidad en años de vida ajustados por calidad, es decir número de años libres de enfermedad. Incluso hay quienes consideran que los profesionales de salud deberían tener prioridad, ya que el salvarlos permitirá salvar a aún más personas. No obstante, consideramos que, bajo el principio de que toda vida es igualmente digna y valiosa, las autoridades deben salvar al mayor número de personas, empleando para ello un mecanismo de *triage* que considere más de un parámetro, que no sea discriminatorio y pueda ser implementado en todo el país de manera rápida y efectiva.

Con esto en mente, proponemos el uso de un modelo para estimar la mortalidad intrahospitalaria de las personas diagnosticadas con COVID-19 y su uso como auxiliar en la toma de decisiones de ingreso a terapia intensiva. A partir de este modelo, consideramos que las camas FASE-1 deberían ser asignadas a los pacientes que tengan una mayor probabilidad de supervivencia.

IV. METODOLOGÍA PARA LA ESTIMACIÓN DEL MODELO

Para calcular la probabilidad de fallecer durante la hospitalización de una persona con COVID, se desarrolló un modelo basado en el nomograma de Fagan para la concatenación bayesiana de varios factores pronósticos ya identificados.²⁴ A continuación detallamos los pasos para ello:

²² Rosemaum, Lisa, “Facing COVID-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line”, *New England Journal of Medicine*, vol. 382, 2020, pp. 1873-1875, disponible en: <https://bit.ly/2DzWDxF>.

²³ State of Alabama, “Criteria for Mechanical Ventilator Triage Following Proclamation of Mass-Casualty Respiratory Emergency”, 7 de agosto de 2020, disponible en: <https://bit.ly/2PyTUqB>.

²⁴ Fagan, T. J., “Nomogram for Bayes Theorem”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 293, núm. 5, 1975, p. 257, disponible en: <https://bit.ly/3gEbQMh>.

1. Se recolectó la razón de probabilidad (LR) publicados hasta la fecha de los factores que predicen la mortalidad de pacientes hospitalizados por SARS-CoV-2²⁵ y se agruparon por independencia fisiopatológica (es decir que no estuvieran relacionados entre ellos como por ejemplo fumar e infartarse).
2. Se modelaron varias combinaciones de variables y se escogió la combinación de variables que permitiera utilizar la mayor cantidad de variables independientes y que, con mayor probabilidad, estarán disponibles en todos los hospitales que atiendan pacientes con COVID-19. Estas fueron: *i*) edad, *ii*) saturación de oxígeno en la sangre (SpO₂), *iii*) diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica, *iv*) elevación de enzimas cardíacas, *v*) conteo total de leucocitos, *vi*) conteo de linfocitos y *vii*) elevación de la creatinina.²⁶ A la combinación de estas variables se les denominó LOW-HARM, por sus siglas en inglés.
3. Utilizando como probabilidad pre-prueba la probabilidad de fallecimiento observada por grupo etario en el mundo,²⁷ se automatizó el cálculo de la siguiente manera:

1. Odds-preprueba = Probabilidad preprueba / (1 - Probabilidad preprueba).
2. Odds-postprueba = (Odds preprueba) x (LR SpO₂) x (Diagnóstico previo de Hipertensión Arterial Sistémica) x (LR elevación de enzimas cardíacas) x (LR conteo de leucocitos totales > 10 000) x (LR conteo de linfocitos > 0.8) x (LR elevación de la creatinina). Si el factor de riesgo está ausente, se multiplica por 1 y, de este modo, la probabilidad no cambia.
3. Probabilidad postprueba = Odds postprueba / (1 + Odds postprueba).

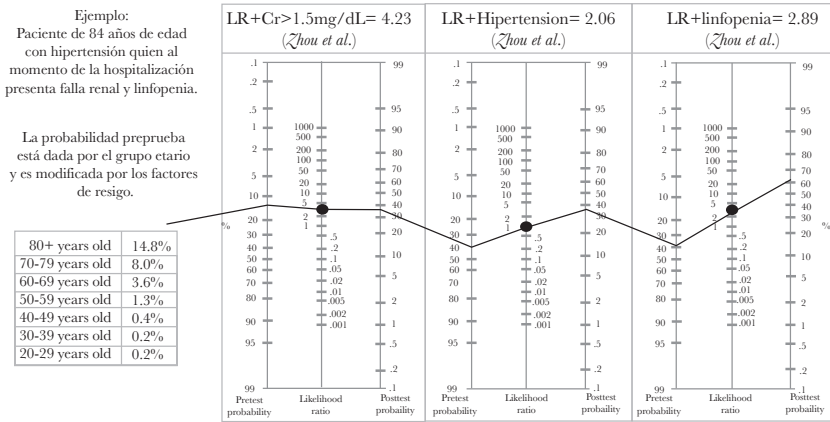
La figura 4, ejemplifica el cálculo de un caso hipotético:

²⁵ Zhou, *op. cit.*; Ruan, Qjurong *et al.*, “Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China”, *Intensive Care Med*, vol. 46, núm. 5, 3 de marzo de 2020, disponible en: <https://bit.ly/31v7kcO>.

²⁶ Likelyhood-ratio: SpO₂ > 90% = 0.897, Diagnóstico previo de HAS=3.05, elevación de enzimas cardíacas=10, leucocitos totales >10 000 × 10⁹ / L*=6.6, linfocitos >0.8 × 10⁹ / L =0.02, elevación de creatinina sérica=4.39 (Zhou, *op. cit.*).

²⁷ Worldometers, “Age, Sex, Existing Conditions of COVID-19 Cases and Deaths”, 12 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-age-sex-demographics/>.

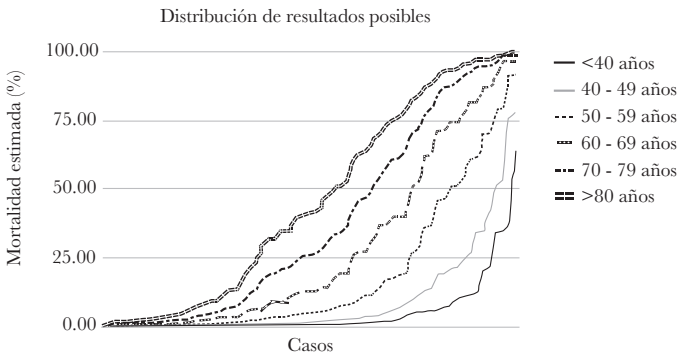
FIGURA 4. ILUSTRACIÓN DE UN CASO HIPOTÉTICO



FUENTE: elaboración propia.

A continuación, se muestra la distribución de todas las combinaciones de factores de riesgo posibles para cada grupo etario ajustada para la prevalencia de hipertensión arterial sistémica para cada grupo etario en México.²⁸ La siguiente gráfica muestra que la simulación de resultados posibles permite tener certeza de que la edad es un factor contribuyente pero no determinante en el resultado final (ver la figura 5).

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE TODOS LOS RESULTADOS POSIBLES



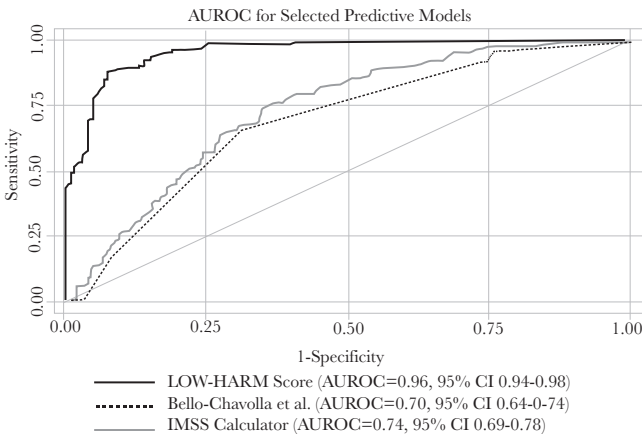
FUENTE: elaboración propia.

²⁸ Rosas-Peralta, Martín *et al.*, “Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 54, sup. 1, 23 de noviembre de 2015, disponible en: <https://bit.ly/3iqyYyB>.

Con el fin de evaluar la capacidad pronóstica de este modelo y validarlo, se recolectó la información clínica al inicio de la hospitalización de 400 pacientes (200 egresos y 200 defunciones) hospitalizados en 12 instituciones en 10 diferentes ciudades del país. Se corroboró que el modelo propuesto tiene una excelente capacidad para diferenciar a los pacientes que fallecieron de aquellos que egresaron a su domicilio.

Además, se comparó el poder predictivo de este modelo con otros modelos propuestos para el mismo fin (figura 6) y se desarrolló una plataforma digital para facilitar los cálculos. Este análisis fue pre-registrado y aceptado para publicación en la revista del Colegio Americano de Medicina de Urgencias y en el Repositorio MedRxiv de Yale.

FIGURA 6. COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO DE DISTINTOS MODELOS PREDICTIVOS PARA MORTALIDAD EN PACIENTES MEXICANOS CON COVID-19



FUENTE: Soto-Mota *et al.* (2020).²⁹

Más allá de los méritos técnicos de la propuesta, lo cierto es que el modelo de asignación que se propone también debe tomar en cuenta los deseos y expectativas del paciente y cuidar que implementación de una propuesta como ésta sea eficiente, práctica y generalizada. Asimismo, para su viabilidad es indispensable que los médicos a cargo de las unidades de terapia intensiva estén familiarizados con el sistema.

²⁹ Soto-Mota, Adrián *et al.*, “The Low-Harm Score for Predicting Mortality in Patients Diagnosed with COVID-19: A Multicentric Validation Study”, medRxiv, 5 de junio de 2020, disponible en: <https://bit.ly/33FNxdw>.

Finalmente, en términos de implementación, conviene tener presente que hoy existe tecnología que permitiría tener en tiempo real los datos de la condición de cada paciente en el país de manera georeferenciada. Los médicos tratantes podrían actualizar los datos conforme cambie la condición de cada paciente y un centro de control podría asesorar en la gestión de camas. Las herramientas ya existen, los obstáculos para su implementación no son técnicos ni científicos.

V. ¿ES ÉTICO IMPLEMENTAR CRITERIOS DE TRIAGE?³⁰

Independientemente de los aspectos técnicos de la propuesta, conviene preguntarse si criterios de *triage* como los propuestos son acordes con estándares éticos. Lo primero que habría que decir es que este tipo de situaciones excepcionales no son ajenas al campo de la salud. Se utilizan en situaciones de “medicina de desastres”, aplicando una atención de crisis excepcional basada en la justicia distributiva y en la asignación adecuada de los recursos de salud. Además, este tipo de estrategias para la toma de decisiones tiene efectos positivos como reducir el desperdicio de recursos, evitar la pérdida de vidas, respaldar a los profesionales de salud y, sobre todo, evitar decisiones sesgadas y arbitrarias.

El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda es una situación clínica de mucha gravedad. Hoy sabemos que, incluso en un entorno de abundancia, la mortalidad de los pacientes infectados por SARS-CoV-2 que requieren ventilación mecánica llega a ser hasta del 70% y el 86%,³¹ lo que implica que sólo algunos pacientes se van a beneficiar del uso del soporte ventilatorio. Es a estos pacientes a quienes se debe priorizar en el acceso a los procedimientos necesarios.

Las decisiones difíciles son constantes para quienes están a cargo de los pacientes críticos. Facilitar criterios colegiados permite compartir la responsabilidad en estos escenarios que imponen una gran carga emocional sobre el personal de salud y da la confianza necesaria para que se puedan tomar las mejores decisiones.

Basar estas decisiones en la mejor evidencia científica disponible y promover su aplicación generalizada evita el uso de criterios únicos, arbitrarios

³⁰ Agradecemos la discusión sobre esta sección a Luz Fojo Nava, Rodrigo Sánchez Castellanos y Alberto Toledo Urbina.

³¹ Namendys-Silva, Silvio A., “Respiratory support for patients with COVID-19 infection”, *Lancet Respiratory Medicine*, vol. 8, núm. 4, p. 8, 5 de marzo de 2020, disponible en: <https://bit.ly/31zBPY8>.

y potencialmente estigmatizantes que no reflejan el verdadero potencial de recuperación y que ponen en desigualdad de condiciones a grupos vulnerables (como a los adultos mayores, a las personas que viven con VIH y a las personas en situación de calle).

El *triage* propuesto, además, se aplicaría de manera extraordinaria ante la situación actual, en sustitución de los modelos de *triage* vigentes durante lo que dure la pandemia o en los brotes posibles siguientes. Hay que enfatizar que estos esquemas no suponen el abandono de los pacientes, sino modificar los objetivos de su tratamiento al priorizar su acceso a los servicios de salud o al control de sus síntomas de acuerdo con sus probabilidades de sobrevivir.

En conclusión: adoptar, promover y transparentar criterios de *triage* que busquen aprovechar al máximo los recursos disponibles y que estén basados en evidencia evita que este tipo de decisiones difíciles sean resueltas por sesgos individuales en contextos de desigualdad estructural, conflictos de interés o actos de corrupción. Resuelve problemas de objetividad médica, reduce la posibilidad de inconformidad de pacientes y familiares (incluso por vías legales) e informa con claridad sobre la medida con la clara finalidad de salvar el mayor número de vidas posibles.

VI. ¿ES CONSTITUCIONAL IMPLEMENTAR EL MODELO DE TRIAGE PROPUESTO?³²

La implementación de criterios de *triage* debe ser acorde con los estándares de derechos humanos. Sólo de esta forma se puede garantizar la constitucionalidad de ésta y otras medidas que tengan como finalidad el salvar el mayor número de vidas posibles. Incorporar una lógica de derechos humanos permite que el marco jurídico respalde adecuadamente las decisiones difíciles y los dilemas que enfrentan los profesionales de la salud y las autoridades del sistema de salud.

Un primer parámetro que debe cumplirse consiste en demostrar que el Estado mexicano ha utilizado todos sus recursos disponibles para ampliar su capacidad al máximo posible para garantizar los derechos a la salud y la vida de las personas en el contexto de la pandemia COVID-19. El *triage* podrá ser un instrumento constitucionalmente legítimo para salvar el mayor número de vidas posibles sólo si, de manera previa, el Estado mexicano

³² Agradecemos los comentarios que en su momento nos hicieron José Antonio Caballero Juárez, Juan Jesús Garza Onofre y Ximena Medellín Urquiaga.

demuestra que le es imposible, en términos materiales, ampliar aún más su capacidad instalada (camas, ventiladores y personal capacitado).

Un segundo parámetro que debe cumplir la medida consiste en estar basada en criterios objetivos, transparentes y equitativos. En ese sentido, los criterios de *triage* propuestos realizan una asignación de camas de terapia intensiva escasas con criterios predefinidos que evalúan las probabilidades de supervivencia con base en siete criterios objetivos y transparentes: *i*) edad, *ii*) saturación de oxígeno en la sangre (SpO_2), *iii*) diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica, *iv*) elevación de enzimas cardíacas, *v*) conteo total de leucocitos, *vi*) conteo de linfocitos y *vii*) elevación de la creatinina sérica. Ello permite, de manera objetiva, definir probabilidades de supervivencia ante la COVID-19 para maximizar los beneficios posibles y salvar el mayor número posible de vidas. Asimismo, los criterios propuestos reducen la discrecionalidad en la toma de decisiones que hoy tienen los médicos o para evitar criterios inadecuados como el de “primero en llegar, primero en ser atendido”.

La medida propuesta garantiza, además, el trato igualitario a las personas en todo el país. Ante la diversidad de subsistemas de salud y la heterogeneidad de unidades de cuidado intensivo en el país, y dada la adecuación de camas con ventiladores mecánicos y la capacitación en cascada de intensivistas para ampliar la capacidad de atención, se debe contar con criterios de priorización que razonablemente puedan ser implementados en todo el país. La homologación de los criterios de priorización fortalece la labor de los profesionales de la salud en la toma de decisiones, especialmente si son producto de decisiones colegiadas, pues permiten compartir la responsabilidad en decisiones complejas que deben de comunicar de manera efectiva a pacientes y familiares.

El tercer parámetro que debe cumplir la medida es superar un test de escrutinio estricto, lo que permite evitar que se torne discriminatoria. La aplicación de este nivel de escrutinio es necesario, pues el criterio de priorización es una medida que hace clasificaciones a partir de “categorías sospechosas” como la edad o las condiciones de salud.³³

De acuerdo con la jurisprudencia obligatoria de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), esto implica que cualquier medida que utilice

³³ Ambas categorías se encuentran contempladas en el párrafo quinto del artículo 1o. constitucional: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, *el género*, la edad, las discapacidades, la condición social, *las condiciones de salud*, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

este tipo de clasificaciones debe: *i*) cumplir una finalidad imperiosa desde el punto de vista constitucional, *ii*) estar estrechamente vinculada con la finalidad y *iii*) ser la medida menos restrictiva posible para conseguir efectivamente la finalidad.³⁴

El modelo propuesto cumple con los tres requisitos. En primer lugar, la medida persigue finalidades imperiosas. El sistema de asignación busca incrementar el número de vidas salvadas en el contexto de la epidemia, esto es, busca garantizar de la manera más amplia posible los derechos constitucionales a la salud y a la vida. La SCJN ha reconocido en repetidas ocasiones que proteger la salud y vida de las personas es una finalidad constitucionalmente válida, que justifica incluso la afectación a derechos fundamentales o tratos diferenciados.³⁵ Por supuesto, la consecución de estas finalidades se vuelve aún más urgente y apremiante en el contexto de la pandemia por la COVID-19.

En segundo lugar, existe una vinculación estrecha entre el *triage* propuesto y la finalidad de salvar el mayor número de vidas dados los recursos disponibles. Como se ha mostrado previamente, la combinación de criterios de priorización con la asignación efectiva de camas, ventiladores y personal capacitado maximiza la probabilidad de vida del mayor número de personas posibles y reduce al máximo problemas de sobre y sub inclusión en la asignación de camas de FASE-1 a la luz de esta finalidad.

En tercer lugar, la medida cumple con el parámetro de necesidad. Ante el escenario de saturación del sistema de salud, no existe otra medida igualmente efectiva para salvar el mayor número de vidas y que sea menos gravosa en terminos de igualdad (no discriminación) o de derechos. La existencia de otros modelos de priorización como el Apache o el SOFA para terapias intensivas no consideran las variables ni las condiciones específicas de la COVID-19, por lo que se requiere diseñar un nuevo *triage* que considere condiciones médicas específicas de riesgo y de necesidades de atención, así como la identificación de casos en todo el territorio mexicano. Asimismo, los criterios del *triage* propuestos evitan al máximo uso de clasificaciones basadas en enfermedades y precondiciones (personas que viven con VIH,

³⁴ Véase la jurisprudencia obligatoria de la SCJN P./J. 10/2016 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, libro 34, t. I, p. 8, septiembre de 2016, registro 2012589.

³⁵ Sobre el reconocimiento de la protección a la salud y la vida como finalidades constitucionalmente válidas que justifica interferencias en derechos fundamentales o tratos diferenciados, véanse las tesis 1a./J. 7/2019 (10a.) (*Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, libro 63, t. I, p. 495, febrero de 2019, registro 2019381), 2a. XCII/2017 (10a.) (*Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, libro 43, t. II, p. 1423, junio de 2017, registro 2014440), P./J. 27/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, t. XXXIV, agosto de 2011, p. 19.

diabetes, etc.) que podrían resultar mucho más estigmatizantes desde un punto de vista jurídico y que, además, serían menos efectivas desde un punto de vista técnico (pues son menos adecuadas para determinar la probabilidad de éxito).

Finalmente, conviene hacer algunos apuntes sobre la forma en que convendría establecer los criterios propuestos. Ante el desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de los recursos sanitarios, resulta fundamental que el modelo de triage sea actualizado en la *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia* por el Consejo de Salubridad General, toda vez que se trata de un órgano con la facultad constitucional de establecer medidas obligatorias para todas las autoridades del país y que sean necesarias para prevenir y combatir epidemias.³⁶ Específicamente, proponemos que la discusión de los criterios se retome en la Comisión de Ética, de tal forma que sea posible emitir lineamientos vinculantes de atención médica para todas las unidades de salud del país, a fin de salvar el mayor número de vidas posible en México.

Actualizar las medidas de *triage* con modelos que puedan resultar más efectivos desde el Consejo de Salubridad General para la atención de la COVID-19 en México no sólo dará una mejor guía a los profesionales de salud que están haciendo frente a la pandemia, sino que establecería criterios claros y obligatorios de priorización de pacientes y de maximización de recursos disponibles para salvar el mayor número posible de vidas, en el caso específico de SARS-CoV-2.

VII. CONCLUSIONES

El gobierno mexicano tiene la obligación de garantizar el ejercicio pleno de derechos y agotar todos los recursos disponibles para ello. El principio de universalidad que rige a todos los derechos humanos en México es una exigencia que se debe de garantizar para que, incluso en escenarios de crisis, la desigualdad y la corrupción no se impongan en el ejercicio de derechos ni en la distribución justa y equitativa de bienes y servicios públicos que, en medio de la pandemia, se hicieron aún más escasos.

Sobra decirlo, pero no estamos frente a un reto menor. Por desgracia, se han perdido muchas vidas a causa de la COVID-19. Esto es inevitable. Pero es igualmente cierto que todas las autoridades están obligadas a garantizar al máximo el derecho a la salud y a la vida de todos, sin mayor límite que las

³⁶ En términos de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

posibilidades fácticas y jurídicas. El esquema que hemos propuesto permite cumplir precisamente con ese mandato: garantizar, en la mayor medida posible, los derechos de todos.

Es posible predecir con precisión y usando herramientas disponibles en todos los hospitales en el país la mortalidad de pacientes con COVID al momento de su hospitalización. Es crucial desarrollar e implementar herramientas específicas a este contexto y basadas en evidencia científica para guiar la alocaión de recursos materiales y humanos de forma eficiente y sin caer en prácticas discriminatorias.

Aprovechemos la ventana de oportunidad que dejó abierto el Comité de Ética para superar el modelo propuesto en la *Guía Bioética* en caso de que un modelo distinto fuese validado con información específica para pacientes COVID-19. El modelo que aquí hemos reiterado y validado ofrece una escala mucho más precisa y que brinda mayor seguridad para tomar decisiones de asignación de recursos médicos escasos. El modelo, como hemos comentado anteriormente, ya fue aceptado en el Colegio Americano de Medicina de Urgencias y por el Repositorio MedRxiv de Yale. Tal vez sea tiempo de reevaluar. Aún estamos a tiempo para salvar una enorme cantidad de vidas.

LA DISCUSIÓN FILOSÓFICA SOBRE LA GUÍA BIOÉTICA

Juan A. CRUZ PARCERO

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *La discusión filosófica: afirmaciones y argumentos*.

I. INTRODUCCIÓN

El 13 de abril se publicó en la página del Consejo de Salubridad General (CSG) un *proyecto* de Guía Bioética, que luego de unas semanas de intensas discusiones se aprobaría por los vocales del CSG el 30 de abril con el nombre de *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*.¹ Durante las dos semanas que transcurrieron de la publicación a su aprobación tuvo lugar una viva discusión que sirvió para mejorar el proyecto. Pocos documentos públicos han sido discutidos con tanta vehemencia en tan poco tiempo, pero no era para menos, pues hablar de la vida y la muerte en tiempos de pandemia, es un asunto espinoso.

El interés se debió no sólo por la importancia del tema, sino también al amarillismo con que algunos medios y opinadores se ocuparon de él. El periódico *El Universal* publicó a ocho columnas una nota sobre la Guía cuyo titular rezaba: “Priorizarán a jóvenes en atención de COVID-19”, y añadía: “Se pondrán por arriba de adultos mayores”.² Muchas reacciones en medios surgieron a partir de este encabezado. Hay que decir que la nota no era mala, tenía algunas imprecisiones, pero el encabezado distorsionaba el contenido de la Guía. Muchas voces indignadas se alzaron, algunas ni siquiera leyeron la nota del diario y mucho menos el proyecto, pero pronto las redes sociales hablaban de políticas eugenésicas, fascistas, discriminatorias

¹ Se puede consultar en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf.

² La noticia apareció el 14 de abril del 2020; consultable en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/priorizar-jovenes-sobre-tercera-edad-recomiendan-medicos-por-covid-19>.

de los adultos mayores, etc. Sergio Aguayo, por citar otro ejemplo, tanto en el programa de Carmen Aristegui como por su cuenta de Twitter, difundió la idea de que no habrá ventiladores para las personas de la tercera edad, que para la 4T la tercera edad es desechable.³ Margarita Zavala, de modo más reflexivo curiosamente, también señaló lo que consideró cinco fallas de la Guía.⁴

Hay que reconocer que la aparición del proyecto de Guía generó confusión, en parte justificada, porque no se aclaraba en la misma página del CSG que se trataba de un documento para discusión, cosa que inmediatamente tuvo que aclararse. También hay que reconocer que la redacción favoreció ciertas suspicacias de algunos, aunque pienso que fue más la mala fe o la frivolidad las que lograron tergiversar lo que se decía. Con todo y que el texto no era del todo claro en algunos aspectos, la idea era precisamente discutirlo. Claro que en un escenario politizado y polarizado los participantes adoptan distintas actitudes. Por un lado, varias personas e instituciones enviaron al CSG cartas explicando sus preocupaciones por ciertos puntos y haciendo recomendaciones, mientras que organismos públicos y ONGs buscaron interlocución con el grupo que participó en la redacción de la Guía. Se tuvo una importante retroalimentación con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCDMX), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS México), el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (Copred) y algunos Consejos o asociaciones de médicos y de hospitales. Lo mismo ocurrió con algunas de las organizaciones vocales del CSG, como la Academia Nacional de Medicina A.C., y la Academia Mexicana de Cirugía A.C. Muchos entendieron que la Guía era necesaria, relevante en las circunstancias que se preveían en ella, y se sumaron a construir una mejor versión.

Por otro lado, hubo quienes asumieron una actitud de confrontación y denuncia. Se vale, no hay nada de malo en ello. Habrá que decir que en la comisión de redacción de la Guía se tomaron en consideración también varias de las opiniones de este tipo, por más que estuvieran mezcladas con argumentos ad hominem, insultos o exageraciones. La Guía Bioética no es por sí misma un trabajo académico, sino un instrumento de política pública y por su misma naturaleza el debate generado era inevitablemente político,

³ Puede verse en: <https://aristeguinoticias.com/1404/mexico/daran-a-jovenes-ventilador-y-no-a-adulto-mayor-en-caso-de-que-haya-que-elegir-guia-bioetica/>.

⁴ Puede consultarse en: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/margarita-zavala/la-famosa-guia-bioetica>.

sujeto a las condiciones de polarización e intereses que pueden surgir en ese ámbito.⁵ Aunque convendría precisar que quienes nos involucramos en la redacción, no lo hicimos por ninguna forma de militancia política de tipo partidista, incluso se podría decir que, a pesar de que algunos miembros del grupo de redactores han sido abiertamente críticos del gobierno, se consideró que había que colaborar con los esfuerzos que se estaban haciendo para enfrentar la pandemia.

Al tratarse de una Guía *bioética*, muchos y muchas filósofas participaron en el debate, tanto del lado de quienes cooperaron como del lado de quienes se opusieron. Los filósofos se movilizaron, escribieron en columnas de periódicos, en redes sociales, en televisión y radio; el Observatorio Filosófico de México A. C., publicó una carta repudiando la Guía. Hay que decir que los formatos de opiniones en columnas en medios o cartas de rechazo no son precisamente la mejor forma de desarrollar argumentos filosóficos; muchas veces las opiniones expresadas no consiguen, por cuestiones de espacio o de tiempo, desarrollar los argumentos de que se dispone. Con todo, es de celebrar que hayan participado en un debate público de interés general.

En este trabajo me propongo hacer una revisión de las críticas filosóficas que se le hicieran al proyecto de Guía, con la finalidad de continuar una discusión filosófica sobre diversos temas que surgieron y sobre los que vale la pena profundizar. Ahora ya alejados del ambiente de esas dos semanas convulsas, es sano continuar la discusión en foros académicos. Desde luego que la discusión debería seguir también respecto de otros temas relacionados con la Guía para saber si sirvió o no, qué tanto, los problemas que surgieron para implementarla, dónde hubo necesidad de hacer triaje, cómo se hizo, etc. Todo ello merece la atención de especialistas. En el siguiente apartado analizaré siete críticas al proyecto y presentaré algunos argumentos en contra de éstas. Se trata de continuar un debate filosófico de temas que desde luego no pueden agotarse en este trabajo.

II. LA DISCUSIÓN FILOSÓFICA: AFIRMACIONES Y ARGUMENTOS

No todas las objeciones al proyecto de Guía fueron de índole filosófica, algunas, como ya mencioné, fueron de carácter político, otras versaron sobre los criterios médicos, otras más sobre cuestiones fácticas o sobre la pertinencia. Yo me ocuparé aquí de algunas de las afirmaciones o argumentos que atacaban

⁵ Hubo quienes leyeron la publicación de la Guía como una confrontación interna entre el Secretario de Salud y el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Por ejemplo, véase en: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/salvador-garcia-soto/jugando-ser-dios>.

los principios morales o bioéticos en los que se basaba el proyecto de Guía. De una revisión de las opiniones críticas vertidas quiero resaltar siete cuestiones:

- a) La irrelevancia de la filosofía para decidir cuestiones de triaje.
- b) La negación del dilema ético entre salvar vidas (o proteger derechos) en situaciones de escasez de recursos.
- c) La afirmación de que el principio de salvar el mayor número de vidas posible, por ser utilitarista (capitalista o neoliberal), es incorrecto e injustificado.
- d) La idea de que hay vidas humanas más valiosas que otras y que ello debe contar en el triaje.
- e) La afirmación de que la elección de priorizar a quién atender y a quién no, viola derechos humanos o implica un homicidio.
- f) La afirmación de que la Guía discrimina a los mayores de edad.
- g) La afirmación de que decidir aleatoriamente (por azar) es injustificable.

1. *Negar la relevancia filosófica o moral en el triaje*

Casi todos los filósofos consideraron que el tema era relevante filosófica y moralmente (éticamente),⁶ aunque mantuvieran algunos desacuerdos al respecto. Ciertamente, los problemas éticos durante una pandemia van más allá del problema de cómo asignar recursos en situaciones de escasez y, particularmente, más allá de cómo asignar recursos de medicina crítica. Pero que ello sea así, no implica que el tema de una guía bioética de asignación de recursos de medicina crítica sea irrelevante.

Sin embargo, María Antonia González Valero y Rosaura Martínez Ruiz⁷ consideraron que la filosofía no debía entrometerse en asuntos de este tipo. Aquí su postura:

La pregunta que nos acecha es si la filosofía tiene lugar en esta discusión, si tiene algo que decir en relación a criterios médicos para el cuidado y supervivencia en esta enfermedad.

⁶ Utilizaré moral y ética como sinónimos. Para una buena y breve explicación sobre sus posibles diferencias entre los filósofos puede verse el reciente texto de Gustavo Ortiz Millán, “Entre la ética y la moralidad”, *Nexos*, 1o. de junio de 2020, consultable en: <https://nexus.com.mx/?p=42658>.

⁷ “Triaje. Decir lo éticamente indecible”, *El Universal*, 22 de abril de 2020, consultable en: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/maria-antonia-gonzalez-valerio-y-rosaura-martinez-ruiz/triaje-decidir-lo-eticamente>.

Cualquier parámetro que se establezca para decidir qué vidas valen más que otras es éticamente injustificable y debe ser cuestionado y resistido. No se puede normalizar ninguna lógica para decidir quién vive y quién muere. Hacer tablas con números, reducir la existencia al valor numérico y fingir con ella cierta “neutralidad” no puede ser labor de la filosofía.

...

¿Hay criterios éticos para guiar la decisión soberana? ¿El filósofo será verdugo? ¿La filosofía puede construir la justificación de la decisión por principio más injusta e inmoral? No, imperativamente no. El quehacer filosófico tiene que argumentar en contra de la instrumentación de un supuesto criterio universal para tomar la decisión de quién vive y quién muere.

...

La guía que fue presentada no tiene nada de bioética. Es un instrumento ideológico con el que no podemos concordar. La justificación que sostiene que este escenario es análogo al de las guerras y que en las guerras esas difíciles decisiones hay que tomarlas, es una prístina muestra de la perversión de la razón que naturaliza la violencia y se olvida de que la decisión soberana es la que por principio moral hay que resistir y denunciar.

Las autoras rechazan tajantemente que la filosofía pueda justificar algo en este tipo de cuestiones. Sostienen una idea radical de que sobre cuestiones de vida y muerte la filosofía no tiene nada que justificar, su rol es de denuncia y de resistir cualquier intento del soberano (del Estado) de normalizar o dar razones para justificar sus decisiones, decisiones que por principio para ellas son injustificables. Lo primero que podríamos decir es que muchas concepciones filosóficas rechazarían esa visión tan estrecha de la filosofía. Nadie negará, como ya se dijo, que hay muchas otras cuestiones que son filosóficamente relevantes, incluso más relevantes, pero aquí el punto está en que ellas niegan la relevancia de la filosofía en cuestiones sobre decidir quién vive y quién muere. Me pregunto qué pensarán sobre si legalizar o no el aborto, la eutanasia, el problema de donación y asignación de órganos, el problema de legalización de drogas, entre otros, tienen o no relevancia filosófica. Supongo que también negarán que la tengan pues son cuestiones sobre la vida y la muerte.

En segundo lugar, se podría decir que no todo problema de elección en el triaje es, necesariamente, una cuestión de vida o muerte. Por un lado, la muerte es probable aún en caso de que un paciente sea admitido a una unidad de cuidados críticos (UCC) y, por otro lado, la muerte no es una consecuencia necesaria —aunque sí altamente probable— en caso de que no sea admitido. Rechazar a alguien de una UCC tampoco implica necesariamente

que no pueda canalizársele a otro hospital o área donde pueda ser atendido o proporcionarle otro tipo de cuidados paliativos.

Tercero, su argumento supone también defender una tajante separación entre moral y política, donde la “decisión soberana” (si entiendo, la decisión del Estado o del gobierno de establecer criterios de triaje), nunca puede justificarse moralmente, de ahí que la filosofía no pueda decir nada.

Habría que partir de que el escenario bajo el cual se trabajó en la Guía es real. La elección que tiene que hacerse sobre a quiénes ofrecerles atención en UCC no es un caso hipotético en el sentido de meramente imaginario (filosóficamente hablando, eso tampoco debería ser un problema). Este tipo de situaciones de escasez pueden tener grados de gravedad y duración, pero son bastante comunes en los servicios de salud aún sin pandemias. Esto no significa que no debamos preguntarnos por las causas del abandono de los servicios de salud pública; no significa que no debamos ocuparnos de las razones —falta de previsión, mala asignación de recursos económicos—, por las cuales llegamos a situaciones como la actual, pero ocuparse de esto no implica ignorar que la escasez es una situación inescapable,⁸ que tener un mejor servicio de salud pública no implica poder evitar esos escenarios de escasez relativa o de situaciones de emergencia.

Sostener que no se debe, que es inaceptable “normalizar una lógica” para decidir quien vive y quién muere, es simplemente un buen deseo que supone negar el problema o estipular un límite arbitrario para la razón, y no creo que eso sea lo mejor que la filosofía puede hacer. Hay elecciones difíciles y elecciones trágicas, en ambas alguien tiene que decidir y poder distinguir entre ambos casos supone indagar si podemos encontrar algún criterio para distinguir lo correcto, bueno, justo para decidir; incluso cuando esas preguntas se tornen en encontrar lo que sea *menos* incorrecto, malo o injusto.

Pensemos ahora, por ejemplo, en un principio ampliamente aceptado en el ámbito médico y retomado en la guía: el *principio de necesidad*. Este principio supone distinguir entre *salud* y *atención a la salud* (o servicio de salud). La idea es que cuando la atención de la salud no puede garantizar que la salud de una persona sea mejor de lo que hubiera sido sin dicha atención (sin negar que existe la necesidad de tener salud), difícilmente puede justificarse brindar atención médica pues esta resultaría inútil (fútil) y los recursos se derrocharían (asumiendo que son escasos). Se pueden ofrecer otros servicios (por ejemplo, cuidados paliativos), pero sabiendo que ellos tienen otro propósito, no el de curar. La forma como este principio de necesidad se traduce

⁸ Harris, John, “Deciding Between Patients”, en Helga Kuhse y Peter Singer (eds.), *A Companion to Bioethics*, 2a. ed., Wiley-Blackwell, Singapore, 2009, pp. 335-361.

en la práctica médica es algo complejo y supone adoptar posturas morales o éticas que impactarán en las decisiones. Supone adoptar alguna noción de necesidad y algún o algunos criterios (no filosóficos necesariamente) para determinarla o medirla. Y supone determinar qué criterios son relevantes para hablar de la necesidad de un tratamiento médico. Estos criterios nos permiten justificar, por ejemplo, que la pérdida de la vida, en principio, será más grave que alguna otra pérdida, como perder calidad de vida por ejemplo.⁹ Pero incluso determinar si es “en principio” o “siempre” que la pérdida de la vida es lo más grave, es una cuestión moralmente debatida. Y será igualmente debatido si quien pierde más es quien más años ha vivido, o al contrario si quien pierde más es quien tiene más años por vivir, o si gana más quien gana más años de vida de calidad, o si simplemente no hay nada que medir o calcular y todas las vidas valen igual y quienes ganan, ganan lo mismo y quienes pierden, pierden lo mismo. Podemos tener intuiciones fuertes sobre estas cosas, pero nada hay obvio en todo esto, son cuestiones que en la filosofía y, particularmente en la bioética, se han discutido desde hace tiempo y se seguirán discutiendo.

Volviendo al argumento de González y Martínez —si no hay asunto filosófico (ético), que debatir en estos casos, es porque no hay ninguna decisión justificable en estos casos—, éste presenta una ambigüedad cuando sostienen que cualquier decisión sería “injustificable”. Por un lado, podría querer decir que no hay argumentos para justificar o condenar la decisión, por eso está fuera del campo de la ética. Por otro lado, parece que dicen que cualquier decisión es injustificable porque es incorrecta, reprochable, injusta. En este segundo caso parecería se contradicen: si “por principio” es incorrecta e injustificable, entonces suponen que existe un principio moral y con él se fundamenta que toda decisión de ese tipo es incorrecta. La cuestión que surge entonces es cuál es ese principio y cómo lo fundamentan ellas, pero entonces sí que sería una cuestión filosófica. Les queda entonces sostener que tales decisiones no pueden ni justificarse ni condenarse, serían entonces o inocuas o trágicas, pero como seguramente no pensarán que son inocuas deben considerarlas trágicas.

La tesis de que hay conflictos trágicos que son *irresolubles*, es una tesis filosófica (o epistémica) sobre los límites de la razón.¹⁰ Pero también hay quienes consideran que las elecciones trágicas (o dilemas morales genuinos)

⁹ *Ibidem*, p. 337.

¹⁰ La tesis ha sido sostenida, por ejemplo, por Jon Elster, *Juicios salomónicos. Las limitaciones de la racionalidad como principio de decisión*, Barcelona, Gedisa, 1995; y por Terrance McConnell, “Moral Dilemas”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2010.

pueden resolverse, aunque siempre queda un resabio moral porque el costo es muy alto. Junto a autores que sostienen este tipo de tesis, están también quienes han rechazado que existan dilemas genuinos o casos trágicos (irresolubles). No es mi propósito ahora sostener cuál de las tesis es mejor filosófica o epistémicamente hablando, lo que creo es que los casos de triaje, por lo general, son *casos difíciles* pero no casos trágicos (irresolubles),¹¹ precisamente porque podemos tener criterios justificados para decidir.

Subsiste todavía otro problema para la tesis que estamos discutiendo: si el problema es moralmente irresoluble, cómo debe decidirse, suponiendo que de cualquier manera alguien tiene que decidirlo y suponemos (sin aceptar) que no puede resolverse moralmente. Decir que debe decidirse con criterios médicos no es errado, pero si este argumento se utilizara supondría que no hay conexión alguna entre los criterios médicos y los éticos, cosa que ya nos lleva a otro problema semejante al de si la política está (debe estar) desconectada totalmente de la moral. Otra forma de decidir sería de modo aleatorio, por azar, pero ello también requerirá alguna justificación, como veremos más adelante. Por donde vaya su argumento parece que irremediablemente se topará con alguna discusión filosófica.

2. *La negación del dilema ético entre salvar vidas (o proteger derechos) en situaciones de escasez de recursos*

La Comisión Nacional de Derechos Humanos afirmó en un comunicado de prensa que no había dilema, que todas las personas deben ser atendidas. Aunque no se elaboró un argumento propiamente filosófico, creo que esta afirmación es típicamente una afirmación (confusión) filosófico-conceptual que suele presentarse a menudo en discusiones sobre los derechos humanos.

...a CNDH llama la atención para que se tomen en cuenta cuestiones tales como la de saber si desde la perspectiva del bloque de constitucional (*sic*), la eventual aplicación de esta Guía violaría los derechos humanos de quienes no recibieran atención urgente debido a las circunstancias extremas de no disponer de recursos suficientes.

A partir del análisis desde el bloque constitucional de derechos humanos, es importante precisar que la Guía es contraria a disposiciones sobre el derecho a la salud vinculantes para México, tanto en el Sistema Universal como

¹¹ Sobre los casos trágicos puede verse Lariguet, Guillermo, “Conflictos trágicos genuinos, ponderación y límites de la racionalidad jurídica. En torno a algunas ideas de Manuel Atienza”, en *Isonomía*, núm. 24, 2006, abril, pp. 93-114.

en el Sistema Regional de protección de los derechos humanos, ya que es un documento que justifica que el Estado Mexicano no garantice el acceso efectivo a los bienes de salud a todos los pacientes con COVID-19, en este caso a los recursos de medicina crítica.

...

Los ciudadanos deben saber que, en estas circunstancias excepcionales, sus derechos más fundamentales continúan igualmente garantizados, porque las libertades y los derechos no se suspenden por muy difícil que sea el reto.

Los derechos humanos no deben ser objeto de ningún dilema.¹²

La afirmación de la CNDH supone ignorar que existen dos dimensiones: la normatividad y la facticidad (realidad), pues asume que lo normativo *es* y, por ende, termina negando que la realidad sea distinta; un viejo error no poco frecuente entre abogados, que se conoce como la falacia normativista.

Otra manera en que se presentó el argumento, ahora por parte de un ex presidente de la CNDH, Luis Raúl González Pérez, fue sosteniendo que las obligaciones en materia de derechos humanos harían inconstitucional pensar en un escenario como el que se plantea la Guía (de escasez de recursos de medicina crítica), dado que la obligación del Estado es prevenir que ello no ocurra y garantizar atención a todas las personas; así lo expresaba el ex *ombudsperson*:

Estas obligaciones constitucionales, que también se encuentran contenidas en diversos instrumentos internacionales suscritos por el Estado mexicano, no dejan espacio a dudas respecto a que la conducta debida por parte de los servidores públicos, en todo momento, es el cumplimiento de la ley, de las obligaciones que la misma les impone, lo cual lleva implícito el respeto y garantía de los derechos humanos de todas las personas.¹³

Es cierto que las obligaciones de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos obligan a todos los servidores públicos y a los órganos del Estado. Sin embargo, pasar de esta afirmación a negar la posibilidad de que entre derechos haya posibilidad de contradicciones o dilemas es una cuestión teórico-conceptual, también una cuestión ideológica. El iusnaturalismo del siglo XVII y más tarde el liberalismo del siglo XIX ofrecieron una visión romántica e idealizada de los derechos del hombre y

¹² Comunicado de Prensa DGC/137/2020, del 17 de abril de 2020. Puede consultarse en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-04/com_2020_137_0.pdf

¹³ González Pérez, Luis Raúl, "Ética y COVID-19", *Animal Político*, 22 de abril de 2020, disponible en: <https://www.animalpolitico.com/una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/etica-y-covid-19/>.

del ciudadano. Se pensaba que el único límite para ejercer los derechos era el no dañar a terceros, de modo que cada derecho tenía su propio límite y así todas las libertades podían armonizarse. Pero esto no era otra cosa que un buen deseo que se materializó en una ideología (liberal) que ocultaba el hecho de que el ámbito de las libertades (civiles y políticas), como lo viera Hohfeld¹⁴ desde principios del siglo XX, conlleva muchas veces confrontación y daño a otros, daño que en una sociedad capitalista está implícito en la idea de libertad económica y de empresa, pero que igualmente se encuentra presente en muchos otros ámbitos donde hay competencia. Ejercer libertades implica en ocasiones imponer los intereses de uno sobre los de otro, competir por un bien (un puesto laboral, un lugar en la universidad, una obra pública, una competencia deportiva, un premio artístico, etc.), implica que sólo alguno(s) puede(n) ganar, los demás pierden al no obtener el bien en cuestión y pueden perder lo que hayan invertido para conseguirlo (esfuerzo, tiempo, dinero, etc.). Que uno tenga derecho a la educación, a la salud y otros tantos bienes, no quiere decir que éstos puedan producirse o estén siempre disponibles para todos. El que exista un deber de garantizarlos es importante, pero los estados de cosas no se producen con sólo legislar al respecto; el paso de lo normativo a la fáctico no es automático, supone llevar a cabo acciones que no siempre consiguen sus objetivos. Ante situaciones donde no se ha logrado la garantía efectiva, el querer hacer una atribución de responsabilidad supone no sólo que el deber sea formalmente exigible (por ser parte de obligaciones genéricas), sino que ante la situación específica se pueda imputar tal responsabilidad porque no haya excusas válidas que oponer. En un sentido muy básico el deber implica poder. Si no es posible fáctica o humanamente hacer algo, entonces no se puede imputar responsabilidad. Hay otros criterios también para imputar responsabilidad, pero ahora no puedo detenerme en ese tema.

También importa distinguir el tipo de acción que se exige. Las normas ordenan muchas veces acciones complejas o alcanzar estados de cosas (normas de fin) que implican una evaluación sobre el conjunto de acciones que podrían realizarse para tratar de alcanzar el objetivo, sin que haya muchas veces una relación de causalidad necesaria entre tales acciones y el logro del estado de cosas. En el caso que nos ocupa, el Estado está obligado a ofrecer atención de cuidados críticos en la pandemia de COVID-19. Para ello, el gobierno federal puede, entre otras acciones, comprar respiradores; pero

¹⁴ Hohfeld, W. N., *Conceptos jurídicos fundamentales*, Fontamara, México, 1991. Véase también mi análisis de la obra de este autor, particularmente de su noción de libertad en Cruz Parceró, Juan Antonio, *El concepto de derecho subjetivo*, México, Fontamara, 2a. ed., 2017.

aun cuando se realice esta acción el objetivo puede no alcanzarse si no hay suficientes respiradores en el mercado, si no se logran producir a tiempo, si los que se compran no sirven de manera adecuada, o si los precios del mercado son tan altos que no se pueden adquirir en cantidad suficiente. La atribución de responsabilidad no puede pasar por alto que puede haber excusas justificables por las cuales no se logre cumplir con una obligación. Los casos claros de responsabilidad ocurren cuando los gobiernos no hacen nada, pero cuando los gobiernos hacen algo, pero no logran los resultados esperados, la evaluación sobre la imputación de responsabilidad se torna más compleja. Nada de lo dicho implica que no se pueda atribuir responsabilidad, se advierte solamente que no es suficiente no haber obtenido el resultado esperado. Esto ocurre así con muchos deberes asociados con derechos sociales, como el derecho a la salud.¹⁵

Los médicos y el personal de salud, en casos de emergencias sanitarias, donde un escenario de escasez de recursos es algo inevitable (al menos relativamente), no pueden estar obligados a brindar *atención a la salud* a todo el que la necesita. Humanamente no podrían ellos mismos multiplicarse, y tampoco podrían obtener los recursos que por razones ajenas a ellos no se lograron producir o adquirir con tiempo. El Estado mismo, su gobierno, puede estar en circunstancias semejantes: si por años gobiernos anteriores no invirtieron en salud, no se previeron escenarios catastróficos como una pandemia o habiéndolos previsto no destinaron los recursos suficientes, sería injusto responsabilizar —por ejemplo, a un nuevo gobierno— por algo que hicieron gobiernos anteriores, al menos responsabilizar a los funcionarios de ese gobierno como *causantes* del problema. Otra cuestión sería si el gobierno o el Estado deben responder o asumir una responsabilidad política o jurídica de forma vicaria (por otras consideraciones que pueden valer en esos ámbitos, aunque no exista la responsabilidad moral o causal).

Las ideas de la integralidad e interrelación de los derechos humanos, ideas aceptadas en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena (1993), supone que la protección de los derechos debe hacerse de manera que abarque a todos los derechos sin desconocer a algunos derechos o negarles su estatus de derechos humanos (cosa que se solía hacer con los derechos sociales), e implica que la vulneración de uno puede tener repercusiones en otros. Pero esta misma idea de la interrelación supone aceptar que cuando desde el Estado, por ejemplo, se canalizan recursos para la educación (y con ello para otros derechos relacionados), a su vez es posible que

¹⁵ Véase el capítulo 3 “Derechos sociales: clasificaciones, normas, acciones y fines”, en Cruz Parceró, Juan Antonio, *El lenguaje de los derechos*, Madrid, Trotta, 2007.

otros derechos queden menos protegidos. Si proteger derechos conlleva destinar recursos financieros y humanos a su protección, y si partimos de que esos recursos son normalmente escasos (relativamente escasos), programar el gasto público incide en qué derecho se verán más o menos protegidos (desde luego la protección y garantía de los derechos no depende solamente de los recursos que se destinen, también de que se haga un buen uso de ellos, haya una planificación adecuada, no haya corrupción y de otras tantas variables). Determinar cuánto dinero se destinará a la salud, cuánto a la educación, a la vivienda, a la seguridad pública, a la promoción del empleo, al desarrollo de la economía, a los pobres y otros grupos vulnerables como los adultos mayores o los niños, a la alimentación, etc., supone elecciones difíciles que son más delicadas en tanto menos recursos se tengan o más carencias o urgencias se tengan.

El criterio de *progresividad* de los derechos humanos supone por ello que las obligaciones para ser exigibles deben ser *razonablemente* determinadas en las circunstancias y condiciones donde los derechos humanos han de realizarse; de otro modo caeríamos en el absurdo de que el gobierno de países como Noruega, Japón o Alemania tienen las mismas *obligaciones concretas* que gobiernos como El Salvador, Haití o Costa de Marfil. Y aunque todos tienen las mismas obligaciones generales de proteger, garantizar, promover y desarrollar los derechos humanos, en cada circunstancia y contexto esas obligaciones se determinan o especifican de diverso modo y, en este sentido, la responsabilidad de los obligados también dependerá de ese tipo de circunstancias y contextos.

De modo que sostener que no hay dilemas, tensiones o contradicciones entre los derechos, o sostener que las obligaciones derivadas de los derechos humanos son incondicionales, supone trabajar con una mala teoría de los derechos o una concepción ideologizada de los mismos, y supone una mala teoría de la responsabilidad tanto moral, jurídica y política.

3. *El problema de los criterios utilitaristas*

El Observatorio Filosófico de México publicó un posicionamiento en contra de la Guía que suscribieron varios filósofos y filósofas; en su segundo punto se dice:

Las decisiones sobre la vida y la muerte de los ciudadanos no pueden ser basadas en criterios extraídos de la concepción utilitarista (citada expresamente en el documento, ya que se alude a Jeremy Bentham de una manera distorsio-

nada pues sus planteamientos distan de lo que propone la guía [*sic*], puesto que convierten a la persona en un objeto; recomienda una toma de decisiones basadas en la “utilidad” o “inutilidad” y violentan la dignidad de las personas, que es un principio esencial defendido por la bioética.¹⁶

Aunque la acusación es confusa (dado que se dice que los planteamientos de Bentham distan de lo que se propone en la Guía),¹⁷ trataré de interpretar la acusación de usar criterios utilitaristas de modo serio. Además, no fue la única vez que se hizo esta acusación, uno de los firmantes de la carta, Guillermo Hurtado —un destacado filósofo del Instituto al que pertenezco—, sostuvo que el principio de *salvar la mayor cantidad de vidas posible*:

...está fundado en la filosofía llamada utilitarismo. De acuerdo con esta doctrina, un acto bueno es aquel que tiene como consecuencia la mayor cantidad de beneficios para el mayor número de personas. El utilitarismo es una doctrina ética fundada en una regla cuantitativa. De aquí se desprende, por ejemplo, que es moralmente mejor salvar las vidas de cien personas que salvar las de noventa y nueve. Esta regla de acción vale en todos los casos. No importa que para salvar a esas cien personas se tenga que dejar morir o incluso sacrificar a unos cuantos (*sic*).

La Guía bioética toma esta regla como principio básico. De aquí se desprende que durante el pico de la pandemia los servicios de salud tendrán que usar sus recursos limitados para concentrarse en salvar a quienes tengan más probabilidades de sobrevivir, por encima de quienes tienen menos probabilidades. Instalar un respirador artificial a alguien que quizá sólo vivirá un par de horas es moralmente incorrecto, desde la perspectiva utilitarista, si hay otra persona que necesita el respirador y quizá se recupere en dos días. Aunque el primer paciente, el más grave, haya llegado primero al hospital, el respirador se le asignará al segundo, el menos grave, por más que éste haya llegado después. El objetivo final, recordemos, es salvar el mayor número de vidas, cueste lo que cueste. Sin compasión alguna.

...

Insisto, no pregunto si es la medida más eficiente. No, lo que pregunto es si es la más moral, ¿la que se ajusta mejor a nuestro concepto del bien?

...

¹⁶ Se puede consultar en: <http://www.ofmx.com.mx/inicio/wp-content/uploads/2020/04/Declaración-OFM-Guía-Bioética.pdf>.

¹⁷ Como he dicho antes, se pudo haber tratado de hacer otra interpretación, pero la actitud asumida era de denuncia o de confrontación, es claro que no se buscó una mejor interpretación, cosa que cualquier filósofo de los firmantes pudo haber intentado de haber asumido otra actitud.

Quienes defienden la Guía sostienen que es mejor tener un criterio que no tener ninguno. No estoy de acuerdo. Es mejor no tener un criterio que tener uno inhumano.¹⁸

En su texto no nos dice cuál sería el principio correcto, aunque supone que su argumento logra mostrar la *inhumanidad* de los principios utilitaristas que se utilizan en la Guía. Sugiere, sin decirlo de manera explícita, que sería injusto dejar de lado el principio de orden de llegada, que sería mejor, más humano, atender a quien va a morir en un par de horas que priorizar a quien se puede salvar. Curioso que sea esta conclusión la que implícitamente considera moralmente correcta, la más humana. Ya hablé en II.1. del principio de necesidad y parece que esta sugerencia hace a un lado este principio, parece entonces que la atención médica tiene algo así como un valor intrínseco y que no importa a quién se atienda ni qué resultados u objetivos busque la atención médica. Quizá la confusión de Hurtado se podría salvar diferenciando entre atención médica y otro tipo de atención, como son los cuidados paliativos, distinción que se encuentra en la Guía.

Ahora bien, decir que el principio de salvar el mayor número de vidas sea un principio que tenga que aplicarse “sin compasión”, “cueste lo que cueste”, frente a quienes no son beneficiados de la atención de cuidado críticos, no es algo que se desprende del principio. Nada impide que un principio como este se aplique *con compasión*. La afirmación supone algo así como la mala fe y la maldad de los utilitaristas y, en concreto, de quienes usen este principio de salvar el mayor número de vidas posible. Sencillamente creo que la conclusión que sugiere Hurtado no se sigue. En el proyecto de Guía (y en la versión final) se contemplaba continuar con atención hospitalaria, atención psicológica y de cuidados paliativos para quienes no fueran elegidos.

Es verdad que el utilitarismo tiene mala reputación entre muchos filósofos. El utilitarismo, según James Rachels, puede resumirse en tres proposiciones: a) las acciones se juzgan como correctas o incorrectas *solamente*

¹⁸ Hurtado, Guillermo, “Salvar el mayor número de vidas cueste lo que cueste”, *La Razón*, 21 de abril del 2020. Consultable en: <https://www.razon.com.mx/opinion/guillermo-hurtado-salvar-el-mayor-numero-de-vidas-cueste-lo-que-cueste/>. Véase también otros dos textos sobre la guía de este filósofo: “Hay vidas que valen más que otras”, *La Razón*, 25 de abril de 2020. Consultable en: <https://www.razon.com.mx/opinion/guillermo-hurtado-hay-vidas-que-valen-mas-que-otras/>, y “Dilemas fatales y decisiones éticas”, *La Razón*, 28 de abril de 2020. Consultable en: <https://www.razon.com.mx/opinion/guillermo-hurtado-dilemas-fatales-y-soluciones-eticas/>. Argumentos muy parecidos uso también Gabriel Vargas Lozano en “Ética del comité de bioética”, *La Jornada*, 18 abril 2020, consultable en: <https://www.jornada.com.mx/2020/04/18/opinion/006a1pol#.xptcpk1mr40.twitter>.

en virtud de sus consecuencias (consecuencialismo), *b*) al evaluar las consecuencias lo único que importa es la cantidad de felicidad o infelicidad que se crea (maximización y hedonismo), *c*) la felicidad de cada uno cuenta por igual.¹⁹

El hedonismo que se defendió por el utilitarismo clásico (Bentham y Mill), podemos dejarlo de lado en esta discusión, dado que ha sido ampliamente desacreditado y los mismos utilitaristas contemporáneos lo suelen rechazar. Además, es algo que no tiene nada que ver con el proyecto de Guía, pues en éste se alude a tres principios sospechosamente utilitaristas: *salvar la mayor cantidad de vidas posible, igual valor de las personas* y, como una excepción, *priorizar al personal médico*. El primero de estos principios implica mirar a los resultados (consecuencias): tratar de maximizar el salvar vidas, pues se asume que la vida es un valor fundamental. El segundo principio asume que las vidas humanas tienen igual valor, que no debe haber discriminación ni exclusión de nadie. El tercero, asume como una necesidad instrumental para garantizar los servicios de salud, priorizar la atención y acceso a las UCC al personal de salud que está en primera línea en la lucha contra la pandemia.

Al utilitarismo se le ha reprochado, con acierto, que la utilidad (la maximización de un bien) *no es lo único* que importa para determinar si una acción es correcta o no lo es. Pero hay que recordar que el utilitarismo surgió históricamente como una reacción a una concepción opuesta, donde la corrección de una acción se evaluaba de conformidad con alguna regla o principio moral, sin mirar a las consecuencias que pudiera producir (en una época donde además esas reglas eran principalmente las de una moral cristiana), de esta forma la idea sería que hay ciertas cosas que no se deben hacer (o que están ordenadas) sin importar qué consecuencias tengan. Así vistas estas dos posturas, el *deontologismo* y el *utilitarismo* (o consecuencialismo), parecen posturas opuestas con graves problemas cada una y muy exigentes para quienes las suscriban en la práctica.

Pienso que hoy día la mayoría de las posturas morales saben que hay varias cuestiones que son importantes para la moral, que nos deben importar los principios, los valores, los derechos, los deberes, las virtudes, pero también las consecuencias (y los números, como suele decirse). Desde el mismo deontologismo y el mismo utilitarismo (por ejemplo, el llamado *utilitarismo de regla*, aunque por diversas razones —que aquí no analizaremos— no resultó del todo atractivo), se ha tratado de dar cabida a esta pluralidad de criterios importantes, de buscar vías intermedias.

¹⁹ Rachels, James, *Introducción a la filosofía moral*, México, FCE, 2013, p. 167.

Una de estas corrientes intermedias se define como no consecuencialista. La idea del no-consecuencialismo es que la corrección o la incorrección de una conducta no está determinada *solamente* por la bondad o maldad de las consecuencias de nuestros actos o de las reglas a las que nuestros actos se conforman.²⁰ Los no-consecuencialistas se toman en serio la segunda formulación del Imperativo categórico de Kant que ordena siempre tratar la humanidad de uno y de los demás como fin en sí mismo y nunca *sólo* como un medio. De aquí derivamos el deber de tratar a las personas como fines por sí mismas y la prohibición de tratarlas solamente como medios.²¹ David Ross,²² quien ha inspirado a muchos filósofos (y a muchos juristas) contemporáneos, sostuvo la idea de que hay muchos deberes *prima facie* (de no dañar, de beneficiar, de gratitud, de justicia, incluido el deber de maximizar el bienestar), que estos deberes suelen entrar en conflicto y que no hay una sola escala para determinar cuál de ellos deba prevalecer. Que los deberes puedan ser inconmesurables no significa que no podamos tomar decisiones correctas en casos de conflictos.²³

Lo importante aquí para mi argumento es que el no consecuencialismo no rechaza que las consecuencias (la maximización, los números) cuenten moralmente. Sería, si no absurdo, al menos muy extraño que no contaran. Este tipo de postura ha puesto algunos ejemplos paradigmáticos, uno de ellos es el famoso caso del tranvía:²⁴ un tranvía baja por la vía sin freno y de no desviarse matará a cinco personas, un guardavía que lo ve venir puede desviarlo hacia otra vía donde mataría a una persona. En este caso el utilitarismo diría que la única solución correcta sería desviarlo para salvar a cinco, aunque muera una persona; el deontologismo diría que el guardavía no debe hacerlo porque ello equivaldría a matar.²⁵ La mayoría de los no consecuencialistas (y de quienes buscan una posición intermedia) estarían de acuerdo que en este tipo de casos salvar a cinco es la conducta correcta, aunque si las circunstancias fueran distintas, podrían considerar que salvar a cinco a

²⁰ Kamm, F. M., *Intricate Ethics. Rights, Responsibilities, and Permissible Harm*, Oxford University Press, EUA, 2007, p. 11.

²¹ *Ibidem*, p. 13.

²² Ross, David W., *The Right and the Good*, Oxford University Press, Oxford, 1930.

²³ Por cierto —y a propósito de lo que discutíamos en el apartado II.1—, Ross niega que haya dilemas morales genuinos, pues en una situación concreta siempre habrá un deber o un valor que tenga más peso.

²⁴ Para una extensa e interesante discusión sobre este caso véase Kamm, F. M., *The Trolley Problem Misteries*, Oxford University Press, EUA, 2015.

²⁵ Aquí asumo que defensores de esta posición suelen distinguir entre obligaciones negativas y positivas, siendo las negativas obligaciones perfectas, con mayor peso que las obligaciones de hacer o imperfectas.

costa de uno no siempre es lo correcto, por ejemplo, si fuese la hija del guardavía la involucrada, éste no tendría por qué preferir a los otros cinco, pues se puede admitir que las relaciones especiales de las personas cuentan moralmente y que no le sería moralmente exigible al guardavía sacrificar a su hija. Otros tantos casos podrían hacer que salvar a cinco no fuese la opción correcta, pero se trataría, precisamente, de circunstancias especiales. Si todas las consideraciones permanecen igual, la importancia moral de los números en cuestiones que atañen a las políticas públicas parece difícil de ponerse en duda. Pero habrá que ser cautos cuando afirmamos que los números cuentan moralmente. En realidad, cuando decimos esto estamos afirmando que las vidas humanas tienen valor y que una persona más que es salvada añade valor a nuestra acción, de modo que el principio de salvar el mayor número de vidas posible se justifica en parte no sólo por los números sino, porque las vidas las consideramos moralmente valiosas y fallaríamos en considerarlas igualmente valiosas si no se aceptara tal principio.²⁶

La pregunta, volviendo a la Guía bioética, es si estamos adoptando una concepción utilitarista (“cueste lo que cueste”), o una concepción más parecida al no-consecuencialismo. Si revisamos el proyecto de Guía²⁷ podemos encontrar lo siguiente:

- a) Se aplicará exclusivamente para casos especiales donde la capacidad de las unidades de cuidados críticos está sobrepasada;
- b) Se asume el principio de necesidad médica;
- c) Se rechaza el principio de orden de llegada por ser discriminatorio;
- d) Se reconocen que en la práctica médica en situaciones ordinarias operan los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia;
- e) Se asume que en la salud pública el principio que gobierna es el de justicia social, y que en una situación de pandemia rige principalmente este principio;

²⁶ El argumento es de Scanlon, Thomas S., *What We Owe to Each Other*, Harvard University Press, Cambridge Mass., 1998, p. 232. Aunque dije que es difícil de poner en duda la afirmación de la relevancia moral de los números es algo que se ha hecho por algunos filósofos, entre los más destacados Anscombe, G. E. M., “Who is Wronged?”, *The Oxford Review*, núm. 5, 1967, pp. 16 y 17. Anscombe trata de refutar un ejemplo de Philippa Foot en favor de la doctrina del doble efecto, en “The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect”, en esa misma revista, pp. 5-15.

²⁷ En la versión final aprobada, se eliminó el criterio de salvar la mayor cantidad de vidas por completarse y se incorporó en su lugar (casos de empate) priorizar a personas que pertenezcan a grupos vulnerables y en última instancia se mantiene decidir aleatoriamente.

- f) Se asume como principio de justicia social que todas las personas tienen un mismo valor, que se traduce en el principio de no exclusión y se reconoce un igual derecho a recibir atención médica;
- g) Se sostiene que características como la edad, sexo, afiliación política, discapacidad y riqueza no excluyen a ningún paciente de ser candidato para recibir atención médica;
- h) El objetivo de la salud pública en una pandemia es tratar el mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas, y
- i) Finalmente, en casos donde los pacientes presenten circunstancias equivalentes (empates), se propone usar el criterio de salvar la mayor cantidad de vidas por completarse, y de no poderse usar éste se recurre en última instancia al azar.

Si contemplamos todos estos criterios, resulta muy difícil entender que detrás de ellos exista una concepción utilitarista que se aplique “cueste lo que cueste”. Es verdad que en el proyecto de Guía se citaba a Bentham en apoyo de la idea de que todas las personas poseen igual valor (“cada uno cuenta por uno, nadie por más de uno”). Pero ¿justifica la alusión al padre del utilitarismo que se dejen de ver principios de no exclusión y discriminación, que se parte del reconocimiento de la titularidad de derechos humanos en condiciones de igualdad y, particularmente, del derecho de acceso a la atención de la salud? Reconozco que quizá fue un error de comunicación citar a Bentham, era innecesario, pero creo que la interpretación utilitarista de la Guía es una distorsión propia de algunos filósofos para quienes solo existen dos alternativas, ser utilitarista (consecuencialista) o ser deontologista (algunos se dicen humanistas). Particularmente yo no me considero utilitarista, pero no dejaría de reconocer la pertinencia de ser sensibles a las consecuencias y de adoptar en algunas circunstancias, como la de una pandemia, algún o algunos criterios utilitaristas, que quedan a mi modo de ver justificados por su relevancia en este tipo de situaciones y por que son compatibles con otras consideraciones morales que consideramos importantes (derechos, deberes, principios).

4. *¿Hay vidas más valiosas que deban preferirse en el triaje?*

¿Podríamos sustituir el principio de salvar la mayor cantidad de vidas posible por algún otro? Tratar a los pacientes en orden de llegada sin considerar la necesidad o la probabilidad de que puedan salvarse sería francamente una pésima política de salud, una muy irresponsable, que

ocasionaría más muertes e injusticias. ¿Se podrían usar otros criterios como el mérito o demérito, valor social, las relaciones personales, los intereses de terceros, el interés manifiesto de los pacientes?

En el debate público se hicieron ese tipo de propuestas, muchas veces acompañadas con descalificaciones racistas, clasistas o de otra índole. Pero también algunos filósofos presentaron argumentos y dudas más serias. Héctor Zagal²⁸ por ejemplo, se preguntaba si habría que darle prioridad a un joven frente a un funcionario adulto mayor de alto rango, o frente a un adulto que mantiene una familia, o frente a un delincuente. En sus preguntas, me parece, estaba implícita la sugerencia de que criterios como el valor social (rango), la responsabilidad de la persona, o las relaciones con terceros podrían ser un criterio relevante en el triaje. Zagal no justifica sus sugerencias, apela simplemente a nuestras intuiciones, o mejor dicho, a algunas intuiciones, pues como veremos apelando a nuestras intuiciones también podríamos ver por qué tales criterios alternativos son irrelevantes en esta situación.

No niego que criterios como el mérito o el valor social suelen ser relevantes moral y socialmente, sin embargo, la cuestión es si siempre son relevantes, o si en el caso específico que contempla la Guía deben ser tomados en cuenta. Estos criterios suelen usarse en distintos ámbitos sociales, pero rara vez exigimos se usen en todos. El que vengan aconsejados en cierta situación, no implica que siempre lo sean, o que sean dejados de lado en alguna situación no implica recomendar su desconocimiento en otras situaciones. Es poco práctico pensar que un equipo de triaje médico de una UCC en una situación de pandemia donde las decisiones deben ser tomadas lo más rápido posible, podría tener la información relevante para poder evaluar quien tiene más méritos académicos, profesionales, económicos, políticos, artísticos o de alguna otra dimensión personal o social. Pedir que los pacientes lleguen, por ejemplo, al hospital con su currículum o con sus constancias de pago de impuestos, o con testigos para dar fe de su conducta responsable (algunos parecían sugerían esto), es verdaderamente un desatino. Conformar comisiones de triaje con expertos en otras tantas disciplinas para evaluar tales criterios también es irrazonable. A pesar de que en ciertas circunstancias sea razonable evaluar a las personas por algún tipo de mérito o valor social, incluso aceptando que en el ámbito médico esos criterios puedan ser relevantes en algunas ocasiones, no parece ser claro que en las condiciones de una pandemia, en una situación de triaje para acceder a una UCC, sean relevantes tales criterios. Aceptarlos en una guía supondría po-

²⁸ Zagal, Héctor, “¡Que se mueran los débiles!”, *24 horas*, 21 de abril de 2020, consultable en: <https://www.24-horas.mx/2020/04/21/que-se-mueran-los-debiles/>.

ner de lado el principio de salvar el mayor número de vidas posible y optar por un principio elitista de salvar el mayor número de personas valiosas o con más méritos, principio que iría en contra de la igual dignidad y valor de las personas.

De por sí, como ha sostenido Arnoldo Kraus en algunas de sus intervenciones en medios, en México vivimos los efectos de dos pandemias, la de COVID-19 y la de la pobreza; la pobreza ya de por sí es una especie de triaje que selecciona a los más ricos para sobrevivir.²⁹ Reafirmar el igual valor, igual dignidad e iguales derechos de las personas supone oponerse a esa realidad que discrimina y excluye en los hechos, y que ha sido parte de los problemas que tenemos en nuestro sistema de salud.

5. ¿Priorizar en el triaje implica violar derechos o perpetrar un homicidio?

Argumentos como los analizados, vertidos por la CNDH y otros participantes en el debate, apuntaban a que el triaje implicaría, de llevarse a cabo, la violación de derechos humanos e incluso que los médicos podrían incurrir en la comisión de un homicidio.

Nada más falso que esto, pero veamos por qué. Se suele atribuir a Tomás de Aquino la formulación del principio del *doble efecto* para justificar matar a otro en legítima defensa (mientras sea proporcional la respuesta). La idea básica sería que una acción es lícita o moral si persigue un fin valioso, aunque de ella se desprenda o pronostique un resultado malo (doble efecto).³⁰ A lo largo de siglos los filósofos y juristas han discutido y refinado las condiciones para que sea legítimo invocar la doctrina del doble efecto. Ya vimos en II.3. el ejemplo paradigmático del tranvía, según el principio del doble efecto, la acción de desviar el curso del tranvía, aunque sea una acción voluntaria que anticipa una muerte, no puede considerarse moralmente incorrecta, ni ilícita (un homicidio), dado que su propósito es legítimo: pretende salvar a cinco vidas.

El principio del doble efecto ayuda a legitimar una acción que causa daño, siempre que el daño previsto, no querido, sea proporcional. La discusión sobre el principio del doble efecto ha sido filosóficamente intensa y así

²⁹ Puede verse su comentario en una nota de *El Universal*, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-util-considerar-voluntad-anticipada-en-contingencia-por-covid-19-kraus>.

³⁰ Para mayores detalles, véase McIntyre, Alison, “Doctrine of Double Effect”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2018, consultable en: <https://plato.stanford.edu/entries/double-effect/>.

como hay defensores de este principio, hay también quienes han planteado dudas sobre el alcance y condiciones bajo los que debería operar el principio. Esta cuestión no la puedo abordar aquí pues sobrepasa los propósitos del trabajo. Me quedo con el señalamiento de que quienes equiparan el triaje con un homicidio, tendrían muchos problemas para justificar otras conductas que se consideran lícitas o moralmente correctas, como la legítima defensa o prácticas médicas cotidianas que suponen tomar riesgos, incluso de muerte, al medicar o al realizar intervenciones quirúrgicas.

Por lo demás, ya hemos dicho que suponer que hay una violación de derechos humanos en caso de que alguien no sea priorizado en el triaje, supone asumir una mala teoría de los derechos, además de ignorar el principio del doble efecto.

6. *La afirmación que en la Guía se discrimina a los adultos mayores*

Hay dos formas en que podemos entender la idea de discriminar: una que implica solamente la idea de distinguir o separar, y otra normativa, que implica que estamos frente a una distinción o trato injustificado o arbitrario. Discriminar a los adultos mayores en el segundo sentido supone ya la ilegitimidad del acto, en el primer sentido no.

Las categorías prohibidas constitucionalmente, llamadas también criterios sospechosos (sexo, religión, edad, preferencia sexual, etc.), suponen que su uso en leyes o políticas públicas está *prima facie* prohibido (o es sospechoso); esto significa que tomando en consideración todas las cuestiones relevantes en casos específicos, algunas veces puede justificarse el uso de alguna de estas categorías. Su uso legítimo exige una justificación adecuada que muestre que no son violatorios de derechos o que existen razones que ponderan su utilización frente a otros derechos que pueden verse afectados.

Hay que reconocer que en el proyecto de Guía se explicó muy mal el criterio de “salvar la mayor cantidad de vidas-por-completarse”, pues efectivamente en el proyecto hay imprecisiones, malos ejemplos y confusión sobre este principio.³¹ El criterio, que es ampliamente usado en el ámbito

³¹ En el proyecto se sostuvo, “Asignar recursos escasos de medicina crítica para salvar el mayor número de vidas durante una emergencia de salud pública genera, al menos, dos dilemas. Primero, cómo asignar recursos escasos cuando dos (o más) pacientes son similares en características (*i. e.* edad, comorbilidades, gravedad de la enfermedad) y pronóstico médico... Segundo, cómo asignar recursos escasos cuando la prognosis es similar pero la diferencia de edad entre los pacientes es significativa. Por ejemplo, cuando solo tenemos un ventilador y hay dos pacientes: un paciente A de 80 años y un paciente B de 20 años. Supongamos que si paciente A recibe el ventilador ella vivirá 7 años más y si paciente B recibe el ventilador ella

médico sin dejar por ello de ser polémico, supone que cuando dos personas reúnen un puntaje similar en el mecanismo de triaje, *como un segundo criterio para desempatar casos* se preferiría a aquél que tuviera más años de vida por completar (lo cual no necesariamente beneficia al más joven). Esto no supone entonces discriminar a los pacientes de la tercera edad, e incluso el caso a resolver podría darse entre dos pacientes de la tercera edad. Además, este principio para desempatar se utiliza cuando la diferencia de vidas (años) por completar es significativa (no una marginal).

Sin embargo, es verdad que estadísticamente el criterio sí puede llegar a traducirse en preferir al más joven (o al menos viejo), y ello lleva a pensar cuál puede ser la justificación de este criterio. En el proyecto se ofreció una justificación: se prefiere a quien perdería más años por vivir, porque el valor de la vida está en las oportunidades valiosas futuras.

Guillermo Hurtado señaló uno de los problemas con esta justificación. Atendiendo al valor meramente cuantitativo (el tiempo de vida), nos dice, pueden ofrecerse dos respuestas: la primera, la vida de alguien vale por la cantidad de años que aún tiene por vivir (teoría del valor futuro); la segunda, la vida de alguien vale por la cantidad de años que ha vivido (teoría del valor pretérito). Para la primera, por ejemplo, la muerte de un bebé o un niño es más grave que la muerte de un viejo, para la segunda es lo inverso. El utilitarismo, nos dice Hurtado, puede adoptar cualquiera de los dos puntos de vista. Pero esta aparente aporía tiene una solución, lo que él llama una teoría del valor presente, de donde resulta que cada vida vale lo mismo, pero luego reconoce que:

vivirá 65 años más... Una vida-por-completarse se debe de entender como aquella que aún no ha pasado por los diferentes estados de desarrollo bio-psico-social humanos (i.e. infancia, adolescencia, edad adulta, vejez). Y de entre las vidas-por-completarse hay que elegir aquellas que están en etapas más tempranas. Ahora, en lugar de realizar distinciones de edad de veta fina (por meses o días, por ejemplo) lo que se propone son las siguientes categorías clasificatorias: 0-12, 12-40, 41-60, 61-75, y +75. Utilizar el principio de vidas-por-completarse podría parecer injustamente discriminatorio hacia los adultos mayores, pero esto no es así. Y para entender por qué, se tendrá que remontar a la pregunta: por qué la muerte es mala para nosotros. La respuesta a esta pregunta es que la muerte es mala para nosotros porque nos priva de oportunidades valiosas futuras. Ello quiere decir que por lo general la muerte priva a los jóvenes de un número mayor de bienes que a aquellas personas que ya han pasado por dicha etapa vital. Por lo tanto, un sistema de asignación de recursos escasos que favorece salvar la mayor cantidad vidas-por-completarse es un sistema que prioriza a aquellos que por lo general perderían más si murieran”. Y más adelante se reiteraba, pero se terminaba identificando con el criterio de edad: “En caso de que exista un empate en el puntaje de priorización entre dos o más pacientes el proceso para resolverlo será el siguiente. En un primer momento se deberá de recurrir al principio vida-completa. Ello quiere decir que pacientes más jóvenes han de recibir atención de cuidados intensivos sobre pacientes de mayor edad”.

Se podría objetar que la teoría del valor presente no nos ayuda para decidir a quién hemos de salvar en un caso extremo: al anciano o al recién nacido. En efecto, no sirve para tomar aquella decisión. Eso no significa, sin embargo, que no sea la menos mala de las tres teorías descritas.³²

Desde luego tiene razón al señalar que el criterio adoptado en el proyecto no es la única opción, ni es la única que apoyarían nuestras intuiciones. El problema es que su propuesta no puede ofrecer ninguna solución, como él mismo lo nota. De hecho, el problema es que lo que llama la teoría del valor presente está ya presupuesta en el problema: todas las vidas son valiosas, todas las personas tienen la misma dignidad, valen igual; el problema ahora es qué criterio usar en situaciones donde tenemos que elegir a quién atender en una pandemia.

El problema es difícil, pero sacándole la vuelta no se avanza. Se podría entonces estar de acuerdo con la idea de que la filosofía (la ética o la moral) no sirve para estos casos, pero no creo que Hurtado comparta esa tesis que ya discutimos en II.1. De forma que el camino es buscar algún criterio que pueda justificar una decisión difícil de este tipo. Desde luego que no sólo tenemos las opciones que refiere Hurtado, el criterio de vidas por completarse es una variación de lo que llama la teoría del valor futuro o quizá un presupuesto de esa teoría.

El criterio de salvar la mayor cantidad de vidas por completarse fue al final abandonado en la versión que se aprobó de la Guía bioética. Creo que las razones para retirarlo consistieron en reconocer que la redacción original fue defectuosa y generó la idea de que se pretendía discriminar a las personas mayores; la otra es que se consideró que incluso cuando se mejorara la redacción y se aclarara el principio, la percepción pública ya no iba a cambiar. No dejo de reconocer que el principio es polémico, se trata de un tema donde a pesar de que nuestras intuiciones pueden ser fuertes, no alcanzan para justificar un principio así. Ya hemos dicho que los números importan moralmente, pero tampoco esto significa que sean decisivos siempre, y cuando las decisiones implican, además, diferencias marginales, ni siquiera es obvio que deban contar. Este también fue un problema del proyecto cuando presentó una segmentación de edades para “facilitar” la toma de decisiones.

Ruth Macklin, experta en bioética, advirtió precisamente estos problemas en la Guía y celebró que se hubiera retirado el criterio de vidas por

³² Guillermo Hurtado, “¿Hay vidas que valen más que otras?”, *La Razón*, 25 de abril de 2020, consultable en: <https://www.razon.com.mx/opinion/guillermo-hurtado-hay-vidas-que-valen-mas-que-otras/>.

completarse.³³ Sin embargo, sus argumentos no me parecen contundentes. El tema del valor de la vida es fundamental en bioética, pues más allá de la situación que se prevé en la Guía bioética, existen otros muchos contextos donde este tipo de decisiones se toman (trasplantes de órganos, diálisis, situaciones de desastre, etc.). En este sentido la discusión sobre la relevancia moral de la edad es un tema estrechamente relacionado. Por lo general, todos valoramos nuestra vida y valoramos el tiempo que nos resta por vivir sin importar la edad que tengamos. Sin embargo, quizá una intuición mayoritaria sea que pierde más quien puede vivir más y pierde menos quien menos tiempo puede vivir. Vivimos comúnmente como más trágica la pérdida de la vida de una niña, que la de una mujer anciana (quizá con independencia de los años que le resten por vivir a cada una). La intuición se apoya en la idea de que normalmente consideramos que hay una edad que representa un umbral de lo que significa haber vivido una vida razonable (en términos cuantitativos, no cualitativos). Por ejemplo, si pensamos que ese umbral está en los 70 años, consideramos que quienes no llegaron a tal edad vieron truncada de manera injusta su vida, mientras que quienes viven más son afortunados por vivir más tiempo.

Pero el argumento contra la edad afirmaría que la edad nunca puede ser un criterio relevante de decisión en este tipo de situaciones, o como afirma Macklin, no puede ser un criterio de justicia o equidad (*fairness*). Desde luego que usar un criterio de edad puede ser problemático en muchos casos, especialmente cuando las diferencias son marginales, supongamos que un paciente tiene una expectativa de vida de 30 años y otro una de 29; en este tipo de casos nuestras intuiciones sobre preferir a quien tiene la expectativa de vida mayor no parecen ser muy convincentes. Tampoco serían definitivas al evaluar si una persona vivió o no una vida razonable, por ejemplo, si una muere a los 69 y otra a los 71 años. En este sentido, acepto que el que Guía haya establecido rangos de edad (ver nota 32) fue un error.

Sin embargo, aún podríamos decir —siguiendo a John Harris—, que mientras siempre es *desafortunado* que alguien muera cuando quiere seguir viviendo, no es una tragedia morir a una edad avanzada; pero siempre que alguien muere prematuramente además de ser desafortunado es una tragedia.³⁴ Aunque “edad avanzada” y “prematamente” son conceptos vagos, conviene dejarlos así, pues el argumento nos sirve cuando personas razonables pueden estar de acuerdo que estos conceptos se aplican a la situación

³³ Véase Macklin, Ruth, “Allocating medical resources fairly. The CSG bioethics guide”, en *Salud Pública de México*, 62, consultable en: <https://doi.org/10.21149/11486>.

³⁴ Véase Harris, John, *The Value of Life*, Routledge, Londres-Nueva York, 1985, p. 93.

en cuestión, cuando no (si la diferencia por ejemplo es marginal), entonces el argumento contra la edad se volvería relevante.³⁵

Usar como argumento en contra de uso del criterio de la edad, que es posible que alguien joven muera antes que una persona mayor, o que alguien a quien se le da prioridad porque se espera viva más que otro, podría morir de un accidente al día siguiente, etc., no me parecen argumentos pertinentes para dejar de usar criterios generales, pues a todo criterio o norma general se le aplicaría entonces este tipo de salvedades para impugnarlos.

Queda entonces abierto el tema de si usar la edad es o no un criterio discriminatorio en situaciones de este tipo. Yo acepto que, en principio, hay que revisar a fondo este tipo de criterios, que se trata de criterios sospechosos, pero que pueden tener en algunas circunstancias una adecuada justificación.

7. *El azar como criterio*

Precisamente como es difícil justificar criterios ulteriores para preferir a las personas que deben ser tratadas, otra de las opciones comunes en la práctica de triaje es usar un criterio de azar (volado, sorteo, etcétera). Pero a muchos les pareció un insulto, una falta de respeto al valor de la vida, que se considerara esta posibilidad. En ocasiones parece que lo que ofendía era el lenguaje, que se hablara de “echar un volado”.

Tanto en el proyecto como en la versión final, la decisión por medio del azar se plantea como un último recurso frente a situaciones donde los otros criterios no sirvan para decidir a quién priorizar. El azar en este sentido es un procedimiento equitativo e imparcial, y en vista de no poder recurrir a algún otro criterio, se considera un procedimiento imparcial para decidir a quién se va a priorizar.³⁶ La utilización del azar como criterio sería criticable si se propusiera como medida principal para tomar este tipo de decisiones, quizá muchos que criticaron la Guía no advirtieron que no se proponía como primer método de decisión, ni como segundo, ni tercero, era un último criterio. Quien diga que “echar volados” es una falta de respeto al gremio médico y a la vida humana, tendría que ofrecer algún argumento.

³⁵ *Ibidem*, p. 94.

³⁶ Véase Ortiz Millán, Gustavo, “La Guía Bioética, la equidad y el criterio de aleatoriedad”, *Este País*, 24 Abril de 2020, consultable en: https://estepais.com/tendencias_y_opiniones/la-guia-bioetica-la-equidad-y-el-criterio-de-la-aleatoriedad/; también González Placencia, Luis, “La Guía Bioética versión 30.04.20”, *Animal Político*, 2 mayo de 2020, consultable en: <https://www.animalpolitico.com/phronesis/la-guia-bioetica-version-30-04-20/>.

Paulina Rivero, por ejemplo, sostuvo que antes de usar este criterio todavía quedaban algunas otras formas racionales de decidir, como considerar los deseos de vivir de un paciente, su estado anímico, si tenía dependientes económicos o considerar si tiene quién le cuide al salir del hospital.³⁷ El problema, como ya advertimos, es si es razonable que un comité de triaje esté posibilitado para utilizar estos criterios. Pero, supongamos sin conceder que pueda usarlos, qué pasaría si tales criterios entran en conflicto, que los dos pacientes tienen el mismo número de dependientes; o uno tiene dependientes y el otro no pero el otro, pero éste último tenga más deseos de vivir que el otro (suponiendo que ello pueda determinarse). Nuevamente tendríamos un empate, ¿qué sigue entonces?, ¿echarse un volado sería una falta de respeto por la vida? La única alternativa sería decidir por algún otro criterio arbitrario.

Al final, tanto el proyecto de Guía como la versión corregida que fue aprobada, contemplan distintos principios y criterios que han de considerarse: salvar el mayor número de vidas, el principio de necesidad, la probabilidad de supervivencia, priorizar al personal de salud que se enfrenta a la pandemia, atender a información científica que puede resultar relevante, priorizar a personas que pertenecen a grupos vulnerables³⁸ y, finalmente, decidir en caso extremo por azar.

Frente a la ausencia de otros criterios que pudieran ser relevantes en situaciones como las que se están contemplando (hemos ya descartado la pertinencia de considerar cuestiones cualitativas en estas circunstancias), decidir al azar se torna equitativo y una forma de evitar que se introduzcan prejuicios y se discrimine a las personas.

Queda mucho por seguir discutiendo y por profundizar. Es importante que temas como éstos se discutan en foros públicos, como fue discutida esta Guía, la calidad de los debates siempre puede mejorar, los filósofos y demás expertos deberíamos ser capaces de elevar los niveles de discusión. A veces ello no se consigue porque se politiza la discusión y porque, peor aún, se discute con mala fe, se pretende derrotar a un adversario a costa de distorsionar lo que dice, o se busca atribuirles la peor interpretación

³⁷ Rivero Weber, Paulina, “La Guía Bioética”, *Milenio*, 20 de abril de 2020, consultable en: <https://www.milenio.com/opinion/paulina-rivero-weber/el-desafio-del-pensar/la-guia-bioetica>.

³⁸ En la última versión de la Guía, se introdujo por sugerencia de organismos como la CDHCDMX, la Copred y Conapred, los criterios que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos consideró respecto de la atención a personas que pertenecen a grupos vulnerables, y que publicó en la Resolución 1/2020, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, 10 de abril de 2020, consultable en: <http://oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>.

posible a sus afirmaciones. La deliberación en una democracia desde luego implica confrontación política de ideas, pero si los actores no se conducen con buena fe es imposible que la deliberación tenga algún valor. Personalmente estoy agradecido con quienes, sin importar si estuvieron a favor o en contra del proyecto, lograron presentar razones y argumentos, incluso dejar preguntas abiertas; eso es lo que enriquece y fortalece una decisión o una política pública.

MORIR EN TIEMPOS DE PANDEMIA

CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO, ÉPOCA DE COVID-19

Robert HALL
Bernardo GARCÍA CAMINO
Eugenio MIRANDA GARCÍA

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Planteamiento inicial*. III. *Diagnóstico de los cuidados paliativos en México*. IV. *Necesidades específicas de cuidados paliativos en COVID-19*. V. *Propuestas de aplicación*. VI. *Conclusiones*.

I. INTRODUCCIÓN

Si bien, los cuidados paliativos, vistos como un acompañamiento en el momento de la muerte, tienen referencias desde la antigüedad, distintos eventos han cambiado la consideración sobre la muerte y el modo de morir.

Por un lado, la Primera Guerra Mundial retiró la muerte del lenguaje cotidiano, a causa, primero, de la pérdida masiva de vidas, y, en segundo lugar, a causa del desarrollo científico-tecnológico, que permitió una atención distinta a padecimientos, que derivó en el alargamiento de la expectativa de vida, lo que modificó sustancialmente los modos en que se ve la muerte y las formas de morir. La posibilidad de mantener viva a una persona al estar conectada a distintos aparatos implicó que se cuestionara la ética o la procedencia del retiro de ese soporte vital.

Durante el siglo XX, según refiere Víctor Méndez Baiges,

como consecuencia del desarrollo de la ciencia médica, la muerte y la medicina acabaron encontrándose cara a cara, por decirlo así, y apareció un nuevo modo de morir, el cual se caracteriza porque en él la muerte se encuentra medicalizada y mediada por la tecnología. Este es el origen del que hemos llamado modo tecnológico de morir”.¹ Además, se profundiza la especialización en la ciencia médica, se abren nuevos modelos de hospitales y las personas dejan de morir acompañados por su familia en casa; ahora, el personal de

¹ Méndez-Baiges, Víctor, *Sobre morir, eutanasias, derechos, razones*, Madrid, Trotta, 2002, p. 28.

salud “lucha” por la vida de los pacientes, dándoles “nuevas oportunidades” y hasta es posible que mueran conectados a distintos artefactos y aislados de todo contacto humano.

La posibilidad de trasplantes provocó el cambio —legal— del concepto de muerte para permitir que se extraigan órganos de alguien que “respira” y cuyo “corazón late”, pero que está muerto.

Debemos agregar la incorporación de los derechos de los pacientes en el tratamiento, mediante los cuales estos pacientes pasan de ser meros receptores de las indicaciones médicas, a ser quienes, en ejercicio de su autonomía —como una expresión de libertad—, otorgan el consentimiento informado y determinan la forma en que pasarán sus últimos días. De esta forma, surgió la necesidad de una atención integral de los cuidados, en la que se busca la comodidad del enfermo, más que una curación, pues ésta ya no es posible. El cambio de objetivo —de curar a cuidar— no lo releva de ser parte de la atención de salud.

El COVID-19 volverá a modificar(nos) la forma en que vemos a la muerte y cómo queremos e imaginamos morir. Los cuidados paliativos son parte esencial en el proceso del término de la vida.

Por ello, en este capítulo revisaremos cómo se consideran a los cuidados paliativos, cuáles son los distintos diagnósticos internacionales que revisan su situación en México, qué cambios ha provocado el COVID-19, a nivel mundial, en la implementación y necesidad de los cuidados paliativos y, por último, propondremos una metodología para aplicarlos en la realidad del contexto mexicano.

II. PLANTEAMIENTO INICIAL

Los cuidados paliativos consideran el proceso de la muerte como algo natural y normal, por lo que no buscan acelerar o retrasar este proceso. Son, según define el Ministerio de Sanidad español,

...la asistencia integral del paciente en situación avanzada, progresiva de su enfermedad. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. Es primordial el control del dolor y otros síntomas y la provisión de apoyo psicológico, social y espiritual. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son aplicables a estadios tempranos de la enfermedad.²

² Ministerio de Sanidad y Política Social, *Unidades de cuidados paliativos estándares y recomendaciones*, Madrid, 2009, disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>.

Cabe enfatizar la integralidad de la atención al paciente y a sus familiares, además de que pueden aplicarse en las etapas tempranas de la enfermedad y vincularlos con los procesos de comorbilidad que están afectando actualmente a muchas personas en el mundo.

La Organización Mundial de Salud (en adelante OMS) adoptó en 1980 el término de cuidados paliativos, la Organización Panamericana de Salud (en adelante OPS) lo hizo quince años después, incorporándolo a sus actividades asistenciales y en 1987 se reconoció a la Medicina Paliativa como una subespecialidad de la Medicina. El término Medicina Paliativa se acuñó en Inglaterra.³

La OMS define los cuidados paliativos como la prevención y el alivio del sufrimiento de pacientes adultos y pediátricos y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Estos problemas incluyen el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes y de su familia; además de que implican una identificación temprana, y una evaluación y tratamiento impecables de dichos problemas. Sus beneficios radican en que mejoran la calidad de vida, promueven la dignidad y la comodidad, e influyen, muchas veces, positivamente en el curso de la enfermedad. Estos cuidados son aplicables desde los estadios tempranos de la enfermedad, junto con otras terapias que están destinadas a prolongar la vida, y proporcionan acompañamiento para el paciente y la familia durante el curso de la enfermedad.⁴

Para el caso mexicano, la Ley General de Salud define los cuidados paliativos como “el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales”.⁵

En 2014, para complementar a la Ley General de Salud, el Consejo de Salubridad General expidió la Guía Integral del Manejo integral de Cuidados Paliativos,⁶ que señala que

...la finalidad de los cuidados paliativos no es curar... sino aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias. Pueden ayudar

³ Comisión Nacional de Bioética, *Cuidados paliativos*, México, 2015, disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/cuidados_paliativos.html.

⁴ Organización Mundial de la Salud, *Cuidados paliativos* 2018, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

⁵ Ley General de Salud, artículo 166 bis. 1, México.

⁶ Consejo de Salubridad General, Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014.

a los enfermos a vivir más confortablemente, y son una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de... enfermedades crónicas mortales. Estos cuidados se necesitan sobre todo en los lugares donde hay una gran proporción de pacientes cuya enfermedad se encuentra en fase avanzada y con pocas probabilidades de curarse.⁷

Según un reporte del Centro para Avanzar en Cuidados Paliativos, los cuidados paliativos son la atención médica especializada para personas con enfermedades graves; este tipo de atención se centra en proporcionar a los pacientes un alivio de los síntomas, del dolor y del estrés de una enfermedad grave, independientemente del diagnóstico. El objetivo es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la familia. Los cuidados paliativos son proporcionados por un equipo de médicos, enfermeras y otros especialistas que trabajan con el médico de cabecera del paciente para proporcionar una capa adicional de apoyo, por esto, son adecuados a cualquier edad y en cualquier etapa de una enfermedad grave, y se pueden proporcionar junto con un tratamiento curativo.⁸ En este concepto se considera la posibilidad de mantener opciones curativas aunadas a la atención del cuidado integral, que, además de la parte médica, incluye áreas como la psicología, la nutrición, y cualquier otra requerida por el paciente o su familia.

La resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS sobre el fortalecimiento de los cuidados paliativos, desde el 2014, instó a los países participantes en la implementación de políticas públicas relacionadas a los cuidados paliativos, a efecto de que se garantizara el acceso a medicamentos para aliviar el dolor; en la capacitación del personal de salud y en la integración de estos en los sistemas de salud,⁹ con lo cual, además del establecimiento de los derechos referidos en los documentos previos, se buscan los mecanismos para instaurarlos en la práctica de los sistemas de salud.

Por lo tanto, el cuidado terminal adquiere, desde el siglo XX, según plantea David Clark, un

⁷ Consejo de Salubridad General, *Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos*, 2018, disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Guia_cuidados_paliativos_completo.pdf.

⁸ Center to Advance Palliative Care, “2011 Public Opinion Research on Palliative Care”, Center to Advance Palliative Care, 2011, traducción propia, disponible en: https://media.capec.org/filer_public/18/ab/18ab708c-f835-4380-921d-fbf729702e36/2011-public-opinion-research-on-palliative-care.pdf.

⁹ WHA67.19 Organización Mundial de la Salud, 67a. Asamblea Mundial de la Salud, *Fortalecimiento de los cuidados Paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*, mayo de 2014, pp. 38-43.

...nuevo significado muy específico el acercamiento a quienes se encuentran en la fase terminal de la enfermedad, a menudo de manera influenciada por compromisos religiosos o sociales más amplios y con el objetivo de comprometerse con los fundamentos de la mortalidad humana, haciendo que el final de la vida sea digno, significativo y libre de sufrimiento.¹⁰

No es tan fácil determinar cuántas personas requieren de cuidados paliativos, los cuales, si bien se relacionan de inmediato con el tratamiento del dolor, la mayor parte de las metodologías para el estudio del sufrimiento sólo incluyen la mortalidad asociada a una sola enfermedad, cuando, en realidad, la multimorbilidad afecta a 1 de cada 4 pacientes y se asocia a una mayor carga de síntomas, lo que puede dar lugar a que en algún momento se infravalore el sufrimiento, por lo que se ha sugerido la incorporación del concepto de multimorbilidad como el mejor método de identificación de la necesidad real de la población que necesita cuidados paliativos.¹¹

El aumento de población, el alza de las enfermedades no transmisibles, así como el incremento de la expectativa de vida habían sido señalados como los nuevos retos para los cuidados paliativos en el siglo XXI, sin embargo, el surgimiento de COVID-19 como pandemia establecerá nuevos retos y derroteros no sólo a la ciencia médica, sino a todos los modos de vivir que hemos conocido hasta hoy.

III. DIAGNÓSTICO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO

La existencia de los cuidados paliativos, aunque es muy antigua, la incorporación de su regulación, tanto en los términos de los documentos internacionales, como en la legislación mexicana se debe considerar reciente.

Como se mencionó, la OMS los considera desde 1980, pero fue en 2009 cuando se adicionó a la Ley General de Salud un título denominado “De los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal”, con los artículos 166 bis y 20 artículos más (166 bis a 166 bis 21).¹² Esta reforma fue seguida por la del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de

¹⁰ Clark, David, *Hospice and Palliative Care, Developments, Differences, and Challenges*, Nueva York, Oxford University Press, 2016, p. 409.

¹¹ Sleeman, Katherine *et al.* (coords.), “The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions”, *Lancet Global Health* 7(7), 2019, pp. 883-892.

¹² *Diario Oficial de la Federación*. “Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos”, 2009, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref39_05ene09.pdf.

Prestación de Servicios de Atención Médica (2013), publicado en el *Diario Oficial de la Federación* que añadió los artículos 138 bis a 138 bis 21. En 2014 fue expedida la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014 “Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos”,¹³ por un acuerdo del Consejo de Salubridad General que declaró la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos,¹⁴ y de una *Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos*.¹⁵

Consideramos que, a través de la regulación en México de los cuidados paliativos, es obligatorio que el sistema los provea y que existan responsabilidades asociadas a la práctica médica, así como a los derechos de los pacientes, sin embargo, afirmamos que la simple regulación no asegura su implementación en la práctica cotidiana.¹⁶ Adicionalmente, los documentos provenientes de OMS y OPS, impactan también a nuestro país vía convencionalidad, directamente o como criterios considerados *soft law*.

La OMS reconoce que, a nivel mundial, anualmente, 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano; tan sólo un 14% de las personas que la necesitan, reciben asistencia paliativa. Lo anterior se debe —entre otras razones— a una reglamentación excesivamente restrictiva de la morfina y otros medicamentos paliativos esenciales, sumada a la falta de formación y de concienciación sobre los cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud. Todo esto deviene en un obstáculo importante para los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados. Es necesario destacar, también, que una asistencia paliativa temprana reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.¹⁷

¹³ *Diario Oficial de la Federación*. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014 Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, 2014, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014.

¹⁴ *Diario Oficial de la Federación*. “Acuerdo del Consejo de Salubridad General que declaró la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos”, 2014, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377407&fecha=26/12/2014.

¹⁵ *Diario Oficial de la Federación*. “Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos”, así como los procesos señalados en la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, 2014, disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5534718&fecha=14/08/2018.

¹⁶ Hall, Robert T., *Ética de la investigación social*, México: CONBIOÉTICA, 2018, p. XX, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/562561/Etica_de_la_investigacion_social.pdf.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, Cuidados paliativos, 2020, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

Las condiciones mundiales señaladas por la OMS se encuentran reflejadas en el caso mexicano, si bien la regulación de papel la consideramos completa, la práctica ha sido lenta, no se han implementado políticas públicas que lo conviertan en una realidad palpable en el contexto nacional. Distintas organizaciones han evaluado esta situación en México:

En 2010, *The Economist*, a través de su Unidad de Inteligencia Económica, emitió por primera vez el reporte *La calidad de muerte, clasificación del cuidado al final de la vida alrededor del mundo*,¹⁸ en el que México aparece en el lugar 36 de los 40 países evaluados, sólo por encima de China, Brasil, Uganda e India. Para la segunda emisión de 2015,¹⁹ México se colocó en el lugar 43 de 80.

Debe ponerse de relieve el análisis de la accesibilidad a medicamentos para el dolor y la existencia, o no, de centros para la atención de enfermos en condición terminal. El avance en la clasificación obedeció a la emisión de las disposiciones normativas y la existencia de un marco regulatorio. Sin embargo, como se señaló, consideramos que no basta la regulación si no hay una práctica cotidiana y regular, en lugar de casos dispersos o excepcionales, máxime cuando el 76.9% de la población mexicana se encuentra incorporada en el sistema de salud gubernamental o público²⁰ y la mayor parte de la atención paliativa se refleja en el sistema privado.

Por otra parte, Human Rights Watch emitió, en 2014, el informe denominado “Cuidar cuando no es posible curar. Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México”,²¹ en el que refiere que: “Cerca de 600.000 personas mueren cada año en México (2014), casi la mitad a consecuencia de enfermedades crónicas como problemas cardiovasculares y pulmonares, diabetes, VIH o cáncer. Sin acceso a cuidados paliativos esas personas sufrirán innecesariamente, socavando su calidad de vida y la de sus familiares en sus últimos días de vida”. Además, son sólo unas pocas decenas de instituciones públicas de salud en el país las que ofrecen cuidados paliativos, cuya mayoría se ubica sólo en las capitales de las entidades federativas; la administración

¹⁸ The Economist Intelligence Unit. *Death Index Ranking Palliative Care Across the World*. The Economist, 2010, disponible en: http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/god_index_2.pdf.

¹⁹ The Economist Intelligence Unit. “The 2015 Quality Death of Index, Ranking palliative care across the world”, *The Economist*, 2015, disponible en: https://eiperspectives.economist.com/sites/default/files/images/2015%20Quality%20of%20Death%20Index%20Country%20Profiles_Oct%206%20FINAL.pdf.

²⁰ INEGI, Encuesta Intercensal 2015, Distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiciencia/>.

²¹ Human Rights Watch, *Cuidar cuando no es posible curar, Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México*, 2014, disponible en: <https://www.hrw.org/es/report/2014/10/28/cuidar-cuando-no-es-posible-curar/asegurando-el-derecho-los-cuidados-paliativos-en>.

en los domicilios de los pacientes es todavía menor; la mayoría del personal sanitario no ha recibido capacitación en la disciplina, sin olvidar que son pocos médicos tienen licencia para prescribir analgésicos fuertes, esenciales en los cuidados paliativos. No podemos considerar que haya habido, desde el informe, más allá de la emisión de la regulación —que no desestimamos— cambios en la práctica mexicana.

La Comisión Lancet sobre Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos emitió un reporte en 2018, en el que advierte que dichos servicios son inequitativos o simple y sencillamente no existen a pesar de la resolución de la Asamblea Mundial de Salud del 2014, donde se hacía el llamado a los estados miembros a integrarlos en la cobertura universal de salud. Determinó que, a la fecha del informe, el acceso a los cuidados paliativos era un reto emergente y una prioridad como tema de salud pública imprescindible para la salud global.

Mejorar la salud al evitar el dolor y sufrimiento está considerado como un componente necesario en los sistemas de salud de alta calidad con el potencial extra de poder generar beneficios económicos. La inversión en servicios de cuidados paliativos se ha demostrado útil en el alivio de síntomas de los pacientes y familias que sufren y existe ahorro en los costos del sistema de salud y en la sociedad. Esta evidencia ha sido observada en los países de alto, mediano y bajo ingreso. Además, la información sobre subsidios provistos a familias en los programas contra la pobreza, y debido a la pequeña proporción de familias viviendo por abajo de la línea de la pobreza (3%), los apoyos sociales para cuidados paliativos representan un costo adicional muy pequeño (menos del 1% de los componentes de un cuadro básico). Desafortunadamente, se menciona, específicamente, que el costo de la morfina en México es muy alto en relación con los precios reportados internacionalmente y que este opiáceo comprado en el sector salud en 2014, fue el más caro a nivel mundial, según la lista internacional de precios. En 2016 los servicios de cuidados paliativos y de alivio del dolor fueron añadidos al paquete esencial de los servicios de salud del Seguro Popular.²²

Por otro lado, dicha comisión refiere que en México se llevará a cabo el entrenamiento a gran escala de médicos de atención primaria y se facilitarán los cambios normativos y legislativos correspondientes. Desafortunadamente, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), como agencia responsable de manejar el acceso a los medicamentos controlados, había mantenido políticas caducas, que incluían el uso de código de barras y recetarios disponibles únicamente en las grandes ciu-

²² Sleeman, Katherine *et al.* (coords.), *The escalating global burden of serious...*, *op. cit.*

dades y en pequeños cantidades. Los médicos que deseaban prescribir los medicamentos controlados fueron forzados a viajar, regularmente, para obtener los recetarios y debían proveer la dirección de su domicilio. La situación cambió y, debido a la presión ejercida por la sociedad, las ONGs, los médicos y Human Rights Watch, se lograron cambios administrativos para que en 2015 existiera la prescripción electrónica.

El estudio de la Comisión reconoce el rezago con respecto a la capacidad de los hospitales y de la cantidad de personal para cubrir al Seguro Popular y que, a su vez, implica aumentar el paquete de los fondos personales para los servicios de salud; advierte la necesidad de incluir, en la matrícula de las escuelas de medicina y enfermería, de manera obligatoria, los cuidados paliativos, y sugiere la conveniencia de que la información obtenida de encuestas de los proveedores de servicios de cuidados paliativos beneficie a la comunidad de investigadores una vez hecha pública y sea de acceso abierto.²³

El reporte considera que, en todo el mundo, a pesar de que hay avances, el rezago puede obedecer al desconocimiento de este tipo de asistencia en los sistemas de salud —y agregaríamos de sus beneficios en todos los ámbitos— referidos a quién proporcionárselos, cómo y cuándo. Señala, también, la influencia de factores culturales que relegan a los cuidados paliativos. La expresión de la autonomía y sus diferencias en la forma en que se manifiesta —individual, familiar, socialmente— impacta en la aceptación o rechazo a los cuidados paliativos en lugar de la insistencia a opciones curativas.

Tal como lo indicamos en los casos anteriores, no podemos considerar que la situación, a partir de la emisión del reporte, haya cambiado positivamente.

Todos lo anterior refleja la situación de la atención paliativa en México.

IV. NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN COVID-19

A pesar de que desde 2007 Cheng *et al.* advirtieron al mundo sobre el riesgo de emergencia y reemergencia de infecciones por coronavirus como causa de Síndrome Agudo Respiratorio Severo y señalaban el riesgo que implicaban los animales salvajes exóticos de consumo en los mercados de Asia, puntualizando el riesgo que se corría en la salud global por la transmisión de humano a humano, y el papel que implicaba la globalización y tránsito de personas en

²³ *Idem.*

la diseminación si las condiciones se daban propicias para una pandemia,²⁴ no fueron tomados en cuenta: COVID-19 fue declarado oficialmente una pandemia el 11 de marzo de 2020, alterando las prácticas de salud de numerosas maneras.

Si bien se adhieren a las políticas obligatorias de distanciamiento físico para evitar la propagación del virus, los proveedores de atención médica han tenido el desafío de adaptarse a los cambios continuos en los procedimientos mientras atienden a los pacientes.

A pesar de que algunas personas infectadas por el nuevo coronavirus se pueden mantener asintomáticas o desarrollar la enfermedad de una forma muy leve, otras enferman gravemente y acaban falleciendo.²⁵ Como referencia, los datos estadísticos aportados por el Equipo Epidemiológico de Respuesta de Emergencia a la Neumonía del Nuevo Coronavirus en China —Chinese Center for Disease Control and Prevention, 2020—, tras analizar un total de 72.314 registros, apuntaron que entre los casos confirmados el 81% cursó con una enfermedad leve, el 13,8% fueron casos graves y el 4,7% críticos. En este último grupo se encontró que el 14,8% eran mayores de 80 años, el 10,5% padecían enfermedades cardiovasculares, el 7,3% diabetes, el 6,0% enfermedades respiratorias crónicas y el 5,6% cáncer,²⁶ todas estas condiciones de salud implican síntomas que se podrían atender mediante cuidados paliativos.

El gran impacto que ha tenido la emergencia global originada por la COVID-19 en el sistema sanitario ha trascendido a la atención asistencial de manera generalizada. La limitación de personal y recursos materiales, así como la falta de medios y espacios de atención sanitarios, han desplazado algunos derechos fundamentales individuales en favor del bienestar colectivo. Aunque el alcance de la actual pandemia no tiene antecedentes en la historia moderna de la humanidad, no es la primera vez que las emergencias de salud pública priorizan la seguridad colectiva y que el bienestar individual pasa a un segundo plano.²⁷ En este caso, sin embargo, la amenaza

²⁴ Cheng, Vincent *et al.*, “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus as an Agent of Emerging and Reemerging Infection,” *Clinical Microbiology Reviews* (oct. 2007), pp. 660-694.

²⁵ Wu, Chaomin *et al.*, “Risk Factors Associated with Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients with Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan China,” *JAMA Intern Med*, 7, 2020, pp. 934-943.

²⁶ Poveda-Moral, Silvia *et al.*, “La planificación de decisiones anticipadas como estrategia preventiva de conflictos éticos en urgencias y emergencias durante y después de la COVID-19,” *Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas*, 50, 2020, pp. 189-203.

²⁷ Koplan, Jeffrey *et al.*, “Towards a common definition of global health,” *The Lancet*, 373, 2009, pp. 1993-1995.

que supone la COVID-19 se ha visto incrementada a causa de la elevada tasa de contagio,²⁸ hasta el punto de amenazar con colapsar los servicios sanitarios.²⁹ Esta situación sin precedentes ha puesto de manifiesto una serie de necesidades hasta ahora ocultas, que requieren ser tratadas con prioridad. Una de las urgencias más sensibles y excepcionales de esta pandemia es el fallecimiento en soledad de personas enfermas de COVID-19, concretamente, en un contexto hospitalario. Este hecho se debe al estricto protocolo de aislamiento de pacientes, medida implementada desde las fases más tempranas de la pandemia. Está claro que mediante este ejemplo se puede comprobar como los fallecimientos impactarán en el ánimo colectivo, parte de la respuesta gubernamental debería ser, derivado de que los cuidados paliativos implican también a la familia, sistemas en los cuales en forma de política pública se atienda la pérdida para toda la sociedad.

La deshumanización de la muerte tiene un fuerte impacto emocional que puede derivar en duelos patológicos que perduran en las personas próximas al fallecido. Disponemos de recursos para no perpetuar una situación injusta y evitar más sufrimiento del causado por la propia emergencia sanitaria. La muerte digna es un éxito terapéutico y un derecho fundamental que merece ser protegido en condiciones normales y también en situación de crisis.³⁰

El sistema de salud mexicano previo a la pandemia del COVID-19 no era en absoluto el idóneo o al menos suficiente, por lo que el arribo de esta enfermedad y sus peculiaridades agravó aún más la situación en el sistema de salud a nivel nacional. Tampoco lo era, como se vio, respecto de los cuidados paliativos.

Como muestra de la precariedad de la prevención en la salud en México, dentro de la prevalencia de enfermedades diagnosticadas y no diagnosticadas en la Encuesta Nacional de Salud 2016 se encontró que el 73% de la población padece sobrepeso-obesidad, hipertensión el 25% y diabetes el 14% y además las tres primeras causas de defunción general durante 2018 fueron en primer lugar las afecciones cardíacas con un 21%

²⁸ Meo, Sultan Ayub *et al.*, *Biological and epidemiological trends in the prevalence and mortality due to outbreaks of novel coronavirus COVID-19*, Organización Panamericana de la Salud, 2020, disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1291>.

²⁹ Organización Mundial de la Salud, *La OMS advierte de que, sin servicios de salud esenciales, los avances en la cobertura de inmunización que tanto ha costado realizar corren peligro*, OMS, 2020, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/23-04-2020-hard-fought-gains-in-immunization-coverage-at-risk-without-critical-health-services-warns-who>.

³⁰ Consuegra-Fernández, Marta *et al.*, “La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas”, *Revista de Bioética y Derecho*, 50, 2020, pp. 81-89.

de mortalidad, la diabetes mellitus con el 14% y los tumores malignos con el 12%.³¹

Se puede decir que la pandemia ha desnudado a la humanidad en su contexto temporal, ha evidenciado los puntos débiles de los sistemas de salud, desde la prevención de las enfermedades, la prevalencia de comorbilidades manifestadas por enfermedades no transmisibles, y a partir de ahí, las carencias en la atención por insuficiencia de espacio y recursos; por otra parte, se ha dado con gran frecuencia el contagio en el personal de salud, misma que se puede atribuir a distintos factores; inicialmente al desconocimiento de la enfermedad así como a la falta de equipo adecuado de protección, y la exposición a pacientes portadores asintomáticos sin la debida protección, además de la falta de insumos suficientes y necesarios para la atención de la contingencia a nivel mundial.³²

Partimos de la premisa de que es responsabilidad ética de los sistemas de salud proporcionar cuidados paliativos, y que los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de aliviar el dolor y el sufrimiento, ya sea de orden físico, psicosocial o espiritual, independientemente de que la enfermedad o afección se pueda o no curar, y que los cuidados terminales son uno de los componentes esenciales de los cuidados paliativos.³³

Las emergencias y crisis humanitarias son eventos a gran escala que afectan a poblaciones o sociedades que causan una variedad de consecuencias difíciles y angustiosas que pueden incluir la pérdida masiva de vidas, la interrupción de los medios de vida, el colapso de la sociedad, el desplazamiento forzado y otros graves problemas políticos, económicos, efectos sociales, psicológicos y espirituales.

El objetivo fundamental no sólo de los cuidados paliativos, sino también de la medicina en sí, incluida la medicina practicada en emergencias y crisis humanitarias, es aliviar el sufrimiento humano. Salvar vidas es una forma crucial de lograr este objetivo, pero no la única.

Las respuestas humanitarias a emergencias y crisis que no incluyan cuidados paliativos son médicamente deficientes y éticamente indefendibles.³⁴

³¹ Secretaría de Salud, *COVID-19 Temático: Presencia de comorbilidades en las defunciones confirmadas por COVID-19*, 23 de julio de 2020, Gobierno de México, disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/565461/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.07.23.pdf.

³² Ministerio de Sanidad, España, 2020, disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>.

³³ WHA67.19 Organización Mundial de la Salud, 67a. Asamblea Mundial de la Salud, “Fortalecimiento...”, *op. cit.*

³⁴ Organización Mundial de la Salud, “Integrar los cuidados paliativos...”, *op. cit.*

Por ende, es notable que las épocas de excepcionalidad provocan que las decisiones no sean tomadas con el tiempo suficiente de reflexión que normalmente deberían tener, pero esto no debe ser nunca justificación para que los valores éticos de la práctica clínica —justicia, beneficencia y no maleficencia— no sean observados por todos los involucrados.

El diagnóstico tardío y el deseo de recibir tratamiento curativo, independientemente de las posibilidades de beneficio, en ocasiones excluyen —de manera equivocada— implementar un manejo oportuno de cuidados paliativos...

Es importante mencionar que los pacientes en terreno paliativo presentan múltiples síntomas, que pueden ser aliviados con intervenciones de relativo bajo costo, mejorar la atención de las personas en fase avanzada y terminal: es un elemento esencial para la calidad de atención dentro del sistema de salud.³⁵

Una parte de la respuesta gubernamental mexicana consistió en la emisión, por el Consejo de Salubridad General, de la Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia (2020).

Esta Guía (2020) brinda un marco referencial dinámico que favorece la toma de decisiones para todos aquellos que se encuentran inmersos en la necesidad de atención médica hospitalaria, no se limita su alcance al personal de salud ya que toma en cuenta las decisiones del paciente y su familia.

Se considera que

Los cuidados paliativos deben ser una parte esencial de cualquier respuesta a una crisis humanitaria, incluida la actual pandemia de SARS-CoV-2. Un enfoque multifacético centrado en cosas, personal, espacio, sistemas, sedación, separación, comunicación y equidad puede guiar la planificación y garantizar que se satisfagan las necesidades de cuidados paliativos de los pacientes y sus familiares. Cualquier sistema de clasificación que no integre los principios de cuidados paliativos no es ético. Los pacientes que no se espera que sobrevivan no deben ser abandonados, sino que deben recibir cuidados paliativos como un derecho humano.³⁶

En congruencia con lo anterior, y ante la posibilidad de saturación de los servicios de salud, quedó prevista la opción para que nadie se quede sin atención, ya que la misma se dará a través de los cuidados paliativos.

³⁵ Consejo de Salubridad General, *Guía de Manejo Integral de Cuidados...*, *op. cit.*

³⁶ Arya, Amit *et al.*, “Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives”, *CMAJ*, 2020, disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/192/15/E400>.

La Guía específicamente señala:

2.8 Tratamiento clínico para pacientes que no califican para recibir cuidados críticos

Las y los pacientes que no califican para recibir cuidados críticos deben continuar recibiendo atención hospitalaria dirigida especialmente al manejo de síntomas (por ejemplo: fiebre, delirio y, sobre todo disnea que sería el síntoma que más angustia podría causar). Se buscará que las y los pacientes tengan el mejor final de vida posible, de preferencia atendidos por personal de cuidados paliativos. De no ser esto posible, entonces la atención será provista por el personal de salud disponible, que deberá estar informado de las recomendaciones de las y los expertos en cuidados paliativos. Es sumamente importante *aliviar los síntomas de pacientes que requieren ventilación y no la reciben. Si la medicación no es suficiente para aliviar los síntomas se debe considerar la sedación, no con la intención de provocar la muerte pero sí con la intención de que el paciente termine su vida sin sufrimiento. La sedación paliativa en pacientes hipóxicos, con progresión de la enfermedad no subsidiaria al tratamiento, es considerada como una expresión de buena práctica clínica y debe seguir las recomendaciones existentes.*

De igual manera, se debe de evaluar a dichos pacientes de manera constante para determinar si los cambios en su estatus clínico y en la disponibilidad de cuidados críticos hacen que sean candidatos(as) para ser admitidos(as) en la sala de cuidados críticos. *Proveer soporte psicológico* requiere que los recursos materiales existan para acompañar lo mejor posible al paciente en el proceso de muerte y facilitar, considerando las condiciones de precaución para evitar contagios, que pueda darse la despedida entre paciente y familiares. Cuando no sea posible que los familiares estén presentes, por cuestiones sanitarias, se debe de recurrir a la tecnología, por ejemplo, llamadas o videollamadas.³⁷

Enfatizamos la consideración señalada por el Consejo de Salubridad General en la Guía Integral del Manejo integral de cuidados paliativos respecto a que

Los cuidados paliativos nunca aceleran la muerte intencionalmente, sino que brindan el tratamiento necesario para lograr un nivel adecuado de comodidad para el paciente en el contexto de los valores del paciente. De acuerdo con el principio ético del doble efecto, puede haber casos raros de síntomas severos y refractarios en un paciente con una enfermedad terminal o lesión mortal cuando la intención de asegurar la comodidad puede resultar en una aceleración de muerte involuntaria pero previsible.³⁸

³⁷ CSG, Guía Bioética (el énfasis es propio.) *op. cit.*

³⁸ Organización Mundial de la Salud, *Integrar los Cuidados Paliativos y el alivio de los síntomas*, *op. cit.*

Lo que en México no se ha destacado, por desgracia, a pesar de que hablamos de los recursos escasos, es que

...los cuidados paliativos no requieren equipos ni medicamentos costosos, generalmente pueden ser administrados a un precio relativamente bajo. Muchos estudios han demostrado la efectividad de los cuidados paliativos y algunos han revelado que la oferta de cuidados paliativos supone al final un ahorro de costos para los sistemas de salud.³⁹

Al estar hablando de atención médica, debemos considerar la futilidad, la cual entendemos como “la intervención médica excesiva —en términos de esfuerzo y finanzas—, con pocas posibilidades de modificar el resultado clínico final de un paciente.⁴⁰ El término se refiere a menudo cuando una intervención dirigida hacia un paciente gravemente enfermo tiene pocas o ninguna posibilidad de éxito.⁴¹ Para el caso específico de la pandemia se debe agregar aquellos procedimientos que provoquen riesgo elevado de contagio al personal de salud.

En el mismo contexto debemos considerar la obstinación terapéutica, a la cual se hace referencia en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos (2018) y que consideramos que resulta aplicable a la realidad que estamos viviendo en cuanto a que

...a nadie le gusta la idea de tomar decisiones que corresponden —estrictamente hablando— a los familiares, pero si son ellos quienes piden tratamientos agresivos de manera obstinada, la responsabilidad del médico hacia su paciente requiere de una transición a cuidados paliativos, en vez de llevar a cabo procedimientos o tratamientos dolorosos.⁴²

El 23 de julio de 2020, el Gobierno Federal mexicano reportó que la presencia de comorbilidades jugaba un papel mayor en la mortalidad por COVID-19, indicando que, al menos, el 73% de los fallecidos presentaba al menos alguna, ya sea diabetes mellitus, hipertensión, obesidad o algún problema cardiovascular previo. Se señaló también que, de 41,908 defunciones acumuladas en esa fecha, el 43% padecían hipertensión arterial, el 38%, diabetes mellitus, el 25%, obesidad, el 7 %, insuficiencia renal cróni-

³⁹ Human Rights Watch, *Cuidar cuando no es posible curar...*, *op. cit.*

⁴⁰ Consejo General de Salubridad, Guía de Manejo Integral de Cuidados, *op. cit.*

⁴¹ Herreros, B. *et al.*, “Limitación del esfuerzo terapéutico”, *Revista Clínica Española*, 212(3), 2011, pp. 134-140.

⁴² *Idem.*

ca, el 5%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 5%, enfermedad cardiovascular.⁴³

Muchos de los anteriores padecimientos pudieron ser acompañados, en términos de atención de cuidados paliativos, desde los estadios tempranos de la enfermedad, con la finalidad de disminuir los efectos que han provocado durante la pandemia.

Debido a lo anterior, la población mexicana está expuesta a una mayor carga de enfermedades crónicas que predisponen a un mayor riesgo de sufrimiento previo a la muerte al momento de contagiarse de COVID-19, viéndose lesionada en su dignidad y en su derecho a la salud, por lo que la adecuación de los cuidados paliativos hacia la población se convierte en una necesidad humanitaria y moral apremiante para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el país y que además está prevista en la legislación federal que contiene las leyes, reglamentos, decretos, NOM, y guías que permiten el acceso a dichos cuidados, evitando así en la medida de lo posible la aplicación de tratamientos fútiles o inútiles, lo que permite a su vez una distribución racional de recursos y la aplicación de los mismos para aquellos pacientes que se beneficiarían de una adecuada selección clínica, evitando sufrimiento y encarnizamiento en todos aquellos pacientes que no obtendrían el beneficio buscado y que son candidatos a cuidados paliativos.

Por ello, la pandemia, además de otros cambios necesarios, deberá ser la oportunidad para implementar estrategias que reflejen la escucha a la voluntad del paciente, el aprovechamiento de la tecnología y que los pacientes puedan ser acompañados en todo momento de aislamiento.

En los países en donde los cuidados paliativos tienen mayor desarrollo, se ha señalado que

...la pandemia ha impactado la experiencia de atención al final de la vida de profesionales y pacientes hospitalizados de manera profunda. Estas experiencias demuestran un mayor nivel de soledad, dificultades en la toma de decisiones y la comunicación, y un intenso impacto emocional en los pacientes, sus familias y los médicos. Antes de la pandemia mundial, un paciente moribundo podía tener innumerables visitantes con seres queridos reunidos junto a la cama.⁴⁴

Por otra parte, en la Guía Integral del Manejo integral de Cuidados Paliativos (2018), el Consejo de Salubridad General indica que la sedación terminal, considerando que

⁴³ Secretaría de Salud. (2020). COVID-19 Temático, *op. cit.*

⁴⁴ Stilos, Kalliopi y Moore, Jennifer, "How COVID-19 has changed the dying experience for acute care patients and their families", *Canadian Oncology Nursing Journal*, 30, 2020, p. 218.

...deberá ser cuidadosamente valorada en situaciones específicas, considerando todos los posibles matices clínicos, psicosociales, legales y bioéticos que implica. El objetivo último del manejo sintomático es mejorar las condiciones de vida y la calidad de muerte en este grupo de enfermos. Por todo esto, es imprescindible que el equipo terapéutico de cuidados paliativos esté capacitado para resolver las múltiples situaciones clínicas que se presenten mediante intervenciones de probada eficacia, protocolos estandarizados de manejo y criterios uniformes de actuación.⁴⁵

V. PROPUESTAS DE APLICACIÓN

A pesar de que México cuenta con un marco normativo claro y completo con relación a los cuidados paliativos, se requiere que se lleven a la realidad práctica mediante políticas —públicas o institucionales—, programas, acciones y prácticas, ahí creemos que está la verdadera posibilidad de atención a la población afectada por el COVID-19.

Por ejemplo, de avances normativos, sin que se dé la operatividad práctica, la Guía (2020) estableció el deber de conformar equipos de triaje en cada hospital donde se provea atención de medicina crítica. Este equipo servirá, entre otras funciones, “para mantener la equidad procedimental en la toma de decisiones sobre a quién se admite, y a quién no, a la unidad de cuidados intensivos, y mitigar así la angustia moral del personal de salud a cargo de pacientes críticamente enfermos”.⁴⁶ No hay un censo o reporte que haya dado seguimiento a la Guía en este aspecto mínimo, ni en la capacitación de estos. Sin este equipo, podría dudarse de la justicia en el momento de la asignación de recursos escasos.

De la misma manera, se ha enfatizado mucho —a nivel mundial— en la necesidad de proveer de ventiladores como soporte de respiración para el COVID-19, sin que sea tan notoria o considerada la provisión de los medicamentos —incluidos los opiáceos— necesarios para atender los síntomas de la enfermedad y comorbilidades y que por lo cual debió incrementarse su necesidad y consumo.

En otros lugares, se ha considerado que, por causa del COVID-19, los médicos pueden mostrarse reacios a manejar agresivamente los síntomas por temor a comprometer una recuperación potencial. Un ejemplo son las

⁴⁵ Consejo de Salubridad General “Guía para el Manejo integral”, *op. cit.*

⁴⁶ Consejo de Salubridad General, *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*, Comité de Ética de la Comisión Consultiva Científica, 2020, disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf.

dudas sobre el uso de opioides o benzodiazepinas para la disnea debido a preocupaciones sobre la depresión respiratoria. De igual forma consideran que, a través de la implementación de los cuidados paliativos, se puede demostrar que dichos medicamentos, en dosis bajas son benéficos, y, generalmente, no comprometan la función respiratoria, incluso con enfermedades pulmonares preexistentes.⁴⁷

A pesar de que los diagnósticos en la situación mexicana de los cuidados paliativos —apuntados previamente— lo señalaban ya como problemático en tiempos ordinarios, no ha sido un punto del que exista evidencia de que se haya discutido o informado a nivel nacional. Es indispensable éticamente la posibilidad de acceso de toda la población que los requiera a los medicamentos necesarios para la atención de los síntomas derivados de COVID-19 y sus comorbilidades.

De igual forma, consideramos que hay que insistir en que la comunicación de las noticias, especialmente las malas noticias, a los pacientes y a sus familiares, e incluso a la población en general, debe darse en un contexto de la ética del cuidado.

Usamos como referencia un texto que sugiere el lenguaje para discutir un plan de tratamiento con alguien que es poco probable que sobreviva a una enfermedad crítica, pero cuyo plan de atención actual incluiría terapias de soporte vital si está indicado.⁴⁸

⁴⁷ Stilos y Moore, *op. cit.*

⁴⁸ Arya *et al.*, *op. cit.*

Usted (su ser querido) actualmente sufre de Covid-19. Le hemos dado tratamientos, que incluyen oxígeno, pero parece que su cuerpo no responde bien a ellos. Si esto continúa, deberíamos considerar el uso de tratamientos de soporte vital para apoyar su cuerpo.

Estoy muy preocupado por este escenario; Aunque es muy fácil comenzar los tratamientos para mantener la vida, hay muchos escenarios en los que preferimos no hacerlo porque las posibilidades de recuperación son escasas.

Eso es generalmente cuando alguien tiene condiciones médicas crónicas o incurables, o su cuerpo se ha vuelto más débil de lo que solía ser. La otra preocupación es que estos tratamientos pueden causar muchas molestias. Por supuesto, muchas personas están dispuestas a experimentar molestias si hay una posibilidad razonable de una buena recuperación. Pero si los tratamientos causan molestias y las posibilidades de recuperación son escasas, dudamos mucho en ofrecer esos tratamientos.

Me gustaría proponer un plan alternativo. Me gustaría sugerir que continuemos haciendo las cosas que estamos haciendo actualmente, incluyendo intubarlo con la esperanza de que aún pueda responder y recuperarse. No queremos aprovechar esa oportunidad. Pero si su cuerpo no responde y empeora, sugeriría que no comencemos los tratamientos para mantener la vida. En cambio, si empeora, sugeriría que nos concentremos en mantenerlo cómodo, entendiendo que cualquier aumento de la atención probablemente haría más daño que bien. ¿Qué piensas sobre eso?

Debemos reconocer los esfuerzos —heroicos— de nuestro personal de salud y apoyarlo, pero hay que ampliar la gama de atención a la población afectada, a los pacientes y familiares, mediante los cuidados paliativos.

Ante la pandemia de COVID-19 las medidas de salud pública provocan que las personas mueran solas en las unidades de cuidados intensivos, asilos, o en los pabellones médicos o quirúrgicos, quedando supeditados a las estrictas políticas de visita. El único contacto de los pacientes, es con el personal de salud, y cuyo contacto humano queda de manera fría impedida por los guantes y parafernalia de protección en una atmósfera de ansiedad, reglas de protección y miedo.⁴⁹ El personal de salud mexicano ha apoyado con el uso de recursos personales para que exista contacto entre los pacientes y sus familias a través de medios de comunicación remota, pero hay que institucionalizarlo, nos referimos a la adquisición y puesta a disposición de los instrumentos necesarios para ello.

En el caso de la comunicación remota también deberá funcionar para que el paciente que así lo decida reciba la asistencia espiritual que requiera, siendo este tipo de atención parte integral de los cuidados paliativos.

Afirmamos que es esencial que el ingreso de los pacientes con sintomatología que pueda referir a COVID-19, se realice con documentos sencillos de consentimiento informado de emergencia —propuestos aquí como anexo— en que se cubran los parámetros mínimos que la legislación mexicana establece, incluyendo al menos:

1. El nombramiento específico del representante para decisiones médicas, en términos de lo dispuesto por el artículo 166 bis 3 de la Ley General de Salud.
2. El medio de contacto para que pueda comunicarse con sus pacientes, así como la posibilidad de un horario específico para ello.
3. Su aceptación o renuncia a tratamientos, tales como...

Para lo anterior, comprendemos que el desarrollo de la enfermedad es variable e incierto, sin embargo, de los diagnósticos se puede prever la evolución natural de la misma en base a las comorbilidades, por ello, consideramos que es preferible ser específico en la aceptación y renuncia como parte de un verdadero consentimiento informado, y así se dará certeza al personal de salud acerca de las decisiones que tomó el propio paciente y le retirará a los médicos y enfermeras el peso ético en la ejecución de las

⁴⁹ Chochinov, Harvey *et al.*, “Death, Dying, and Dignity in the Time of the COVID-19 Pandemic”, *Journal of Palliative Medicine* 23(10), (2020), pp. 1 y 2.

mismas, mientras que la expresión de renuncia a “todo tratamiento que se considere fútil” es indeterminada, genérica, máxime si se asienta sólo como una leyenda a ser firmada, sin explicación del padecimiento, sus síntomas y probable evolución y dejará al criterio del personal de salud la aplicación o no de los mismos.

El documento se convierte en una orden médica con consentimiento informado, además de integrarse al expediente médico, puede estar permanentemente a la vista del personal de salud junto al enfermo, para que en todo momento acceda a su información y la siga.

Proponemos este formulario de consentimiento informado y que constituirá una orden médica, con un enfoque en la información y en los derechos de participación. Contiene los requisitos mínimos indispensables establecidos en la normatividad mexicana, al ser una propuesta, en el campo de la práctica, cada institución lo podrá ampliar, conforme su experiencia o necesidades indiquen, para convertirlo en un instrumento ágil y suficiente para una atención adecuada en los cuidados paliativos.

PROPUESTA DE FORMULARIO: CONSENTIMIENTO EN EMERGENCIA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
Núm. de expediente: _____ Sexo _____ Edad _____
Diagnostico inicial _____ Comorbilidades _____

Capacidad: El paciente es capaz de decidir y dar su Consentimiento Informado

Si () No ()

Representante para decisiones médicas

Nombre:

Teléfono celular o correo:

Designado por el paciente () por el acompañante ()

Otro contacto _____ Teléfono _____

Control de dolor y síntomas

El médico ha explicado al paciente el uso de medicamentos para probables tratamientos, con el fin de controlar el dolor, la sofocación, el sufri-

miento y los efectos secundarios y el/la paciente entiende su papel como participante en la toma de decisiones médicas respecto a su cuidado.

Si () No ()

Autoriza la sedación al final de la vida

Si () No ()

Reanimación cardiopulmonar (RCP)

Autoriza intentar maniobras de RCP en la fase terminal

Si () No ()

El paciente fue informado que la reanimación cardiopulmonar (RCP)

1. podría ser contraindicada por futilidad (no va a funcionar) y el médico no va a ofrecerla,

Si () No ()

2. podría ser de utilidad marginal (probabilidad de éxito bajo y con qué daños secundarios)

Si () No ()

3. podría ser una opción normalmente ofrecida y dependerá del juicio del médico.

Si () No ()

Pido RCP

()

Rechazo RCP, considerada muy probablemente fútil o con riesgos inaceptables o desproporcionados.

()

Respiración

El médico ha explicado, de manera general, las opciones posibles para apoyo de respiración incluyendo puntas con oxígeno, máscaras con oxígeno, máscaras con presión positiva, ventiladores mecánicos e intubación con los riesgos y beneficios posibles, según las políticas del hospital y las leyes pertinentes.

Si () No ()

El/la paciente ha entendido su papel de participación en el momento en el cual el apoyo de Ventilatorio está ofrecido o pedido.

Si () No ()

El/la paciente autoriza uso de ventilador

Sí () No ()

El/La paciente autoriza intubación.

Sí () No ()

Consentimiento Informado

Toda la información que aquí se expresa fue conversada conmigo por el médico que clarifica todas mis dudas y firma este documento.

Entiendo también que, en caso de cambiar mis deseos, puedo modificar este documento. Este consentimiento aplica a cualquier médico o personal de salud que me ofrezca atención médica en el futuro.

Nombre y Firma del paciente y/o su representante:

Paciente _____ Fecha: _____

Representante _____

Fecha: _____

Médico tratante

Este plan de cuidados paliativos fue acordado y expedido en los términos señalados por la Ley General de Salud y demás disposiciones normativas aplicables y de acuerdo con el consentimiento informado del paciente y su representante.

Firma

Fecha

Cédula

VI. CONCLUSIONES

En este capítulo revisamos cómo son considerados los cuidados paliativos, cuáles son los diagnósticos internacionales que revisan su situación en México, qué cambios ha provocado el COVID-19 a nivel mundial en la implementación y necesidad de los cuidados. Con base en esto, queremos proponer una metodología para aplicarlos en la realidad del contexto mexicano.

Consideramos que, en México, para los cuidados paliativos, tenemos marco normativo claro y completo. Las previsiones existentes en la Ley General de Salud, los Reglamentos que derivan de la misma, así como las Guías expedidas por el Consejo de Salubridad General —Guía Integral del Manejo de Cuidados Paliativos y Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia— son instrumentos suficientes para la situación.

El aumento de población, el alza de las enfermedades no transmisibles, así como el incremento de la expectativa de vida habían sido señalados como los nuevos retos para los cuidados paliativos en el siglo XXI, sin embargo, el surgimiento de COVID-19 como pandemia ha establecido nuevos retos y derroteros no sólo a la ciencia médica, sino al modo de vida que habíamos tenido hasta este evento mundial.

Consideramos que, a través de la regulación en México de los cuidados paliativos, es obligatorio que el Sistema Nacional de Salud los provea y haya responsabilidades asociadas a la práctica médica, así como a los derechos de los pacientes.

Hemos revisado, documentalmente, la situación de los cuidados paliativos en México y hemos notado problemas con disponibilidad de servicios y analgésicos. El enfoque de nuestra atención, sin embargo, es la ética de tales cuidados establecidos en la Ley de Salud de 2009, junto con las reglas y otros documentos oficiales recientes.

La muerte digna es un éxito terapéutico y un derecho fundamental que merece ser protegido tanto en condiciones normales como en situaciones de crisis.

Hemos señalado el problema de la escasez de recursos y los dilemas de triaje que dichas carencias generan.

Es necesario, por tanto, que los cuidados paliativos se lleven a la práctica, mediante políticas públicas e institucionales, programas, acciones y prácticas. Consideramos que ahí está la verdadera posibilidad de atención a la población afectada por el COVID-19.

Hemos insistido que, incluso en situaciones de urgencia y en épocas de pandemia, la atención a la ética de cuidado de salud no es solamente posible, sino que es un derecho humano.

Afirmamos que hay que insistir en que la comunicación de las noticias, especialmente las malas, a los pacientes y a sus familiares, e incluso a la población en general, debe darse en un contexto de la ética del cuidado.

Declaramos que los pacientes en situaciones de urgencia conservan el derecho de consentimiento a su tratamiento y deben ser informados de su derecho de participar en las decisiones respecto a su vida y su muerte.

Consideramos esencial que, el ingreso de los pacientes con sintomatología que haga necesario referirlos a COVID-19, se realice con documentos sencillos de consentimiento informado de emergencia —agregados aquí como propuestas de aplicación— en que se cubran los parámetros mínimos que la legislación mexicana establece.

El ingreso en el hospital o transferencia a cuidados intensivos no es exactamente el mejor momento para tomar decisiones, pero debe ser preparativo para decisiones médicas y debe enfocarse en el tratamiento y cuidado posible, y en el nombramiento de un representante para el caso en que el paciente pierda su capacidad para tomar decisiones. El paciente y su representante deben estar informados de la posibilidad de tomar decisiones graves.

HABLEMOS DE LA MUERTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Asunción ÁLVAREZ DEL RÍO
Julieta GÓMEZ ÁVALOS

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Cuando los médicos no pueden curar.* III. *Decisiones sobre el final de la vida en la atención médica.* IV. *Asignación de recursos escasos en tiempos de pandemia.* V. *El manejo de los cuerpos fallecidos por COVID-19.* VI. *Los médicos y la muerte.* VII. *Conclusiones.*

I. INTRODUCCIÓN

Formamos parte de una sociedad que igual que las demás sociedades occidentales tiene una gran dificultad para pensar o hablar de la muerte; ésta es una actitud que pretende negar la muerte y que fue desarrollándose respondiendo a varios factores relacionados entre sí. Mencionamos algunos: 1) el aumento de la esperanza de vida que fue llevando a ver la muerte como un acontecimiento lejano; 2) los avances de la ciencia y la medicina que influyeron en el aumento de años de vida y que no han dejado de avanzar (afortunadamente) haciendo posible curar enfermedades que antes significaban una sentencia de muerte y que permiten sustituir la función de órganos vitales prolongando así la vida de pacientes que antes hubieran fallecido; 3) la muerte que antes sucedía siempre en la casa se fue trasladando al hospital, con lo cual se fue perdiendo la experiencia familiar de acompañar y ver morir a los enfermos; los niños (y los no tan niños) dejaron de aprender de primera mano que la muerte es parte de la vida. Y debido a todos estos cambios que han favorecido el considerar a la muerte un asunto lejano, pareció menos necesario hablar de ella y dejamos de aprender a hacerlo, lo cual se vuelve un círculo vicioso: al surgir una situación relacionada con la muerte en la cual podría haber algo que decir, nos sentimos tan torpes que

mejor guardamos silencio aumentando, claro, la torpeza y la necesidad de evitar la muerte.

El hecho de vivir en México introduce algunas particularidades. Por ejemplo, nos resulta muy fácil dar un lugar a la muerte en los días en que se celebra *el Día de muertos* con una fiesta llena de colorido y representaciones artísticas. De esta festividad se desprende un folklore que hace que nos resulten familiares algunas representaciones de la muerte (la Catrina) y algunas costumbres (comer pan de muertos o una calaverita de azúcar con nuestro nombre) que los extranjeros interpretan como si tuviéramos una relación muy amigable con la muerte. Ciertamente hay comunidades en nuestro país que conservan tradiciones que les permiten saber qué hacer cuando alguien va a morir y después de que falleció; saben acompañarse en el duelo a través de rituales que mitigan el dolor. Pero la mayoría de los mexicanos, fuera del 1 y 2 de noviembre, no habla de la muerte y cuando la enfrenta en una situación personal busca la manera de evadirla y hacer como que no está presente.

Como ha sucedido en el resto del mundo, la pandemia que ha cambiado nuestra vida nos ha confrontado con la realidad de la muerte y, junto con ella, con nuestra fragilidad. Las noticias y para muchos las experiencias de personas cercanas nos hacen ver que cualquiera puede contagiarse de COVID-19, tener la forma grave de la enfermedad y morir. Aunque sepamos que esto sólo sucede en un porcentaje bajo y que podemos hacer mucho para protegernos del virus, no tenemos la garantía de no enfermarnos. La confrontación más fuerte ha sido reconocer que no tenemos control sobre la muerte porque la medicina, por mucho que siga avanzando y por mucha fe que tengamos en ella, tiene límites para evitar que los pacientes mueran.

A continuación, las autoras vamos a hablar, manteniendo el formato de conversación que utilizamos en el coloquio virtual *COVID-19 y bioética*, de cómo vemos esta situación en los escenarios en que se está tratando a los enfermos graves por COVID-19. De cómo se toman las decisiones sobre los tratamientos; si los médicos, pacientes y familiares están preparados para enfrentar estas situaciones límites de la vida. ¿Cómo lo hacen? ¿Predomina la idea de que la muerte siempre se debe combatir? ¿Predomina el miedo de los pacientes y familiares que los lleva a pedir que se haga todo para curar al enfermo (con esta idea equivocada de que recibir tratamiento significa invariablemente curación)? ¿Se presentan pacientes con una voluntad anticipada en que manifiestan qué tratamientos no quieren recibir?

Relacionado con las preguntas anteriores, queremos hablar de un aspecto positivo de reconocer la realidad de la muerte porque nos permite influir y decidir sobre cómo morir y, antes de eso, cómo vivir y cómo no vivir

el final de la vida. Si somos capaces de reflexionar sobre el hecho de que no tenemos el poder para evitar la muerte, podemos, como pacientes actuales o potenciales, como familiares o como médicos, voltear a ver eso sobre lo que sí tenemos control y que se expresa a través de las decisiones médicas sobre el final de la vida que la bioética ha debatido por décadas y sobre las que se han ido dando cambios legales en diferentes países. A estas decisiones hay que añadir los cuidados paliativos y los documentos de voluntad anticipada, todo lo cual sirve para influir en tener un mejor final de vida.

Y un último aspecto que nos ha parecido importante incluir en nuestra conversación es la relación del médico con la muerte; ahora no sólo de sus pacientes, sino de sus colegas y otros miembros de los equipos de salud, pues tristemente hemos visto que muchas de las personas que han estado atendiendo a pacientes o trabajando en los hospitales han perdido la vida. ¿Pueden prepararse los médicos a enfrentar estas pérdidas?, ¿se les puede apoyar?

II. CUANDO LOS MÉDICOS NO PUEDEN CURAR

ASUNCIÓN: Julieta, además de tu formación de médica y tu amplia reflexión en el final de la vida desde la bioética, ahora que estás haciendo tu residencia en oncología y que se han tenido que hacer cambios en los hospitales para responder a la emergencia nacional que vivimos, has estado atendiendo pacientes de COVID-19, de manera que tienes una visión muy directa de lo que está pasando sobre el tema que nos ocupa. Me gustaría que nos pudieras platicar primero sobre los médicos, ¿cómo se están enfrentando en los hospitales las situaciones en que anticipan que los pacientes se van a morir, cuando se dan cuenta que la medicina no puede curarlos?, ¿deciden igualmente tratar de curar o hay casos en que, dadas las condiciones, saben que no es posible y solo dan cuidados paliativos?, ¿o no pueden saber realmente?

JULIETA: La realidad es que de por sí, en situaciones ordinarias, siempre es difícil saber hasta dónde hay que seguir tratando de curar. Hay tanto que se puede hacer gracias al desarrollo de la ciencia y la tecnología que es difícil establecer el límite y saber cuándo es el momento de detenerse. Por otro lado, los médicos están formados para actuar y no estamos acostumbrados a reflexionar y discutir sobre las situaciones que enfrentamos relacionadas con la muerte; son escasos los momentos en que se tienen este tipo de conversaciones.¹

¹ Álvarez, A. *et al.*, “Experience of oncology residents with death: A qualitative study in Mexico”, *BMC Medical Ethics*, 20:93, 2019, DOI: 10.1186/s12910-019-0432-4; Álvarez, A. *et*

En una situación extraordinaria como la que vivimos, estamos aprendiendo en el día a día de la pandemia. Por eso es necesario que reflexionemos sobre lo que hay que hacer cuando atendemos a un paciente grave, intubado, por lo tanto, inconsciente por la sedación y que no cuenta con una voluntad anticipada. Sería importante poder hablar y discutir vía telefónica con su familiar sobre qué es lo que le hubiera gustado a su paciente en una situación de tal gravedad y con mal pronóstico. Pero no es tan sencillo; como el familiar no puede estar en el hospital, se quedó con la imagen con que dejó a su paciente cuando éste ingresó a urgencias y, junto con esa imagen, con sus enormes deseos de que los médicos pudieran curarlo. De ahí el reto de lograr que el familiar entienda y visualice cuál es la situación de gravedad de su paciente.

Desafortunadamente, por la falta de capacitación sobre la atención médica al final de la vida y también debido a la escasez de comités hospitalarios de bioética que asesoren a los médicos, es poco frecuente que en los hospitales se promueva la discusión sobre los dilemas éticos que enfrentamos y esto nos impide aprender de las situaciones que continuamente se presentan y que atendemos lo mejor que podemos, pero sabiendo que hay muchas cuestiones éticas que no estamos seguros de haber manejado de la mejor manera.

Por otro lado, es desalentador que en México no se le esté dando la importancia debida a los cuidados paliativos que deberían considerarse prioritarios siempre, pero especialmente en esta pandemia en que hay muchas situaciones en que sería lo único adecuado que ofrecer al paciente. Esto es consecuencia de que hay un desconocimiento de la medicina paliativa por parte de médicos, familiares y pacientes, además de una escasez de recursos humanos formados en cuidados paliativos.

Como conclusión a tu pregunta, diría que necesitamos estar más preparados para reconocer hasta dónde es conveniente tratar, identificar y valorar adecuadamente los datos de mal pronóstico que anticipan, con bastante certidumbre, una mala respuesta al tratamiento en pacientes de COVID-19. Y siempre que se pueda, es fundamental discutir la situación con el paciente o el familiar y que estos entiendan cuándo ya no se justifica dar tratamientos, pero que igualmente sepan que siempre se van a brindar cuidados paliativos oportunamente para que el enfermo tenga un buen final de vida.

ASUNCIÓN: Mencionas varias cosas muy importantes y una que quisiera comentar es la importancia de comunicarse con los familiares. Como

al., "Facing Death in clinical practice: a view from physicians in Mexico", *Archives of Medical Research* 44(5), 2013, DOI: 10.1016/j.arcmed.2013.05.005.

dices, se trata de una acción muy compleja y delicada, pero esencial. Aun con las limitaciones que señalas, se debe lograr una comunicación empática y veraz al mismo tiempo. Por otro lado, para el médico sería una gran ayuda saber si el paciente pensó antes de su internamiento sobre lo que querría, porque eso orientaría al médico sobre las decisiones que debe tomar. ¿Se ha podido hablar de eso?, ¿se puede preguntar a los pacientes?, ¿se hace?

JULIETA: Totalmente de acuerdo. Son preguntas difíciles que no quisiéramos hacer ni responder, pero necesarias y que facilitan el actuar. Sí se puede y se debe preguntar. Me gustaría compartir el caso que tuve en una guardia COVID: ingresó un paciente de 30 años con obesidad e importante dificultad para respirar, pero sin verse afectada su saturación de oxígeno ni requerir un ventilador en ese momento. No tenía otras enfermedades, pero su estudio de imagen (tomografía) indicaba que tenía una afectación importante en los pulmones. Desde los primeros días decidimos preguntarle si aceptaría la intubación en caso de que llegar a deteriorarse respiratoriamente y la requiriera, explicándole todos los beneficios y riesgos. Él se sorprendió de que le hiciéramos esa pregunta; no se la esperaba, pero finalmente entendió la importancia de platicarlo y dijo que sí querría que lo intubaran. A los tres días de haber platicado con él, requirió intubación. Sin duda, es una pregunta fundamental que tenemos que hacer cuando recibimos a un paciente con COVID-19, porque puede darse un deterioro tan agudo y rápido en un paciente que después puede suceder que ya no haya la oportunidad de preguntarle y se tenga que decidir y actuar sin saber lo que el paciente realmente hubiera querido.

ASUNCIÓN: Me imagino que debe suceder, quizá con frecuencia, que se pregunte al paciente o a los familiares (si el paciente ya no puede comunicarse) y digan que quieren que se haga todo. Ahí creo que será muy importante también la forma en que se comunique el médico y que no de falsas esperanzas

JULIETA: Claro, es vital una comunicación honesta y empática para que el paciente o el familiar, en caso de que el paciente no pueda comunicarse, pueda tener una decisión informada. El deber ético del médico es brindar información entendible e integral y aquí quiero citar al doctor Ruy Pérez Tamayo “El médico que no se involucra en su atención con el padecimiento integral del paciente, sino que se conforma con diagnosticar y tratar la enfermedad, o que lo abandona cuando ya ha agotado sus recursos terapéuticos curativos está cometiendo una grave falta de ética médica”.²

² Pérez Tamayo, R., “El medico y la muerte”, *Eutanasia. Hacia una muerte digna*, México, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2008, pp. 17-28.

Por otro lado, es importante que los pacientes se responsabilicen de su enfermedad y muerte. Me ha tocado ver pacientes internados con múltiples comorbilidades y con mal pronóstico y aceptan ingresar a los hospitales con altas probabilidades de requerir intubación y padecer complicaciones, en lugar de elegir cómo morir. Desde luego es muy difícil esperar que actúen de otra forma si nunca han reflexionado en el final de su vida, en lo que podrían elegir. En la situación actual tan crítica es todavía más difícil tener con los pacientes las conversaciones necesarias que les ayuden a comprender y decidir lo mejor. Por eso, invito a los lectores a pensar, reflexionar y conversar con sus seres queridos sobre lo que querrían en caso de padecer una enfermedad muy grave en que no haya posibilidades de curarlos y que lo expresen por escrito a través de su voluntad anticipada.

Por cierto, ¿podrías comentar qué papel está teniendo la voluntad anticipada en la pandemia COVID-19?

ASUNCIÓN: Conviene aclarar que nos referimos al documento que una persona hace, cuando está competente, sobre los tratamientos que querría y no querría recibir en caso de encontrarse en una situación en que ya no pueda expresar su voluntad y otros deben tomar decisiones por ella.³ No sé, de manera anecdótica, que algunos notarios han dicho que en este periodo de pandemia los han buscado para hacer su voluntad anticipada más personas que en los más de diez años que van desde que se aprobó la ley en el DF. Eso significa que sí hay personas que han reflexionado sobre la posibilidad de enfermar y lo que querrían elegir, tal como ha sido reportado en el extranjero.⁴

III. DECISIONES SOBRE EL FINAL DE LA VIDA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

ASUNCIÓN: En numerosas ocasiones hemos comentado tú y yo de lo importante que es que pacientes, familiares y médicos conozcan cuáles son las decisiones sobre el final de la vida que se permiten en México. Además, que comprendan que la razón por la que se ha reflexionado y discutido sobre

³ Álvarez, A. (coord.), *La muerte asistida en México, Una opción más para morir con dignidad, Conceptos básicos sobre la atención médica al final de la vida*, México, Por el Derecho a Morir con Dignidad, A. C, 2017, p. 119.

⁴ Auriemma, C. L. *et al.*, “Completion of Advance Directives and Documented Care Preferences During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic”, *JAMA*, 3, 2020, DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.15762.

éstas, buscando acuerdos sobre lo que debe permitirse, responde al hecho de que en la atención médica inevitablemente llega el momento en que es necesario preguntarse si se deben seguir dando tratamientos para curar o prolongar la vida de un paciente o no. La pregunta es obligada porque no siempre representa un beneficio seguir dando estos tratamientos.

JULIETA: Sí, es muy importante que se conozcan estas decisiones. La primera es la *limitación del esfuerzo terapéutico*, cuando el médico propone detener o no iniciar un tratamiento, sea curativo o sea de soporte vital, porque ya no representa un beneficio para el paciente. La segunda es *el rechazo al tratamiento* y se refiere igualmente a detener o no iniciar acciones terapéuticas curativas o para prolongar la vida, pero aquí es el paciente quien no da su consentimiento a la propuesta del médico. Estas decisiones se consideran ética y legalmente aceptables, aun si como consecuencia de ellas el paciente muere.

A pesar de que en nuestro país se ha avanzado para que estas decisiones ayuden a que se dé una mejor atención en la última etapa de la vida y no se proporcionen tratamientos que sólo prolongan el final con mayor sufrimiento, en muchos hospitales, o no se conocen, o simplemente no se respetan.

Una decisión que hemos tenido que considerar en esta pandemia es la de la reanimación cardiopulmonar. En situaciones ordinarias se trata de discutir previamente con el paciente, dependiendo de sus enfermedades, el riesgo de un paro cardíaco. En caso de que éste ocurra y no se conozca la voluntad del paciente, la mayoría de las veces se activa el famoso “código azul” y el personal de salud acude inmediatamente para realizar la reanimación cardiopulmonar. En la situación extraordinaria que estamos viviendo con la COVID-19 todo ha cambiado: la evolución, ya que son pacientes que pueden tener un deterioro respiratorio en horas o minutos; la comunicación y la respuesta de los médicos. En una guardia nos tocó que personal de enfermería hablara vía telefónica a la sala de trabajo de médicos y avisara que un paciente no tenía signos, es decir se encontraba en paro cardíaco. Era un paciente de COVID-19 con múltiples comorbilidades y mal pronóstico que llevaba más de un mes intubado, no contaba con voluntad anticipada y sus familiares no habían comentado qué hacer en caso de un paro. El médico adscrito de la guardia comentó que enfermería iba a tomar el trazo electrocardiográfico para confirmar el paro y que no íbamos a vestirnos e ingresar ya que era fútil reanimarlo. Añadió que a la brevedad se iba a bajar el cuerpo a patología. Fue una experiencia muy diferente, ya que me sentí muy rara al no acudir inmediatamente a reanimar, de ahí mi interés en reflexionar y compartir la experiencia.

Un punto importante que hay que señalar es que antes de acudir a una reanimación cardiopulmonar, se debe contar con todo el material de protección, ya que el riesgo de contagio durante esta maniobra es extremadamente alto, por el riesgo de generar aerosoles durante el procedimiento. La situación extraordinaria que ha impuesto la COVID-19 obliga a considerar si se justifica una intervención cuyo beneficio es cuestionable y que pondría en riesgo al personal de salud si no está debidamente protegido. Cuando no se cuenta con el material de protección necesario y se decide no reanimar es importante que el personal de salud sepa que no falta a su deber médico y que éticamente está justificado no intentar la reanimación. Desde luego, también deben saber de esta decisión con anticipación los pacientes y los familiares.

IV. ASIGNACIÓN DE RECURSOS ESCASOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

JULIETA: Quizá podrías comentarnos sobre las diferencias que se dan al tomar decisiones sobre el final de la vida en las situaciones de escasez de recursos.

ASUNCIÓN: Para responder esto me voy a referir a la *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia* que publicó el Consejo de Salubridad General el 30 de abril y en cuya elaboración participamos varios miembros del Colegio de Bioética.⁵ Creo que las dos nos sentimos muy satisfechas de haber participado en ese interesante ejercicio de reflexión y discusión.

Ese documento se propuso para dar una respuesta a una situación que se estaba anticipando: que hubiera más pacientes que tratamientos disponibles. Se pensaba especialmente en la situación que estaba sucediendo en otros países en que había que tomar decisiones sobre a quién asignar ventiladores y camas en las unidades de cuidados intensivos. Era importante proponer un procedimiento que se sustentara desde la bioética y esto fue lo que ofreció la guía. A diferencia de lo que sucede en las situaciones ordinarias en que las decisiones sobre el final de la vida se orientan principalmente por los principios de beneficencia y respeto a la autonomía, en la situación de emergencia nacional que representa la pandemia, se debe poner por encima el principio de justicia buscando salvar el mayor número de vidas

⁵ Consejo de Salubridad General, *Guía Bioética para Asignación de Recursos limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*, disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf.

posibles para utilizar los recursos escasos de la manera más ética.⁶ Mediante una valoración médica se evalúan las posibilidades que tiene cada paciente de aprovechar los tratamientos escasos y éstos se asignan a quienes pueden aprovecharlos. Vale la pena comentar que gracias a la importante discusión que despertó la publicación del borrador de la guía, se recibieron algunas críticas muy constructivas y como resultado de éstas, unido a la discusión sostenida con Conapred, se eliminaron todos los criterios que pudieran implicar algún tipo de discriminación. Es importante señalar que un objetivo muy importante de la guía es quitar a los médicos la tremenda responsabilidad de que sean ellos los que tomen las decisiones, con cada paciente, de a quién dar, y a quién no, un tratamiento que podría salvar su vida. Con la guía se busca librarlos de una responsabilidad que se ha visto que causa un enorme desgaste emocional en los médicos responsables de la atención de los pacientes. Por eso en la guía se establece que la decisión la tome un equipo de triage.

Otro punto que establece la guía es que a los pacientes que no reciban el tratamiento curativo (porque se anticipa que no podrán aprovecharlo) se les debe dar atención paliativa para que “tengan el mejor final de vida posible, de preferencia atendidos por personal de cuidados paliativos [...] Si la medicación no es suficiente para aliviar los síntomas se debe considerar la sedación, no con la intención de provocar la muerte, pero sí con la intención de que el paciente termine su vida sin sufrimiento”.⁷ Así mismo, se recomienda que se busque la manera de que los pacientes y familiares puedan despedirse recurriendo, si es necesario, a la tecnología.

JULIETA: ¿Y qué puedes decir sobre las decisiones sobre el final de la vida que aún nos falta tener a los mexicanos?

ASUNCIÓN: En México nos falta ampliar las opciones para elegir al final de la vida porque aún no es legal la muerte médicamente asistida que incluye la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Se trata de dos opciones de terminación de vida con las que una persona enferma, con un sufrimiento intolerable que no puede ser aliviado (ni con los cuidados paliativos) y que tiene la capacidad para tomar decisiones, elige adelantar su muerte para poner fin a ese sufrimiento. Pide la ayuda de un médico para tener una muerte segura y sin dolor.

⁶ Álvarez, A., Gómez, J., “Decisiones sobre el final de vida en una pandemia”, *Nexos*, mayo 2020, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=47912>.

⁷ Consejo de Salubridad General, *op. cit.*

V. EL MANEJO DE LOS CUERPOS FALLECIDOS POR COVID-19

ASUNCIÓN: Otro tema que es importante considerar es el que se refiere a los protocolos sobre el manejo del cuerpo de pacientes fallecidos por COVID-19, ¿nos puedes explicar cómo son?

JULIETA: Para eso, me gustaría reconocer la participación de los trabajadores sociales que nos ha ayudado mucho a manejar esta parte de la atención. Son los que se encargan en los hospitales de estar en comunicación estrecha con los familiares de los pacientes COVID-19. Cuando existe una situación de gravedad, el equipo de trabajo social se los comunica y los guía sobre el proceso que debe seguirse en caso de fallecimiento. Como vivimos en una situación extraordinaria, es necesario explicar a la familia en términos sencillos que no deben tocar ni besar el cuerpo de su paciente por el riesgo de transmisión de la enfermedad. De hecho, existe una *Guía para Manejo de Cadáveres por COVID-19 (SARS-CoV-2) en México*, publicada en abril 2020 por la Secretaría de Salud de México. Aplaudo que se cuente con este tipo de recursos e invito a los lectores a revisarla.⁸

VI. LOS MÉDICOS Y LA MUERTE

ASUNCIÓN: Como adelantábamos en la introducción, los médicos están teniendo una carga emocional muy fuerte porque no solo están enfrentando muchas muertes de pacientes, sino también de colegas. Además, viven con el miedo de contagiar a sus familiares. ¿Cómo has visto esto?, ¿qué has experimentado tú misma? Y, ¿cómo se puede ayudar a los médicos?, ¿qué se les puede recomendar?

JULIETA: Todo lo que comentas tiene un impacto muy importante en la salud física y mental de los médicos debido a que cotidianamente enfrentamos muertes de pacientes y, aunque con menos frecuencia, también de compañeros. De por sí somos un gremio que tiene una importante tasa de trastornos de ansiedad, de depresión y de suicidio y no estamos formados para pedir ayuda; más bien aprendemos a que tenemos que ser capaces de resolver todo por nosotros mismos. Entonces, ante estas experiencias tan difíciles, tendríamos, en primer lugar, que reconocer que necesitamos sentirnos acompañados

⁸ Secretaría de Salud. “Gobierno de México. Guía para Manejo de Cadáveres por COVID-19 (SARS-CoV-2) en México”, México, abril de 2020, disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/04/Guia_Manejo_Cadaveres_COVID-19.pdf.

y estar dispuestos a pedir ayuda; tenemos que mejorar las redes de apoyo y acudir a terapias de soporte.

Cuando yo estaba por iniciar el trabajo en guardias COVID-19 me cambié de casa por el miedo a contagiar a mis papás. Por otro lado, he visto amigos, maestros y enfermeros infectarse; algunos se han recuperado, pero otros ya no están con nosotros. Afortunadamente, en el hospital donde laboro el equipo de salud mental da consulta virtualmente al personal que lo requiere. Esta pandemia ha mostrado uno de los puntos débiles en la formación de los médicos: no sabemos hablar de la muerte. Nunca vamos a ser lo suficientemente maduros para entender la muerte, pero si tuviéramos mejores herramientas durante nuestra formación, podríamos tener, con más facilidad, las conversaciones sobre ella que imponen las situaciones que enfrentamos. Esto permitiría tomar mejores decisiones junto con nuestros pacientes, lo cual nos haría sentir más seguros de darles una adecuada atención al final de su vida.

VII. CONCLUSIONES

Después de este diálogo, podemos añadir que la muerte, aun si se da en un contexto de atención médica, no debe ser considerada sólo como un asunto médico; desde luego que es necesaria la atención del equipo de salud, pero no debe olvidarse que la muerte es, ante todo, un asunto humano y social; por ello, es importante preguntarse qué necesidades tiene un paciente que va a morir y cuál es la mejor forma de que muera. Se trata, también, de dejar de poner el acento en buscar cantidad de vida para voltear a privilegiar la calidad de vida.

En un artículo recientemente publicado en *The Hastings Center Report* que podría traducirse como *Evitar el cuidado ineficaz al final de la vida: ¿una lección del triaje?*, Stephen Latham reflexiona sobre lo que podríamos estar aprendiendo de esta pandemia en que hemos tenido que encontrar el valor para enfrentar decisiones críticas. El tener que resolver cómo asignar recursos escasos que pueden salvar vidas nos ha permitido ver que en situaciones ordinarias muchas veces se toman malas decisiones porque se dan tratamientos a pacientes que no los van a aprovechar; son decisiones que se toman buscando sólo más cantidad de vida y, al mismo tiempo, que no reconocen los límites de la medicina ni las verdaderas obligaciones ante el enfermo.⁹

⁹ Latham, S. R., "Avoiding Ineffective End-of-Life Care: A Lesson from Triage?", *The Hastings Center Report*, 50, 2020, disponible en: <https://doi.org/10.1002/hast.1141>.

Hemos comentado la importancia de que los médicos reflexionen sobre su propia muerte y sobre el crucial papel que juegan en el final de la vida de los pacientes que atienden, pero también creemos que ayudaría mucho que los pacientes y sus familiares, es decir todos, nos responsabilicemos de nuestra muerte, de cómo queremos y cómo no queremos que sea el final de nuestra vida para comunicarlo oportunamente y tomar mejores decisiones.

Finalmente, nos preguntamos cómo se responderá, después de la experiencia que vivimos en esta pandemia, la pregunta que se hacía Yuval Noah Harari hace dos meses en su artículo: “¿El coronavirus cambiará nuestra actitud hacia la muerte?”.¹⁰ Él anticipa que no, que en lugar de cambiar nuestra actitud de evasión y negación, la gente exigirá a los científicos que aceleren sus investigaciones para vencer a la muerte. Ojalá que Harari se equivoque y esta experiencia nos sirva para aprender a darle un lugar en nuestras reflexiones y conversaciones para estar mejor preparados para enfrentarla.

¹⁰ Harari, Y. N., “¿El coronavirus cambiará nuestra actitud hacia la muerte?”, *Tribuna*, abril de 2020, disponible en: https://blogs.elconfidencial.com/cultura/tribuna/2020-04-26/coronavirus-muerte-pandemia-harari_2564224/.

EL DERECHO A MORIR Y EL DERECHO A VIVIR EN EL COVID-19: LAS VIDAS DE LOS VIEJOS Y LOS ENFERMOS CRÓNICOS O TERMINALES IMPORTAN HASTA EL ÚLTIMO SUSPIRO

Amparo ESPINOSA RUGARCÍA

Más que hablar de la muerte, que en realidad nadie conoce y de la que nadie ha tenido una vivencia, debemos hablar del morir.

José SARAMAGO, *Las intermitencias de la muerte*

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *El derecho a morir y también a vivir*. III. *La construcción social de la muerte en tiempos del COVID-19*. IV. *Raymundo: la mirada de un paciente sobreviviente*. V. *Rodrigo: la mirada de un médico en el frente de tratamiento de pacientes graves*. VI. *El enfoque de los cuidados paliativos en la pandemia*. VII. *Llegó un monstruo y el sistema de salud no estaba preparado*. VIII. *Una reflexión personal*. IX. *Conclusiones*.

I. INTRODUCCIÓN

El mundo nos recibe con sonrisas y un espacio acogedor para hacer nuestra llegada a la tierra lo más bondadosa posible. No suele ocurrir lo mismo con nuestra partida. Por lo menos en México. Un gran número de mexicanos son despedidos de la vida sin el espacio y los cuidados apropiados, sin medicamentos para paliar el dolor ni las suficientes opciones a para hacer una buena transición.

Es la nuestra una cultura que desatiende a sus moribundos y también a sus viejos; una cultura que celebra a los muertos pero que, paradójicamente, no habla de la muerte. El 46.3% de los mexicanos piensa acerca de la muerte menos de una vez al año y el 30.1% una vez al mes. Es también

significativo que el 45.3% nunca haya hablado de su muerte y que sólo un 0.8% lo haya hecho con su médico.¹

En este contexto no es de extrañar que nuestro sistema de salud haya sido diseñado para una población eternamente joven e inmortal. Esto es... hasta que una feroz pandemia nos tomó por sorpresa. Entonces la muerte salió de su escondrijo, nos miró a los ojos y comenzó a manifestarse de manera despiadada. ¿Le devolveremos la mirada y haremos amistad con ella?

La normalidad es efímera, va construyéndose de manera permanente. Hoy nos toca construirla a partir del COVID-19. Un aspecto crucial de esta “nueva normalidad”, como han dado en llamarla nuestras autoridades, serán cambios radicales en la manera como los mexicanos concebimos la muerte y vivimos el proceso de morir. ¿Qué otra reacción cabe cuando hemos visto al desnudo la vergonzante realidad sanitaria de nuestro país? Cuando hemos sido testigos del enorme sufrimiento que esto ha ocasionado a centenares de mexicanos y sobre todo a aquellos enfermos graves que no han tenido acceso a los fármacos necesarios para paliar su dolor y han muerto en soledad porque el acompañamiento de sus familiares les estaba vedado.

El término de *cuidados paliativos* —que bien puede considerarse el parámetro de referencia para conocer el nivel de atención que una sociedad brinda a sus enfermos crónicos o terminales—, ni siquiera ha permeado entre la población. El concepto resulta ajeno a la población en general ya que únicamente el 24% de la población conoce el término; incluso a un buen número de médicos y les resulta ajeno.² Menos aún ha permeado el significado profundo y los servicios implícitos en estos cuidados: la infraestructura hospitalaria de nuestro país es simplemente inadecuada para atender como es debido a nuestros enfermos terminales o crónicos que suelen ser, en buena medida, personas de edades avanzadas. Esta situación ha sido dolorosamente evidenciada por el COVID-19, como veremos más adelante.

Por el Derecho a Morir con Dignidad (DMD-México) es una organización civil que definió inicialmente su misión de promover el derecho a morir con dignidad a partir de la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Esto ocurrió en el 2009; sin embargo, la realidad sanitaria

¹ Por el Derecho a Morir con Dignidad, *Encuesta nacional sobre muerte digna*, México, diciembre de 2016, disponible en: <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/dmd-encuesta3.pdf>.

² Por el Derecho a Morir con Dignidad, *Actitudes y opiniones sobre los cuidados paliativos en la Ciudad de México*. México, agosto de 2019, disponible en: <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2020/02/REPORTE-CUANTITATIVO-DE-CUIDADOS-PALIATIVOS-FUNDACI%C3%93N-DMD-revisado-c.pdf>.

de nuestro país, desenmascarada por el COVID-19 en el 2020, nos obliga a ampliar esta perspectiva que ahora nos resulta estrecha y hasta miope, para cumplir cabalmente con nuestra misión de promover una muerte digna. En el contexto post pandemia, las actividades de DMD-México no deben reducirse a promover la legalización de la muerte médicamente asistida. Hoy deben abordar también algunos de los temas sanitarios degradantes en torno a la etapa final de la vida de los mexicanos algunos de los cuales abordaremos mas adelante.

Cuando buscamos una muerte digna, opciones como el derecho a la muerte médicamente asistida en sus modalidades de suicidio y eutanasia, son necesarias; pero también son insuficientes. Para que una muerte sea digna es preciso que todas las etapas anteriores de la vida, y principalmente las finales, puedan vivirse en un entorno bondadoso de acuerdo a los requerimientos esenciales de los seres humanos. Hace falta, por ejemplo, que todas y todos tengamos acceso a fármacos que nos permitan vivir sin dolor el proceso de un enfermedad larga; que todos y todas contemos con espacios y medios materiales suficientes para florecer y decidir qué queremos hacer con nuestras vidas sin ser orillados o cohercionados por las circunstancias a optar por la vida o la muerte cuando no lo deseamos.

Las vidas de los viejos y los enfermos crónicos o terminales importan hasta el último suspiro. Sin embargo, los contextos cultural, sanitario y legal actuales no son los que se requieren para que los mexicanos vivamos las etapas finales de nuestra vida en un ambiente apropiado y para que cuando llegue el momento de partir podamos hacerlo de manera digna: la muerte es el momento de sellar nuestras vidas y eso no es cualquier cosa. Estas preocupaciones no son nuevas; han estado ahí desde siempre. Muchos estudiosos han escrito ampliamente sobre el tema. Sin embargo habían permanecido semiocultas hasta que los reflectores del COVID-19 las iluminaron y alcanzaron notoriedad.

II. EL DERECHO A MORIR Y TAMBIÉN A VIVIR

En las últimas semanas, entre los meses de junio y julio de 2020, uno de los temas que mayor presencia mediática ha tenido es el del *vejeísmo* o etarismo, fue puesto en el escenario en el contexto de la escasez de ventiladores. ¿Quiénes deben tener prioridad cuando los ventiladores no alcanzan? En algún momento pareció que se estaba planteando que cualquiera... menos los viejos. La reacción de gran parte de la población fue inmediata.

El debate surgió con las declaraciones del gobernador americano Dan Patrick quien dijo estar dispuesto a sacrificar su vida en aras de la vida de sus nietos en caso necesario.³ Sus palabras fueron retomadas por la prensa mundial que, como suele ocurrir, las difundió con su propio aderezo perturbador traduciéndolas (en esencia) de la siguiente manera: “Las personas mayores deben (deberían) sacrificarse en beneficio de las generaciones más jóvenes.”

Era como si las circunstancias del COVID-19 nos estuvieran pidiendo a los viejos de manera indiscriminada, tomados como un grupo social homogéneo... lo mismo que pedían las circunstancias de tiempos de guerra a los jóvenes: ofrendar nuestras vidas en aras de la supervivencia de los demás. O sea, si en las guerras se sacrifica los jóvenes; en tiempos del coronavirus se sacrificaría a los viejos. La ética social a todo lo que da: el pragmatismo.

El planteamiento me resultaba paradójico: los viejos mexicanos no podemos optar por la eutanasia o el suicidio médicamente asistido dado que son prácticas ilegales y, sin embargo, se nos pide (¿exige?) sacrificarnos en aras de nuestros conciudadanos jóvenes. Llevado a extremos, una negativa a aceptar nuestra suerte podría incluso implicar algún castigo (como les ocurría a los soldados que desertaban), que en nuestro caso consistiría, al menos, en el repudio social.

Un prominente intelectual estadounidense, el matemático y traductor Arthur Goldhammer, lamentó su *destino* de ocurrir una situación tal, diciendo: “Me encuentro en ese grupo de viejos cuya libertad podría ser sacrificada en aras del ‘ajuste cualitativo de años vida’ de las generaciones más jóvenes y las exigencias de la economía”.⁴

El derecho a vivir con dignidad o, dicho de otra manera, el derecho a no ser forzados a morir, es el anverso de una moneda cuya otra cara es el derecho a morir con dignidad. Porque, para dar un ejemplo, como apunté al principio, parecería factible que se nos obligara a los viejos a morir en aras de los demás; aunque también se nos obliga a morir, si bien de manera indirecta, cuando por falta de atención médica eficiente y de medicamentos para paliar el dolor no nos queda otra alternativa que la muerte pues no hay quien aguante siquiera un dolor de muelas por un tiempo largo. Podemos también pensar que a los viejos se les está de hecho orillando a

³ Parker, Kathleen, “Beware insidious messaging about who lives and who dies”, *The Washington Post*, Washington D. C., 27 de marzo de 2020, disponible en: https://www.washingtonpost.com/opinions/beware-insidious-messaging-about-who-lives-and-who-dies/2020/03/27/28ecc710-705c-11ea-aa80-c2470c6b2034_story.html.

⁴ Comunicación por correo electrónico de Arthur Goldhammer a Frances Kissling, 4 de mayo de 2020.

morir cuando nuestra cultura los mira como material de desecho pasados los 60 años.

Desde esta perspectiva, para ser fiel a su misión de velar por los derechos humanos hasta el final de la vida, DMD decidió ampliar su horizonte; en adelante ya no sólo mirará hacia una muerte digna vía la legalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido, sino que mirará además hacia el derecho a vivir, a que nadie sea orillado a morir, por las razones que sea, si no quiere hacerlo.

Bajo este planteamiento dirigimos nuestra atención hacia lo que está pasando en esta era del coronavirus en las áreas de cuidados intensivos y paliativos de los hospitales; hacia la atención que se les está otorgando a los moribundos y en especial a los ancianos. Para hacerlo realizamos una serie de entrevistas a pacientes recuperados del COVID-19, a médicos internistas y geriatras de hospitales públicos y privados, así como enfermeras intensivistas y de cardiología, con el fin de conocer su punto de vista.

A manera de introducción de este estudio me aproximaré a lo que ha sido la construcción social de la muerte en tiempos del COVID para tener un marco de referencia antes de transcribir la síntesis de dos de estas entrevistas.

III. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA MUERTE EN TIEMPOS DEL COVID-19

La muerte involucra todo lo humano; se conceptúa de acuerdo con el sistema de valores de cada persona, se relaciona con la propia historia de vida y las experiencias previas. El concepto muerte se modela también de acuerdo con estándares o perspectivas de cada grupo social, de cada época y de cada lugar. La muerte es representada en la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales y del colectivo.⁵ En las diferentes latitudes y en cada momento de la historia de la humanidad, es posible reconocer una red de significados culturales relacionados con la muerte. El concepto abarca una constelación de aprendizajes, memorias, emociones y nociones tanto en el plano individual como en el colectivo, las cuales están insertas en un contexto cultural y en las experiencias de cada individuo.⁶

⁵ Cardona, Doris y Agudelo, Héctor Byron, “Construcción cultural del concepto de calidad de vida”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Antioquía, enero-junio de 2005, pp. 80-90.

⁶ *Idem.*

Los cambios sociales y ambientales modifican la construcción cultural de la muerte. Las guerras, los estados de excepción, los desastres naturales y las pandemias matizan la experiencia colectiva e individual de la fragilidad humana. Desde esta perspectiva cabe preguntarnos, ¿qué elementos han modificado nuestra experiencia de la muerte durante la pandemia de COVID-19? ¿Cuál y cómo ha sido el contexto donde están ocurriendo las defunciones?

Pasa que la oleada de muertes generada en la epidemia, la incertidumbre y la inseguridad derivados de la aparición de una nueva enfermedad intratable, la vulnerabilidad de los enfermos, la pobre capacidad resolutive de los servicios de atención en salud, el contacto cercano con personas infectadas, los cambios de comportamiento al interior de la comunidad, entre otros, no pueden sino haber modificado el significado de vivir y de morir a nivel individual.

A partir del COVID-19 los mexicanos llevamos a cabo acciones en respuesta al miedo, a la incertidumbre y al sentimiento de impotencia ante la posibilidad de la muerte. Nos cambiamos los zapatos, lavamos nuestras manos, usamos mascarilla, desinfectamos los empaques de los alimentos, lavamos y desinfectamos las superficies de hogares y centros de trabajo, entre muchas otras. Tanto las recomendaciones de la autoridad sanitaria, las experiencias que tenemos con las personas que enferman y las modificaciones en el día a día de los lugares públicos han modificado nuestros comportamientos sociales, también están matizando nuestras relaciones interpersonales y las actitudes frente a la vida y la muerte.

En un país en donde hasta hace muy poco no se hablaba prácticamente de la muerte hoy, al interior de sus hogares, las familias hablan sobre las voluntades anticipadas en caso de enfermar de gravedad y dan directrices de tratamiento en escenarios adversos. Hoy la muerte toca a las puertas y el contacto que tenemos con ella se ha vuelto recurrente y cotidiano. En el pensamiento colectivo, la muerte comienza a interiorizarse, a convertirse en una realidad y a exaltar el miedo, tan intrínsecamente humano.

Sin embargo, este contacto con la finitud no parece estar caminando hacia la resignación. A nivel comunitario, parece que más bien se da la respuesta contraria. Los líderes políticos buscan culpables, se atacan entre ellos, observan la responsabilidad de no estar preparados o la negligencia de un puñado de culpables. Los medios de comunicación dan por sentada una salida a través del desarrollo de una vacuna y se preguntan cuándo se contará con ella.⁷

⁷ Harari, Yuval N., “Will coronavirus change our attitudes to death? Quite the opposite”, *The Guardian*, 20 de abril de 2020, disponible en: <https://www.theguardian.com/books/2020/apr/20/yuval-noah-harari-will-coronavirus-change-our-attitudes-to-death-quite-the-opposite>.

El imaginario colectivo busca sobreponerse a la adversidad: aminorar el daño en los infectados, encontrar la cura o tener la vacuna.

A diferencia de otras pandemias en la historia de la humanidad, el COVID-19 no se toma como un castigo divino o un mal inevitable. Por el contrario, se entiende como un enemigo que altera el equilibrio al que es posible vencer y a eso enfocamos todas nuestras energías. Incorporar a la muerte en la vida no parece considerarse una alternativa. El imaginario colectivo mira hacia la inmortalidad.⁸

Las posiciones encontradas en la construcción individual y colectiva de la muerte guardan relación con la identidad de los fallecidos. Para acercarse a la muerte hay una sola condición: la individualidad del muerto tiene que ser presente y reconocida. No hay perturbación cuando el muerto es anónimo. La afirmación de la individualidad hace la conciencia de la muerte y la creencia en la inmortalidad. El estado de guerra o las muertes que acontecen diariamente en la pandemia son un ejemplo de la disolución de la presencia de la muerte por el predominio de la afirmación social sobre la afirmación del individuo.⁹ La vida humana se escandaliza, se consterna frente a la muerte. Los diversos rostros de la muerte irrumpen en más de una disciplina teórica y estremecen a más de un discurso científico, religioso, político y artístico.

IV. RAYMUNDO: LA MIRADA DE UN PACIENTE SOBREVIVIENTE

Ante este panorama, DMD México busca indagar en las circunstancias concretas que lo conforman y ha realizado, como referí previamente, una serie de entrevistas a profundidad, vía telefónica y por internet. Estas entrevistas fueron audiograbadas con previa autorización de los consultados, con una duración aproximada de 60 minutos. Entrevistamos a pacientes recuperados del COVID-19, a médicos internistas y geriatras de hospitales públicos y privados, enfermeras intensivistas y de cardiología con la intención de aproximarnos a los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo perciben los pacientes la atención sanitaria que se les ofrece? ¿Cómo se está atendiendo a los ancianos? ¿Cuáles han sido las vivencias del personal sanitario que atiende a enfermos COVID-19, de los cuales muchos fallecerán? ¿Cómo han resuelto el dilema de la escasez de material cuando se les ha presentado? ¿Bajo que condiciones está ocurriendo realmente la atención a los enfermos?

⁸ *Idem.*

⁹ Antaki, Ikram, “Historia de la muerte”, *El Banquete de Platón: Filosofía*, Ciudad de México, Joaquín Mortiz, 1996, p. 115.

A continuación presentaré los resultados más relevantes de la entrevista realizada a un hombre sobreviviente de COVID-19. Se emplean nombres ficticios para el relato.

Raymundo tiene 48 años, es abogado y labora como ejecutivo medio en una empresa particular. Enfermo recuperado del COVID-19 sin antecedentes patológicos aunque con cierto grado de sobrepeso, Raymundo fue diagnosticado en marzo de 2020 en Pachuca, Hidalgo.

Empezó con fiebre que se le quitó inexplicablemente cuando llegó por primera vez a consulta al hospital inflable de Pachuca. Le diagnostican infección en la garganta; le recetan unas inyecciones y lo mandan a casa. Vuelve al hospital, con fiebre, cinco días después. Su oxigenación no está por debajo de los reglamentarios 88, no le hacen la prueba del COVID-19 y lo regresan de nuevo a casa. Pasan tres días, Raymundo no siente mejora y empieza a perder el gusto y el olfato, por lo que vuelve al hospital... “Esta vez mi oxigenación está por debajo de los 88 y me hacen la prueba del COVID-19. Resulta positiva y me trasladan al Hospital General de Pachuca para sacarme una tomografía de torax. «Estás muy mal, te tengo que intubar; si no, no sales», me dice el médico en cuanto la ve”.

Raymundo firma la autorización para el intubamiento; no hay tiempo de esperar a que lo haga algún familiar. En algún momento él pudo ver la autorización de una persona que externó su última voluntad en el sentido de que no quería ser intubado...

En la misma autorización le expresó el amor a su hija y a su familia y se despidió de ellos. Muchos dirán “qué cobarde” porque debes pelear hasta el final; pero no lo sé... yo tomé la decisión de seguir peleando porque fue una promesa que le hice a mi esposa y la respeté hasta el final... si todavía estás consciente, tú debes decidir sobre tu cuerpo aunque tu familia esté en desacuerdo con tu decisión...

Durante los 17 días que Raymundo pasó intubado, nadie pudo decirle a su esposa cómo iba evolucionando... “Los médicos todavía no se ponen de acuerdo, no le podemos dar ningún reporte”, le explicaban. Un día la llamaron de urgencia para que fuera de inmediato al hospital porque Raymundo fallecería en cuestión de horas. “Me había entablado, y ni para atrás ni para adelante”.

Raymundo podía escuchar todo lo que decían los médicos: “si no sube su oxigenación no lo vamos a poder sacar, no lo vamos a poder despertar”; “¿qué le vamos a administrar?”; “esto no porque le puede afectar los riñones; esto tampoco porque le afectaría los pulmones”.

Recuerda también los audios que le enviaban su esposa y sus hijos porque eran lo único que lo arraigaba a la vida... lo único que te mantiene en pie de lucha; sabes que ahí están, que tienes que salir para ellos.

Para este abogado de 48 años los peores momentos fueron los cinco largos días que mediaron entre la extubación y la ida a casa: “Mi cerebro seguía bajo la influencia del medicamento y de todo lo que me metieron... ese shock en mi cabeza de tratar de poner en orden mis ideas y de entender tantas cosas que pasaron... es muy complicado...”.

En una ocasión una enfermera llegó para darle de comer por una sonda que le acababan de colocar sin que él supiera por qué hasta que le explicaron que intentó sacarse el tubo y se rasgó el estómago...

Es ahí donde debían decirte algo así como “ayúdanos, estate tranquilo, tu familia está esperándote; no podemos tener a nadie de tus familiares aquí porque es de alto riesgo; no pueden hablar contigo; no te puedo meter un teléfono para que hagas llamadas pero tu familia está aquí, te está esperando; tú échale ganas”.

A los pacientes recuperados y a los cuidadores de pacientes les preocupan las secuelas derivadas de la enfermedad, la terapia pulmonar que necesita prolongarse para garantizar la adecuada oxigenación, la forma como el virus “se come la grasa y la masa muscular, dejándonos en los huesos” y la lenta recuperación del equilibrio tras la terapia intensiva.

Como es de esperarse, en los pacientes hospitalizados hay un miedo inminente ante la propia muerte: el dejar a los hijos y nietos “desprotegidos”. El riesgo —real o fantaseado— de contagiar a los demás miembros de la familia es otro de los temores más arraigados, con la culpa concomitante que esto traería. Prevalece el miedo a perder la propia autonomía y quedar incapacitado para realizar funciones vitales como sentarse, ponerse de pie, bañarse o alimentarse por sí mismo.

Los pacientes recuperados refieren cierta hipersensibilidad y labilidad emocional: “sentimientos a flor de piel, risa y enojo exagerado y algunas discusiones maritales que tardamos más en resolver”. Por otro lado, parecería que superar la crisis es un reto o una batalla bien librada, por lo que se sienten agradecidos y afortunados.

En referencia a los familiares, la espera del parte médico afuera del hospital, que en ocasiones se da por teléfono, por *WhatsApp*, o bien, no se da porque el médico no tiene tiempo de hacerlo, ni de explicarles cómo reintegrarse a la dinámica familiar tras el alta hospitalaria, genera una gran angustia, enojo, confusión y frustración.

“Tras enfermarte, la familia te trata como leproso y a mi empleada doméstica, que también iba a casa de mis abuelos a trabajar, la trataron como perro rabioso, aunque ella nunca se contagió. Eso es lo peor; nadie trata la parte humana del COVID-19” (paciente recuperada y cuidadora, 38 años).

Pacientes recuperados que estaban empleados, reconocen que el impacto laboral, en ciertas compañías, ha sido significativo. Asimismo, les agobia que las afectaciones macroeconómicas llegarán a ser desastrosas en México.

V. RODRIGO: LA MIRADA DE UN MÉDICO EN EL FRENTE DE TRATAMIENTO DE PACIENTES GRAVES

Rodrigo es médico internista y geriatra del Hospital Regional 72 de Tlane-pantla, hoy convertido en Centro de Referencia COVID-19; tiene además consulta privada en un hospital del sur de la ciudad:

Me ha tocado lo más grave, lo más dramático de la pandemia; todos los pacientes que yo veo no son la cara estadística, son los más enfermos... A un porcentaje alto les va muy mal. Esperábamos que hubiera pocos jóvenes... pero los pacientes que vemos son sobre todo jóvenes obesos de alrededor de 30 años; la mitad se intuba y lamentablemente el 70% fallece.

Para este médico geriatra el sistema de salud de nuestro país nunca ha sido bueno, y ahora que se nos vino encima un *monstruo*, como él dice, no hay manera de salir airosos... “Aún así, creo que reaccionaron muy tarde, añade. Los médicos y empleados de mi hospital lo vimos venir desde enero; intentamos que se prepararan las cosas; pero hasta abril empezaron a abrir los ojos. Era ya demasiado tarde...”.

Para Rodrigo la mayor deficiencia de recursos se da en el área de recursos humanos; no existe el número suficiente de médicos especialistas y no están preparados para tratar el grado de gravedad que supone el COVID-19. Eso les toca a intensivistas, urgenciólogos, neumólogos...

Yo tengo la preparación de un internista pero no basta. Ahora como no hay intensivistas o urgenciólogos suficientes tienes que hacer algo y lo haces... pero imagínate ¿qué puede hacer un otorrino, un psiquiatra o un pediatra? No nos han capacitado en el manejo de los ventiladores... el virus es muy

complejo y siento que se está perdiendo tiempo. Creo que gran parte de la mortalidad, es un reflejo de esta situación.

Hay tantas carencias sanitarias que la calidad viene siendo lo de menos; hay que sortear la crisis de la mejor manera posible. Son tantos los pacientes que los médicos ya no saben qué hacer y aún así, el apoyo a los pacientes depende en buena medida de su iniciativa y buena voluntad:

A los pacientes no se les permite llevar sus teléfonos... entonces yo les pregunto “¿qué quieres que le diga a tu familia?, dime un nombre para que sepan que eres tú”. Abajo igual: “¿qué quieren que les diga arriba, algún mensaje para el paciente?”. Entiendo que los pacientes estén tan aislados por eso de la infección; pero de ahí a que muchos de ellos salgan en una bolsa para ir directo al crematorio...

La decisión de intubar o no a un paciente es un tema que le preocupa tanto como los documentos de voluntad anticipada; su punto de partida es que el adulto mayor siempre ha sido discriminado...

Para nosotros los geriatras la edad del paciente nunca es el factor para decidir un tratamiento. Los urgenciólogos dicen: “A toda persona arriba de 80 con una o dos enfermedades, no la voy a intubar; son momentos de crisis y en momentos de crisis, como en la guerra, se toman decisiones”...

Yo les digo, “a ver, tranquilos, ¿cuál guerra? Esto es medicina, no somos mercenarios; somos gente de principios, tomamos decisiones en base a la ciencia, a la evidencia”.

Aquí entra el tema del viejismo. Lo veo todos los días, en urgencias, en terapia intensiva... y son ahorita estos los que están tomando las decisiones: dicen que por la crisis, de 80 para arriba no los van a intubar; pero siempre ha sido así. Su viejismo no los deja ver más allá.

Rodrigo resume su entrevista diciendo que para él, el COVID-19 es un parteaguas. No es solamente un tema médico, enfatiza. Es un tema social, bioético, económico... abarca todo. Si vemos a la pandemia de manera integral, como si fuera una carrera, como un concepto que envuelve a las demás áreas, tal vez en algún momento habría un método para seguir en cada caso y no se tomarían decisiones al vapor como se han estado tomando. “En México las decisiones para enfrentar la pandemia fueron pensadas en términos económicos, como en todo el mundo; de hecho ahorita, estamos en que se reabre todo por la economía y a ver cómo nos va; son decisiones totalmente políticas y económicas, sin pensar en el virus”.

VI. EL ENFOQUE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA PANDEMIA

Cuando tocamos el tema del derecho a vivir y morir con dignidad, vienen a nuestra mente los escenarios clínicos de las personas infectadas. El acceso a cuidados médicos de calidad en el final de la vida tiene un sinnúmero de elementos y determinantes a los que se suman la velocidad de avance y las complicaciones relacionadas con una nueva enfermedad como puede ser el COVID-19.

El acceso a los servicios de salud y a la asesoría médica en domicilio, la saturación de los servicios de atención a los enfermos, el riesgo de contagio de los familiares y del personal de salud, la asignación y disponibilidad de recursos, medicamentos e insumos, entre otros, son elementos que merman el derecho de los pacientes a acceder de forma efectiva a la paliación del dolor y al control de síntomas de agonía; inhiben también su derecho al acompañamiento de sus familiares.

Las condiciones de los servicios de salud inciden también en los derechos de los cuidadores a la protección del contagio y al apoyo emocional y psicológico. Entran en pugna asimismo el derecho del personal de salud a la toma de decisiones informadas para evitar el encarnizamiento terapéutico y asignar efectivamente los recursos disponibles al cuidado de los enfermos.

Hoy, el personal de salud se encuentra prácticamente rebasado, no solamente por la pobre disponibilidad (en la mayoría de los escenarios ausencia) de equipos multidisciplinarios para los cuidados paliativos, sino por la carga emocional que conlleva el cuidado de estos enfermos críticos.¹⁰ Las medidas de cuidado de los síntomas de sufrimiento pueden requerirse de forma urgente en los pacientes con infección por COVID-19, pero también la comunicación efectiva con la familia de los enfermos y los cuidados psicológicos del personal de salud.

De acuerdo con la Sociedad Europea de Oncología Médica, los pacientes infectados con COVID-19 tienen el derecho al alivio del sufrimiento al final de la vida. La velocidad de avance de la enfermedad en los casos graves y la comunicación sensible y efectiva con el paciente y la familia representan dos retos en la implementación de cuidados paliativos en el contexto de la pandemia.¹¹

¹⁰ Human Rights Watch, *Care when there is no cure. Ensuring the right to palliative care in Mexico*. 28 de octubre de 2014, p. 30, disponible en: http://features.hrw.org/features/HRW_2014_report/Mexico_Care_When_There_Is_No_Cure/assets/mexico1014_web.pdf.

¹¹ European Society for Medical Oncology, “Emergency palliation protocol for non-ventilated COVID-19 patients —inpatient version—”, Ginebra, mayo de 2020, p. 1, disponible

Los cuidados del final de la vida, denominados de forma genérica cuidados paliativos, tanto en el escenario del hospital como de la casa, resultan indispensables para aliviar la incisión, el dolor y las heridas psicológicas y emocionales que deja a su paso este virus en las comunidades. Las consecuencias de no acceder a cuidados paliativos serán devastadoras en el tiempo. En ausencia de una cura y de una vacuna, estos cuidados son quizá el único camino para aliviar el sufrimiento de una pandemia como la que acontece.

El término cuidados paliativos (como vimos antes) no ha permeado aún entre la población mexicana. Incluso a un buen número de médicos le es desconocido; sus componentes y significado profundo han permeado aún menos. En nuestro país la ley al respecto —que sí existe— es prácticamente letra muerta y a la fecha ha probado ser ineficaz particularmente en lo que toca a los mexicanos física y económicamente más desprotegidos.¹²

Contrario a lo estipulado legalmente, las áreas geográficas de México atendidas por unidades de cuidados paliativos distan mucho de abarcar a la mayoría de la población. En el 2014 de los 32 estados de la República, 7 no contaban en absoluto con espacios de cuidados paliativos; 17 tenían sólo un servicio de cuidados paliativos en su ciudad capital y sólo la Ciudad de México contaba con servicios de cuidados paliativos auspiciados tanto por la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE.¹³ Más aún, una buena parte de las escasas unidades de cuidados paliativos que operan en el país carecen de los medicamentos y los recursos humanos y técnicos suficientes para prestar sus servicios de manera satisfactoria, como también lo exige la ley.

En este contexto, la parte de la población que vive en pueblos alejados de las grandes ciudades difícilmente tendrá acceso a los fármacos esenciales para paliar el dolor que suele acompañar a una enfermedad crónica o terminal; las unidades de cuidados paliativos debidamente abastecidas para proporcionarlas están fuera de su alcance.¹⁴

Aunque las preferencias de los mexicanos se inclinan a una atención domiciliaria de cuidados paliativos, estos se ofrecen (casi exclusivamente) dentro del ámbito hospitalario. El servicio de atención paliativa en casa (prevista en nuestra legislación), acorde a nuestra idiosincracia, es una tarea que ha quedado pendiente. La ausencia de fármacos para paliar el dolor y/o la dificultad que existe para conseguirlos es particularmente grave. Este

en: <https://www.esmo.org/covid-19-and-cancer/covid-19-full-coverage/covid-19-useful-resources/covid-19-palliative-care-pathways>.

¹² Por el Derecho a Morir con Dignidad, *Actitudes y opiniones sobre los cuidados paliativos en la Ciudad de México*, *op. cit.*

¹³ Human Rights Watch, *op. cit.*

¹⁴ *Idem.*

fenómeno es multifactorial y mucho se ha escrito al respecto. Una encuesta llevada a cabo por DMD-México en la Ciudad de México arroja información respecto del sentir de la población en torno a este tema.¹⁵

Al preguntar a los encuestados si conocían o habían oído hablar de algún tipo de medicamento en base a alguna droga controlada que se les suministrara a los enfermos para aliviar el dolor, el 6 de cada 10 respondieron de manera afirmativa; de estos un 37% dio como ejemplo la marihuana y el 26% la morfina. Cuando se les preguntó su opinión sobre el uso de estos fármacos, el 81% dijo que buena y la razón que esgrimieron para justificar su opinión es que quita el dolor; un 19% dijo que el uso de estos fármacos es mala o muy mala porque es una droga y causa adicción.¹⁶

Pese a la opinión favorable de la mayoría de la población acerca del uso de fármacos controlados para paliar el dolor, un gran número de mexicanos y mexicanas mueren en medio de grandes dolores ante la impotencia de sus familiares de proporcionale alivio a su sufrimiento. Un estudio cualitativo que realizó DMD México para conocer las categorías asociadas al término en la población de la Ciudad de México evidenció las consecuencias del pobre acceso a los cuidados paliativos.¹⁷

Mi mamá llegó a odiar a los doctores, ya no quería saber nada de ellos. Ninguno les acompañaba en la agonía de mi abuela. Sólo le decían: “Así es esto. Así serán los dolores”. En una ocasión mi abuelita, desesperada, le suplicó a mi mamá: “Ay, hijita, inyéctame algo que me lleve de aquí, ya no aguanto más”.

VII. LLEGÓ UN MONSTRUO Y EL SISTEMA DE LA SALUD NO ESTABA PREPARADO

La totalidad de los entrevistados por DMD-México coincide en que la enfermedad no se concibe en sus reales dimensiones. Ya sea por negación, por una creencia de que son omnipotentes o por pensamiento mágico, gran parte de la población sigue corriendo riesgos y vulnerando a otras personas de sus entornos. Se trata de un tema que abarca lo social, lo bioético, lo económico

¹⁵ Por el Derecho a Morir con Dignidad, “Actitudes y opiniones sobre los cuidados paliativos en la Ciudad de México”, *op. cit.*

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ Por el Derecho a Morir con Dignidad, “Estudio Exploratorio en Cuidados Paliativos”, México, agosto de 2019, disponible en: <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2020/02/RESULTADOS-CUALITATIVOS-FUNDACI%C3%93N-DMD-CuidadosPaliativos-2019-c.pdf>.

y no sólo lo médico y lo político. Es esta perspectiva integral la que no se ha logrado abordar en México.

La actuación del gobierno federal y local tiende a calificarse entre regular y pésima, tanto por disfrazar el estado de emergencia, como por la asimetría en el reporte veraz de los casos reales y, sobre todo, por no predicar con el ejemplo. Los médicos comentan sobre todo la falta total de ética que al manejar cifras no reales que dan un panorama distinto a la población y hacen creer que el problema es menor; ellos refieren que hay temor a no tener acceso a una cama de hospital, o bien, a ser tratados por médicos que están “improvisando/ experimentando”, pues carecen de experiencia en el tratamiento del virus.

El personal de salud también admite que en algunos casos se ha caído en un grado de apatía, estrés y *burn out*: el médico, la enfermera y el camillero utilizan un traje que simula “un sauna” y no tienen tiempo de tomar agua, ir al baño, descansar, pues “hay todo un protocolo para quitarse el traje”. Es decir, su calidad de vida se ha visto mermada de modo considerable. Desde la perspectiva médica, la enfermedad arroja —día a día— nuevos datos epidemiológicos, por lo que la capacidad de respuesta está limitada. Las lagunas o deficiencias que más destacan giran en torno a la prevención de los contagios y los recursos humanos.

El gobierno federal ha enviado dobles mensajes, mensajes poco contundentes o tardíos a la población, desinformándola. Asimismo, los pacientes no saben cómo aislarse dentro de casa. Los recursos humanos, pues hay una cantidad insuficiente de médicos especialistas: algunos se incapacitaron, otros desaparecieron, otros se han contagiado y, principalmente, México carece de intensivistas y urgenciólogos:

El sistema de salud está muy castigado; en mi hospital del IMSS siempre ha habido falta de medicamentos, mala logística, mala administración y ahora, ante este monstruo, no había modo de prepararse. (Médico internista y geriatra)

La saturación de hospitales es el termómetro con que se mide la gravedad, pero eso es sólo la punta del iceberg. Intubar es un arte, es una labor interdisciplinaria que no cualquiera logra. Y ahora, tiempo después, la terapista aún me enseña a respirar por el diafragma para oxigenar por arriba de 90, y todavía uso oxígeno para dormir y bañarme. (Paciente recuperado)

Médicos y enfermeras manifiestan que ante el coronavirus no hay tiempo ni recursos tales como morfina para los cuidados paliativos ya que éstos demandan un equipo de apoyo que dé soporte y, en este caso, no es posi-

ble: hay nuevos casos cada día de nuevas defunciones. Sin embargo reconocen que varios hospitales mexicanos han sido ejemplares en su capacidad de adaptación y reconversión: siguiendo el método de la OMS han dictado pautas para el flujo de pacientes, para la seguridad del personal, el traslado de pacientes, la desinfección intensiva, etc. Asimismo, se han acondicionado hospitales inflables (como el de Pachuca) para hacer frente a la contingencia.

La empatía, el cuidado y el apoyo emocional del personal de salud ha contribuido de manera fundamental en la recuperación, sobre todo entre pacientes hospitalizados que viven una sensación de abandono y soledad que valoran el vínculo con un experto, cuando las condiciones permiten entablarlo y aunque no haya ningún protocolo disponible a la fecha.

El personal de salud se siente descobijado, descorazonado; el gobierno ya va a reabrir todo y eso recaerá en nuestra carga de trabajo. El estrés nunca va a bajar mientras siga esa poca conciencia. (Médico internista y geriatra)

Yo hablo con mis compañeras, hacemos dinámicas para relajarnos, pero el médico es más apático, sólo da indicaciones y ya... Es muy duro ver los decesos de los pacientes, pero también ver que nuestros mismos compañeros se van. (Enfermera intensivista)

Es crucial admitir que no se tiene todo bajo control, como generalmente se espera. El contagio se da tan rápidamente que impide evaluar el contexto de cada paciente: su edad, su capacidad de autonomía y funcionalidad previa a la enfermedad, sus antecedentes en cuanto a enfermedades debilitantes, etc. Los hospitales y clínicas se vuelven caóticos, desorganizados y plagados de incertidumbre, dado que no hay suficientes pruebas COVID-19, el personal de salud se infecta, tiene miedo de exponerse al virus, etc. En cuanto al actuar de las autoridades gubernamentales, enmascarar la severidad de la realidad es también una grave falta a la ética.

VIII. UNA REFLEXIÓN PERSONAL

Mi abuela Manuela murió de influenza española en 1918. En 2009, tras 10 años de búsqueda, descubrí donde estaba enterrada y exhumé sus restos. Leí mucho acerca de esa pandemia que alteró la vida de mi madre porque tenía apenas 6 años cuando mi abuela, su madre murió a los 28 años de edad.

Tantos años de leer sobre pandemias y jamás se me ocurrió que me tocaría vivir algo semejante; para mí la humanidad había superado esa etapa. Con el COVID-19 me di cuenta que no era así y me sentí en el limbo. Ten-

go el testamento de mi abuela firmado cuatro horas antes de que muriera donde ella escribe de su puño y letra que no aportó bienes al matrimonio y poco más. Aunque práctico para los que se quedan, al menos yo no quiero morir firmando algo semejante.

Las fotos de aquella epidemia difieren de las de ahora sólo en los trajes. Aunque ahora contamos con un sistema hospitalario, las fotos de los ataúdes y los cadáveres transportados por las calles de Puebla durante la influenza española que aparecieron en los periódicos, se parecen demasiado a las fotos que vemos por Internet de lo que ocurrió en Italia hace unas pocas semanas o de lo que está ocurriendo actualmente en México. Los dramas humanos ocurren hoy como en aquella pandemia de hace cien años. Niños y niñas siguen quedando en la orfandad, como mi madre. En este contexto cabe la pregunta, ¿cuál debe ser el papel de DMD-México ante la nueva normalidad? ¿Qué quiere la gente? ¿Cómo desearían vivir nuestros últimos momentos?

El dolor. Sobre todo el dolor. Morir sin dolor es el común denominador de las diferentes traducciones que le dan a muerte digna; quizá trabajar en aras del acceso generalizado a medicamentos económicamente accesibles que lo favorecen sería prioritario. Tal vez el espacio de cuidados paliativos bien podría ser el marco a partir del cual desarrollemos una nueva actitud ante el morir; un espacio en donde la humanidad exhiba lo mejor de sí misma... la compasión, la ternura, la bondad, la solidaridad, la tolerancia y el acompañamiento; donde la ciencia, la tecnología y los conocimientos se usen al servicio de los seres humanos y podamos ser despedidos de la vida con el mismo amor con la que fuimos recibidos. Así concebidos y definidos, los cuidados paliativos bien pueden convertirse en el mejor antídoto en contra de la deshumanización que amenaza impregnar la totalidad del entorno sanitario. Esto no significa excluir de nuestro trabajo la promoción de la legalización de la muerte médicamente asistida.

¿Qué tan preparados estamos para legalizar la eutanasia sin que vaya a significar una masacre? ¿Hay protocolos para concederla? ¿Debe de haberlos en este momento? ¿Como se viven las etapas previas al fallecimiento natural? ¿Cómo se viviría si hubiera el recurso legal de la eutanasia? La respuesta mayoritariamente afirmativa a favor de la eutanasia ¿Variaría si tuviéramos cuidados paliativos de primer nivel?

Cabe recordar que una buena parte de la población mexicana entiende la expresión “muerte digna” como sinónimo de la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Cuidados paliativos tienen la difícil tarea de reclamar la parte que le toca de dicho imaginario y el papel que son capaces de desempeñar en el último proceso que todos enfrentaremos

en algún momento, o sea, el de nuestra muerte. Es el “morir” al que hace referencia Saramago. Se trata de llevarlo a cabo sin dolor como propuso Albert Schweitzer en Gabón. Cómo bien dice Agustín Lara en su canción “Oración Caribe”, se trata a fin de cuentas de tener: “Piedad, piedad para el que sufre. Piedad, piedad para el que llora. Un poco de calor en nuestras vidas y un poco de luz en nuestra aurora”. Un poco de luz y de calor en la *aurora del atardecer de nuestras vidas* (como se ha traducido una frase de *Las noches blancas* de Dostoievsky).

IX. CONCLUSIONES

El sistema de salud, plagado de carencias, se ve rebasado por la carga asistencial en la pandemia de COVID-19. Las instalaciones sanitarias resultan insuficientes en calidad y cantidad. Existe poca disponibilidad de fármacos apropiados para atender a todos los que padecen dolores intensos o están en agonía.

Hay escasez de médicos intensivistas, entre otras especialidades, así como de enfermeras especializadas. Y en esta vorágine, hay poco respeto hacia los moribundos. El contagio del virus se da tan rápidamente que impide evaluar el contexto de cada paciente: su edad, su capacidad de autonomía y funcionalidad previa a la enfermedad, sus antecedentes en cuanto a enfermedades debilitantes, entre otras. Los hospitales y clínicas están caóticos, desorganizados y plagados de incertidumbre, dado que no hay pruebas COVID-19 suficientes, el personal de salud se infecta y tiene miedo de exponerse al virus.

Aunque hay guías oficiales para enfrentar la pandemia y tomar mejores decisiones, los médicos y enfermeras necesitan sentirse apoyados y resulta sumamente complejo decidir, subjetivamente, qué vida vale más que otra y quién merece un ventilador. La empatía, el cuidado y el apoyo emocional del personal de salud ha contribuido de manera fundamental en la recuperación, sobre todo entre pacientes hospitalizados que viven una sensación de abandono y soledad que valoran el vínculo con un experto, cuando las condiciones permiten entablarlo y aunque no haya ningún protocolo disponible a la fecha.

CIENCIA ABIERTA Y PROPIEDAD INTELECTUAL

CIENCIA Y DATOS ABIERTOS PARA UNA INNOVACIÓN SOCIALMENTE RESPONSABLE ANTE LA PANDEMIA COVID-19

Adalberto DE HOYOS BERMEA¹

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *La comunidad científica, datos abiertos y sociedades de conocimiento*. III. *Datos abiertos y las instituciones de salud*. IV. *La ciencia abierta, la ciudadanía y la pandemia*. V. *Conclusiones*

I. INTRODUCCIÓN

Ante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, a finales de 2019 y en el transcurso de 2020, distintas organizaciones, universidades, comunidades y asociaciones médicas y científicas se han abocado a tratar de solucionar el problema técnico de poder tratar el virus, o bien, una vacuna que permita inmunizar a la población. En general, las fuentes de información científica, los grandes grupos editoriales que manejan la información científica en estas áreas tuvieron la atinada respuesta de ofrecer en sus sitios de internet toda la información que tuviera que ver con temas relacionados a COVID-19, influenza, SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave, por sus siglas en inglés), así como casi toda la información relacionada y que pudiera aportar datos a los científicos trabajando para alcanzar alguna solución en esta área de la ciencia y la tecnología. La apertura de los datos en los distintos sitios de información científica fue celebrada universalmente, sitios como PubMed, Clarivate Analytics, Elsevier, EBSCO y muchas otras editoriales han permitido durante los últimos meses el acceso gratuito a la información, los artículos, los datos provenientes de distintas investigaciones y estudios.² Toda esta infor-

¹ Este capítulo se desarrolló con el apoyo del proyecto de investigación 20200228 de la Secretaría de Investigación y Posgrado del IPN.

² CONRICYT, “Editoriales con acceso abierto sobre coronavirus”, 2020, disponible en: <https://www.conricyt.mx/noticias-y-avisos/noticias?id=841>. Consultado 2 de agosto de 2020.

mación de acceso libre y gratuito a la comunidad científica global, o bien, al ciudadano de a pie que tenga el interés por consultarla.

Igualmente, repositorios de instituciones y sitios especializados como Nextstrain³ estaban compartiendo información científica que pudiera ser relevante para el personal de salud y los científicos trabajando en dar solución a la pandemia. Paradigmático de esta situación fue la publicación en acceso abierto de la secuenciación genética del nuevo Coronavirus (COVID-19)⁴ en *The Lancet*, apenas unos meses después de la aparición de los primeros pacientes. Esta secuenciación ha sido repetida a lo largo del mundo, y está disponible para quienes tengan la capacidad técnica y científica para hacer investigación al respecto.

Pero una pandemia como la de COVID-19 no solo se presenta en la forma de un problema o enigma científico, sino que está aparejado de muchas otras complicaciones que tienen que ver con la posibilidad institucional de los servicios de salud para ofrecer servicios, así como aquellos de los materiales y equipos personales de protección; de igual manera los suministros y los fármacos necesarios; sin dejar de lado aquello que tiene que ver con los problemas económicos, sociales y de seguridad que se desprenden de la situación, pero que a pesar de ser importantes, no serán el foco de este trabajo.

En este mismo sentido, como comentamos 32 de las más grandes editoriales del mundo han abierto estos datos y el nivel de producción científica en estos temas ha sido exponencial. En el caso de la búsqueda amplia de las palabras claves “COVID OR Coronavirus OR Pandemic OR influenza OR SARS”, en el caso del *Web of Science* de Clarivate Analytics desde enero y al mes de junio 2020 se tenían 27,336 documentos disponibles, los cuales provienen principalmente de las experiencias de los Estados Unidos y China en esta materia, muchos de ellos disponibles con antelación a su publicación formal. En el caso de Elsevier y su sitio del Centro de Información del Nuevo Coronavirus, podemos encontrar 17,889 artículos referentes al tema en el mismo periodo de tiempo.⁵ Mostrando por un lado la importancia para la comunidad científica internacional de poder compartir esta información, así como las experiencias que se desarrollan tanto en el laboratorio,

³ Zastrow, Mark “Open Science Takes on the Coronavirus Pandemic”, *Nature*, 581.7806 (2020), 109-10, disponible en: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01246-3>.

⁴ Lu, Roujian *et al.*, “Genomic Characterisation and Epidemiology of 2019 Novel Coronavirus: Implications for Virus Origins and Receptor Binding”, *The Lancet*, 395.10224 (2020), 565-74, disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8).

⁵ Elsevier, “Novel Coronavirus Information Center”, *Elsevier Connect*, 2020, disponible en: <https://www.elsevier.com/connect/coronavirus-information-center>. Consultado 2 de agosto de 2020.

como en la clínica. La iniciativa de estos dos gigantes, pero también de las otras 30 editoriales que decidieron abrir sus bases de datos para nutrir la investigación en estos temas fue ampliamente celebrada por las comunidades científicas alrededor del mundo.

Si bien, estas grandes compañías y sus ramas editoriales habían mantenido un control muy estricto sobre la información científica, la urgencia de la pandemia ha mostrado la necesidad de tener una vuelta al *ethos* mertoniano de una ciencia abierta, que supone una estructura normativa en la que no sólo valores epistémicos están envueltos en las tareas científicas, sino también ciertos valores éticos y sociales que las apoyan (Merton, 1973). Esa estructura normativa de la institución de la ciencia supone gran importancia en tener una visión universal y común de las tareas a desarrollar, en la que mientras más rápido se pueda compartir la información, que pueda ser revisada por otros y puesta a disposición de los distintos profesionales que se beneficiarán de ella será muy probable que nos acerquemos de manera más acelerada a una solución, en este caso específico en el campo del tratamiento y la prevención del COVID-19.

La discusión no es nueva, pues un sentido de la información científica restringida era ya más o menos puesta a discusión por distintos grupos e instituciones dedicadas a la investigación. Donde el sistema de acceso restringido a la información científica a través de las editoriales podía bloquear de información importante a grupos y países sin los recursos suficiente para la investigación. Simplemente, el año pasado la Universidad de California no renovó su contrato con Elsevier debido a su exigencia de obtener acceso abierto para los artículos publicados por los investigadores de esa institución,⁶ mientras que recientemente el Massachusetts Institute of Technology (MIT) acaba de detener sus negociaciones con Elsevier por no poder llegar a un acuerdo sobre los principios de acceso abierto de esta institución educativa para sus publicaciones.⁷

Además, ha habido una gran presión por parte también de los entes gubernamentales para movernos hacia un acceso abierto de la información científica. Un caso importante serían iniciativas como el FAIR data (*findable, accessible, interoperable and reusable*) de la Plataforma de la Comisión Europea

⁶ Zhang, Sarah, "University of California Drops Elsevier Contract", *The Atlantic*, 2019, disponible en: <https://www.theatlantic.com/science/archive/2019/03/uc-elsevier-publisher/583909/>. Accedido 2 de agosto de 2020.

⁷ MIT Libraries, "MIT, Guided by Open Access Principles, Ends Elsevier Negotiations", *MIT News*, June 2020, disponible en: https://news.mit.edu/2020/guided-by-open-access-principles-mit-ends-elsevier-negotiations-0611?fbclid=IwAR0R5fKTHrRl5LTm25QWxBkzSrBxRt3qzPVAGo_mV-AXBctzByryCY-BsdU. Accedido 2 de agosto de 2020.

para la Investigación, Ciencia e Innovación. Esta iniciativa busca que toda la investigación que se desarrolle con financiamiento de la Unión Europea cumpla con los lineamientos de la iniciativa FAIR, en el que los datos de esas investigaciones puedan quedar de acceso abierto, pero no solo eso; sino que a partir de su buena gestión, los datos puedan ser interoperables y fácilmente reusables.⁸ Este tipo de iniciativas se han repetido en otros organismos gubernamentales debido a las necesidades que se van abriendo en los gobiernos que buscan acercarse a lo que llamamos una sociedad del conocimiento, donde los productos de la ciencia y la tecnología tengan un creciente impacto benéfico en la vida económica, política y social de su población.

En el caso de la pandemia de COVID-19 que enfrentamos, la exigencia no sólo es razonable, sino que es un imperativo por parte de todos los gobiernos de abrir la información que se produce científicamente, pero también aquella que se está produciendo en los sistemas de salud y aquellos que ayudan a la gestión de la pandemia.

Se podría considerar que este *ethos* abierto de la ciencia que como decíamos recupera el *ethos* mertoniano de la ciencia,⁹ había sido relegado en tiempos recientes debido por un lado al importante control que habían obtenido compañías sobre la información científica; pero por otro, el desarrollo de una ciencia que está cada vez más preocupada por el desarrollo de propiedad intelectual y patentes. Este espíritu es claro en ciencias químicas, biológicas y médicas; en las cuales por ejemplo, el éxito de una compañía puede estar basada de forma importante en las ventajas competitivas que le ofrece una patente que limita la entrada de competidores a ese ramo específico de la industria. La participación de la ciencia en la industria supone entonces necesariamente el avance tecnológico como uno de los componentes importantes de la ciencia.

A este tipo de ciencia, filósofos como Echeverría,¹⁰ la describen como una tecnociencia que tiene valores distintos a aquellos planteados por la ciencia que describe Merton, en un momento histórico específico. Uno de los valores relevantes que habrá de cambiar de forma importante en la forma de desarrollarse de esta tecnociencia, sería aquel que tiene que ver con

⁸ European Commission, *Turning FAIR into Reality*, Bruselas, European Commission, 2018, disponible en: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7769a148-f1f6-11e8-9982-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-80611283>. Consultado 2 de agosto de 2020.

⁹ Merton, Robert, *The Sociology of Science*, Chicago, The University of Chicago Press, 1973.

¹⁰ Echeverría, Javier, *La revolución tecnocientífica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2003.

la comunidad de la información que se produce, pues al ser los componentes científicos y sus aplicaciones susceptibles de patentamiento, uno de los requisitos que tendremos será la no publicidad de los pasos inventivos que aparecen en la innovación propuesta. Por tanto, la ciencia que se mueve en este sentido se ha visto impulsada en esta dirección, que pareciera ser opuesta a aquella que estamos viendo en el caso de las exigencias de la información abierta.

También en este sentido la innovación biotecnológica podrá hacer grandes aportaciones, y el esquema en el que las distintas farmacéuticas puedan hacer que las vacunas que se encuentran en distintas etapas de desarrollo queden disponibles para la población mundial. De las distintas farmacéuticas que se encuentran ya en fase III de experimentación AstraZeneca ha dicho que durante la crisis venderá a costo de producción la vacuna a los países con mayor necesidad.¹¹ Lo cual apunta a la responsabilidad que tiene, al menos una parte de la industria farmacéutica en este asunto, que entiende que la innovación debe ser responsable y socialmente sensible para atender la pandemia buscando que una vacuna llegue a todos aquellos que la necesiten.

II. LA COMUNIDAD CIENTÍFICA, DATOS ABIERTOS Y SOCIEDADES DE CONOCIMIENTO

Este movimiento de datos abiertos es una exigencia generalizada en aquellos casos en que las investigaciones han sido financiadas en gran parte por entes públicos. Es, por tanto, importante que esas investigaciones y sus datos no queden detrás o a resguardo de entidades privadas para explotarlas económicamente. Se trata de una exigencia que tiene mucho sentido en las sociedades democráticas, en las que se podría esperar que los beneficios de la ciencia y la tecnología no sean específicamente destinados a aquellos que tienen mayor capacidad económica. Sobre todo, en los casos como la salud y la educación, que son bienes sociales cuidados de forma pública y tienen componentes de ciencia y tecnología que los nutren de manera importante. León Olivé¹² ha argüido en favor de la necesidad de un nuevo contrato social de la ciencia en

¹¹ Ring, Suzi, “AstraZeneca Earnings Beat Estimates”, *The Washington Post*, 30 de julio de 2020, disponible en: https://www.washingtonpost.com/business/astrazeneca-earnings-beat-estimates/2020/07/30/5fc248e0-d232-11ea-826b-cc394d824e35_story.html. Consultado 2 de agosto de 2020.

¹² Olivé, León, *La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008.

el que no sea un cheque en blanco lo que haga la comunidad científica y su investigación vaya de acuerdo a las necesidades de las comunidades en las que va a impactar.

Se podría pensar que en el caso de las farmacéuticas que se encuentran más adelantadas en el desarrollo de una vacuna contra el virus SARS-CoV-2 se trata de capital privado y por ello no habría posibilidad de hacer la exigencia de este nuevo contrato social de la ciencia. Sin embargo, es común que la investigación aplicada, que se desarrolla en las farmacéuticas, tenga como trasfondo la investigación básica que se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo en las universidades u otras instituciones públicas de investigación. Incluso en el caso, nuevamente de AstraZeneca y la Universidad de Oxford están participando de manera conjunta en el desarrollo de una vacuna recombinante. Muchas universidades han avanzado de manera importante en el desarrollo de patentes y el licenciamiento de las mismas, un gran ejemplo de ello es la Universidad de Stanford en Estados Unidos, que tiene cuantiosos ingresos gracias a un gran número de patentes asignadas licenciadas en aplicaciones en los campos de biología, química, así como distintas ingenierías. Pero todavía persiste una gran carga de la investigación básica hecha por parte de las universidades y centros públicos de investigación a nivel global.

El hecho de que la mayoría de las grandes farmacéuticas sean empresas transnacionales no les exime de ninguna forma de la responsabilidad social que tienen de que sus innovaciones al ser patentadas, puedan ser accesibles y beneficien al mayor número de personas posibles y no sólo en un cálculo de ganancia. Es complicado en el sistema mundo actual sugerir que las farmacéuticas puedan no privilegiar las ganancias por encima de la salud de las personas, pues la competencia y los márgenes de ganancia pueden poner a una compañía en severos riesgos, dada la intensa competencia que existe en el sector biofarmacéutico.

De hecho es precisamente la oportunidad de una ganancia tan impresionante como esta, la que ha movilizado la cantidad de recursos necesarios para poder hacer la investigación y el desarrollo a marchas forzadas que estamos viendo, no sólo por las ganancias que obtendrían de la venta de una vacuna, sino la reducción de las pérdidas económicas al tener parada a la población y sectores productivos enteros.¹³ Pero precisamente este mismo modo de producción hará que la distribución de la vacuna sea diferenciada y los ciudadanos de los países del primer mundo tendrán un acceso privile-

¹³ Azoulay, Pierre y Jones, Benjamin, “Beat COVID-19 through Innovation”, *Science* 553 (2020), disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.abc5792>.

giado a estas vacunas, y muy probablemente en un tiempo menor que los ciudadanos de los países más pobres. Motivo por el cual es necesario por un lado avanzar por sistemas de ciencia e innovación nacionales que tengan la capacidad de producir las vacunas y medicamentos que sean útiles para combatir una pandemia como la de COVID-19.

Por otro lado, en casos como emergencias y crisis como la que estamos actualmente viviendo será importante que la legislación en propiedad industrial pueda considerar que dichas situaciones pueden poner en riesgo a una gran cantidad de la población, permitiendo abrir las patentes temporalmente, o bien, que los medicamentos y las vacunas queden accesibles al mayor número de personas posibles. En este momento de pandemia existen voces en la comunidad científica que buscan que parte de la ciencia abierta no se quede únicamente en el acceso a la información, puesto que están ya patentados en algunas legislaciones seres vivos, o bien, moléculas y otros dispositivos que son importantísimos en la investigación que nos lleve a avances en el campo de la biotecnología. También son importantes herramientas como las computacionales que permitan modelar el comportamiento del virus tanto en un organismo, así como las simulaciones epidemiológicas que pueden ser muy importantes. Por tanto, la ciencia abierta al menos en este caso de crisis, debe empujar de manera seria a permitir acceso a aquellas patentes anteriores, pero que son importantes no sólo para la investigación, sino también para la detección, tratamiento y control de la pandemia.¹⁴

En el caso mexicano, resulta importante que se pueda dar investigación en todas estas áreas, pues la experiencia inmediata debido al perfil epidemiológico local presenta retos propios. A diferencia de Europa, en México existe una población en promedio más joven, pero que padece en gran medida las comorbilidades que hacen a un individuo susceptible de caer gravemente enfermo ante un contagio de COVID-19. Esta configuración epidemiológica hace que la investigación que se pueda desarrollar en el país pueda, por una parte, permitir dar la mejor atención posible, pero también por otra parte, podrá tomar medidas preventivas específicas para la demografía y estado de salud de la población mexicana.

Además, la posibilidad de desarrollar una vacuna ha sido un reto en el cual académicos e investigadores del IMSS, y de distintas universidades nacionales están trabajando. En el caso específico de la investigación que se desarrolla en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, de una vacuna que a

¹⁴ “Coronavirus: Everyone Wins When Patents Are Pooled”, *Nature* 240 (2020), disponible en: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01441-2>.

través de las proteínas del Coronavirus SARS-CoV-2, y un potenciador de la respuesta inmunológica, podrán llegar eventualmente a una vacuna.¹⁵ Un logro así permitirá un acceso a vacunas posterior a la crisis, y un momento en el que las farmacéuticas podrían decidir aumentar el precio de aquellas vacunas que fueron las primeras en desarrollarse.

III. DATOS ABIERTOS Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Uno de los puntos más preocupantes de la pandemia ha sido cuando en distintos lugares del mundo se han alcanzado los límites de los sistemas de salud para proteger y atender a las personas infectadas. Este proceso se vivió primeramente en China, donde en la provincia de Wuhan tuvieron que levantarse hospitales de campaña para ampliar las capacidades hospitalarias instaladas. Pero la situación se ha repetido una y otra vez, posteriormente en los meses de marzo y abril de 2020: en Italia, España y el Reino Unido hubo fuertes crisis en los sistemas de salud, que tuvieron que ser solucionadas en un momento en el que se podía hacer poca previsión, y el equipo de protección para el personal de salud y la población en general resultaba escaso.

Hacia junio de 2020, la epidemia tiene su epicentro en el continente americano, y resulta complicado en muchas de las instituciones y aquellas localidades donde hay un brote del virus estar listos con todos los materiales, fármacos y equipo. Uno de los puntos más delicados ha sido en muchos países, que debido a que los trabajadores de la salud deben estar en contacto cercano con los pacientes infectados, hay una gran probabilidad que ellos mismos se enfermen. Cifras de una revisión sistemática internacional situaba que alrededor del 10.1% de los enfermos totales de COVID-19 son trabajadores de la salud,¹⁶ siendo que ese porcentaje puede variar de manera importante en situaciones de crisis. Han muerto muchos trabajadores de la salud, especialmente enfermeras y enfermeros que llevan una parte importante de la carga del cuidado de las personas, pero de igual forma se están arriesgado médicas, médicos y el resto del personal de salud.

Una alta tasa de letalidad y la experiencia de poca protección puede tener un impacto negativo en el personal de salud, que por una parte está

¹⁵ Miranda, Fanny, “Coronavirus. IMSS Desarrolla Vacuna Contra Covid-19”, *Milenio*, 6 de junio de 2020, disponible en: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/coronavirus-imss-desarrolla-vacuna-contra-covid-19>. Accedido 2 de agosto de 2020.

¹⁶ Sahu, Ankit Kumar *et al.* “COVID-19 in Health Care Workers. A Systematic Review and Meta-Analysis”, *The American Journal of Emergency Medicine*, 2020, disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.05.113>.

sujeto a un gran estrés, depresión, o bien a un síndrome como el de *burnout*, debido al gran desgaste sufrido al desempeñar funciones en un ambiente que pueda ser percibido como amenazante; saber que está en riesgo y que puede a su vez poner en riesgo a sus familiares añade a profundizar esta crisis en los trabajadores de la salud. Un requisito en esta situación sería que el personal de salud pudiera en todo momento tener un acceso privilegiado y garantizado al equipo de protección necesario para atender a los pacientes con COVID-19. Además de preparar de manera importante apoyo psicológico para los profesionales de la salud cuya salud mental está en la línea, y que habrá de tener consecuencias no sólo inmediatas, sino también para un futuro;¹⁷ siendo probable que un valor esencial para las profesiones de la salud como sería la vocación de servicio pudiera sufrir un deterioro significativo.

Precisamente uno de los puntos básicos para poder garantizar la protección del personal de salud ha sido tener disponibles los equipos personales de seguridad completos para el personal de salud, acordes a los distintos servicios que se proporcionan. En momentos de fuertes brotes del virus, la escasez de estos equipos de seguridad ha sido tal, que surgieron de manera importante iniciativas para que usando diseños de código abierto se pudieran producir localmente mucho de este equipo. Ejemplo de ello fueron la capacidad de fabricar a través de impresoras 3D una gran cantidad de caretas protectoras de alta calidad.¹⁸ Reflejando nuevamente la gran capacidad de reacción de las comunidades locales para que a través de ciencia y tecnología abierta, como es este caso, poder protegerse en esos momentos en los que era difícil que tales materiales llegaran de manera amplia a todas partes, provenientes de los ministerios de salud.

Otros esfuerzos fueron desarrollados para que, por ejemplo, diseños abiertos y disponibles de forma generalizada pudieran paliar la necesidad de ventiladores, sobre todo en aquellas naciones que estaban poco preparadas para ello. El MIT ha desarrollado un ventilador con tecnología abierta.¹⁹ Sin embargo, en el caso de los ventiladores resulta más difícil, pues por sencillo que sea un diseño de un ventilador, al ser equipo médico debe ser sometido a importantes pruebas de seguridad, no sólo en el diseño sino en la manufactura también. Este es un punto donde una autoridad sanitaria so-

¹⁷ Miotto, Karen *et al.*, “Implementing an Emotional Support and Mental Health Response Plan for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic”, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2020, disponible en: <https://doi.org/10.1037/tra0000918>.

¹⁸ Zastrow, Mark, “Open Science takes on...”, *cit.*, p. 109.

¹⁹ *Idem.*

brepasada ante una crisis pudiera no reaccionar de manera ágil para alentar la producción de tal tecnología. Pero, aun así, tener un diseño abierto de un ventilador que pueda ser replicado de forma abierta en todo el globo, reducirá de manera importante los tiempos en los que un país podría manufacturar estos dispositivos esenciales para el tratamiento de los casos más graves de esta enfermedad.

La innovación puede estimularse, ser efectiva en el ámbito local, para un problema específico y con un tiempo de respuesta mejorado. La innovación libre y abierta puede ser una opción que ofrezca grandes resultados en el momento de una pandemia, la coordinación de los grupos que han ofrecido ayuda a través de sus innovaciones y los grupos que puedan producir de manera masiva los equipos necesarios serán una alternativa a ofrecer respuestas a problemas que pudieran sobrepasar en momentos así, las estrategias tradicionales de respuesta de los agentes involucrados.²⁰

Otro punto esencial es aquel en el que el conocimiento abierto y compartido habrá de ir mejorando los tratamientos, las guías de tratamiento, así como los lineamientos para la atención de pacientes; a partir del conocimiento común que se va generando, recogiendo y acumulando en los distintos contextos hospitalarios en los que se ha estado operando. A partir del inicio de la pandemia se han ido probando distintos tratamientos, con mejores y peores resultados, sin embargo, las experiencias compartidas y el avance logrado en distintas latitudes ha podido ser aprovechado por distintos países y sistemas hospitalarios de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible. Pero pudiera dar la impresión que los avances y la innovación estarán únicamente en el ámbito de lo farmacológico, siendo que muchas de las respuestas a los problemas generales de una población serán innovaciones en la atención que se ofrezca, la información, la rapidez en la que se pueda referir a un paciente a recibir la atención que se ofrece.

Además, el nuevo coronavirus tiene la gran problemática que al ser sumamente contagioso los pacientes son internados y aislados, por el bien de todos, limitando esto la posibilidad de recibir visitas. Pero este aislamiento implica una gran inquietud para los familiares de un paciente, sobre todo en los casos que se tornan críticos. Todos estos son puntos que el poder compartir las distintas experiencias que han funcionado tanto por parte de aquellos que han ofrecido cuidados en casa a los casos leves, como aquellos graves que han tenido que acudir a un hospital podrían ser de gran utilidad para la gestión de la información, que puedan aprovecharse sistemas de información que de manera constante permitan a los familiares de los

²⁰ Hippel, Eric von, *Free Innovation*, Cambridge, Mass., MIT Press, 2017.

pacientes que están hospitalizados conocer su estado de salud; hasta las mejores prácticas para dar malas noticias en los casos de desenlaces fatales en los que es importante también que el personal de salud pueda atender a los familiares y desempeñar esta triste función de manera humana. En estos casos, también los lineamientos que se han desarrollado son de gran utilidad para aquel personal en los hospitales que está encargado de estas funciones.

Uno de los cambios significativos ante esta pandemia ha sido una actitud de datos abiertos por parte de muchos países para tratar de tener la mejor información posible para paliar la epidemia y si bien los datos ofrecidos sobre la epidemia por parte de la Organización Mundial de la Salud dependen de la información que le entregan los distintos estados a su vez; la OMS tiene una política estricta de Acceso Abierto a la información, donde toda la información publicada por parte de este organismo internacional y sus trabajadores debe quedar resguardada por una licencia de *Creative Commons* sin fines comerciales. La información de un país puede ayudar a otros, y la posibilidad de detener una pandemia pasará por el hecho de detenerla globalmente. Desde la perspectiva de datos abiertos de la epidemia hay una intención expresa por parte de distintos gobiernos, ministerios de salud y organismos internacionales para ofrecer esos datos. Afirman los miembros del Open COVID-19 Data Curation Group²¹ que:

...el registro consistente de la información epidemiológica es importante para entender la transmisibilidad, el riesgo de diseminación geográfica, las rutas de transmisión y los factores de riesgo para la infección, y para proveer una base para la modelación que pueda informar la planeación de los esfuerzos de respuesta y contención para reducir la carga de la enfermedad (p. 534).

Igualmente, el gobierno mexicano ha hecho esfuerzos por abrir la información epidemiológica. Tener esta información abierta tiene distintos retos, precisamente en los esfuerzos constantes que se deben sostener para curar la información que se está actualizando diariamente y quedó alojada en los sitios <https://coronavirus.gob.mx/> y <https://covid19.sinave.gob.mx/>, también gobiernos locales como el de la Ciudad de México, igualmente han alojado esta información en su sitio de datos abiertos <https://datos.cdmx.gob.mx/>.

Los datos abiertos tienen una función importante en la investigación, son útiles y podrán ayudar a la investigación de los distintos temas, a la forma en que se ofrecen los tratamientos, pero también de forma muy im-

²¹ Xu, Bo *et al.*, “Open Access Epidemiological Data from the COVID-19 Outbreak”, *The Lancet Infectious Diseases* 534 (2020), disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30119-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30119-5).

portante pueden ser una forma de acceso a la información de la ciudadanía en general que sería el otro gran ámbito del impacto de una ciencia y datos abiertos. Los sitios antes mencionados mantienen información que alerta a la ciudadanía sobre la sintomatología de COVID-19, así como los signos de alerta que deben observarse. Igualmente se puede encontrar en dichas plataformas la distribución geográfica y demográfica de la enfermedad, que además de poderse ofrecer de manera amplia a los medios de comunicación y la ciudadanía en general.

IV. LA CIENCIA ABIERTA, LA CIUDADANÍA Y LA PANDEMIA

Se mencionaba anteriormente que la iniciativa de acceso justo (FAIR) a la información científica que fue financiada públicamente podría tener poco sentido ante la gran distancia que hay entre la ciudadanía y la forma de transmisión y diseminación de la información científica. Tradicionalmente, el acceso a la información científica está ligada a los centros de investigación, hospitales y las universidades que también tradicionalmente habrán de concentrar esta información en los investigadores y estudiantes de posgrado. Todas estas instituciones pagan grandes sumas de dinero por tener acceso a la información científica que está ahí contenida. Es un problema grave de las universidades en México la subutilización de estas bases de datos, pues requiere de una gran inversión.²²

Pero si esta subutilización está presente en un sector que ya se está formando en áreas del conocimiento científico, como serían las distintas licenciaturas, puede suponerse que un acceso generalizado a la información científica será muy complicada para de la ciudadanía. Sin embargo, el acceso a esta información es muy importante como fuente de la posterior comunicación general de la misma. Una actividad como el periodismo científico es un imperativo en las sociedades del conocimiento que pueda funcionar como un intermediario entre la sociedad y los especialistas para que la información que llegue a las personas sea la mejor posible.

En México son pocos los periódicos que tienen secciones de ciencia, y aun aquellos que la tienen son realmente escuetas. No hay un mejor panorama en los medios de comunicación como la radio y la televisión, donde los espacios dedicados a la comunicación tradicional de la ciencia y la cultu-

²² Salado Rodríguez, Lilian y Amavizca Montaña, Sofia, “Uso de fuentes bibliográficas digitales en la universidad”, *Estudios Lambda*, 4.1 (2019), disponible en: <https://doi.org/10.36799/el.v4i1.85>.

ra científica en general son escasísimos. Esfuerzos institucionales por parte de las universidades para formar a los científicos con una visión donde la comunicación y la difusión del conocimiento sea una de las facetas de sus labores profesionales será importante; y a la vez, las escuelas de periodismo y comunicaciones deberán considerar este ramo como uno de los fundamentales en su labor.

Una parte significativa de las dificultades de una pandemia como la de COVID-19 que enfrentamos tiene que ver con la difusión de la información que permita a las personas cuidarse, prevenir el contagio y una vez que han contraído el virus estar atentas a los síntomas. La comunicación gubernamental es importante pero no debe ser la única estrategia para que la información fluya hacia la ciudadanía, sobre todo en un momento en que una gran parte de las personas obtienen su información de una multiplicidad de fuentes digitales y redes sociales. Tener fuentes confiables reconocibles por parte de la población es importante, pero a su vez la información que pueda irse ofreciendo en el nivel local es de vital importancia. La información que se obtiene en las clínicas locales, a través de médicos, enfermeras y trabajadores sociales ocupa un lugar privilegiado, pero no es un mecanismo que pueda alcanzar a mucha de la población.

Mucha de la comunicación de la ciencia será posible únicamente si hay un acceso a la información científica que se ha producido a lo largo de la pandemia. Cobran entonces gran importancia los comunicadores de la ciencia como un vínculo indispensable entre la población y la comunidad científica; pero también lo hacen los gestores de la tecnología, que son aquellos que podrán asumir también ese papel de intermediador entre las necesidades tecnológicas de una población y aquello que hay en una oferta tecnológica.

No todas las opciones de dispositivos que puedan ser utilizados en esta pandemia ya sea para la vigilancia y seguimiento epidemiológico como lo serían aplicaciones en celulares son adecuados para toda la población, dado el nivel de acceso que puede tener la población será diferente. Serán los gestores tecnológicos quienes podrán también evaluar distintas soluciones técnicas que puedan ser aplicables y utilizables en un momento determinado para servir como puente, en los cuales todavía tecnología más accesible como sería el teléfono celular puede tener un mejor impacto, dada la familiaridad que se tiene con los dispositivos. Siendo esta otra oportunidad para que la innovación sea socialmente responsable y comunitariamente adecuada.

Incluso en el caso de las comunidades rurales e indígenas es importante tener opciones que permitan proteger a esta población que es especialmente

vulnerable, por su dificultad de trasportarse y acceder a un centro hospitalario con el equipamiento suficiente en caso de problemas. La lengua para la divulgación de la información relevante en el caso de las comunidades indígenas es otra de las acciones que se tornan urgentes. Pero la experiencia histórica de que estas son comunidades que han sido diezmadas por agentes patógenos hace importantísimo darles apropiada atención,²³ utilizando esquemas de organización e innovación social que pueden nutrirse de experiencias exitosas de comunidades rurales de otras latitudes.

Independientemente de si estamos tratando con comunidades rurales o urbanas, un aspecto en el que el acceso abierto a la información puede ser de gran beneficio es que permite la participación informada de las personas en el diseño de las políticas de prevención y cuidado. Se podría pensar que dada la naturaleza técnica y altamente especializada de una pandemia como la causada por el virus SARS-CoV-2, el nivel correcto en el que se deba hacer la planeación sería exclusivamente el de la centralización de los datos, que tiene la posibilidad de tener una perspectiva amplia del problema. Sin embargo, es necesaria también la perspectiva local al problema, son las unidades de salud las que pueden tener una idea precisa de lo que están enfrentando y de las características específicas de los casos que están recibiendo. Ambos enfoques son importantes y complementarios, pero hay que tomar en consideración también que la forma en que las personas se involucren con este proceso tendrá un impacto profundo en su participación comprometida en la contención de la enfermedad.

Las experiencias internacionales muestran que aquellos países que han tenido un involucramiento importante de sus poblaciones han podido mantener los contagios comunitarios en tasas muy bajas, lo cual permite no tener una saturación de los sistemas de salud. Una de las principales medidas para frenar la propagación del virus ha sido el confinamiento de la población. Pero una medida de esta naturaleza tiene inconvenientes notables para la vida de una comunidad, pero una participación activa en la planeación de las opciones para poder llevar a cabo las actividades esenciales, y desarrollar una vida lo más cómoda posible en estas condiciones, considerando las necesidades específicas de los ciudadanos, permitiría un mayor cumplimiento de dichas normas. El caso de Vietnam ilustra algunas de las lecciones aprendidas por ese país en la pandemia de SARS de 2003. Donde los niveles locales de gobierno ya tenían planes de contingencia para un problema de esta naturaleza, pero a la vez, partiendo de la experiencia de la población en la

²³ Ferrante, Lucas y Fearnside, Philip M., “Protect Indigenous Peoples from COVID-19”, *Science* 251 (2020), disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.abc0073>.

epidemia pasada, una conciencia de las posibles dimensiones del problema ya estaba presente.²⁴

Si bien en el estudio de Xuan Tran y sus colaboradores las capacidades de los gobiernos locales variaron y en ocasiones podrían ser bajas, había ya una noción aprendida de la necesidad de tener planes, infraestructura, y equipamiento sanitario para una epidemia. En el caso mexicano, a pesar de haber vivido en 2009 una epidemia de influenza H1N1, la preparación se tradujo en infraestructura sobre todo. Se construyeron laboratorios que hoy en día están permitiendo procesar las muestras de los estudios sobre SARS CoV-2, pero se hizo poco para preparar un escenario epidemiológico como el que estamos enfrentando si consideramos a la población y su capacidad de participación.

Tratar de informar a la población a través de spots televisivos y radiales resulta complicado, y la información a la que se accede es limitada. Pero habrá que admitir que en este momento existe una brecha importante en México entre la ciudadanía y la comunidad científica. Se vuelve necesaria una educación que permita a la ciudadanía una formación científica básica que le dé acceso a la información abierta y que facilite la comunicación de los ciudadanos con los científicos.²⁵ El diálogo de estos dos sectores permitirá que la población pueda tomar en serio las advertencias del personal de salud para cuidarse, no sólo en términos inmediatos que serían aquellos que atenderían a la pandemia, sino también respecto al estado general de salud de las personas. Las principales comorbilidades que suelen complicar los casos de COVID-19 son la hipertensión, diabetes mellitus y la obesidad; sin embargo esta pandemia dejó en descubierto la pandemia subyacente en México en términos de estos otros padecimientos.²⁶

En estos temas, será muy difícil incidir sin la participación decidida de la población. Si bien, es posible tener injerencia en lo que tiene que ver con el acceso a agua limpia y alimentos saludables, los estilos de vida de las personas tienen un componente en el cual la participación ciudadana es in-

²⁴ Xuan Tran, Bach *et al.*, “Capacity of Local Authority and Community on Epidemic Response in Vietnam: Implication for COVID-19 Preparedness”, *Safety Science*, 130 (2020), disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104867>.

²⁵ Olivé, *op. cit.*, capítulo 2.

²⁶ Gomez, Eduardo J., “Coca-Cola’s Political and Policy Influence in Mexico: Understanding the Role of Institutions, Interests and Divided Society”, *Health Policy and Planning*, 34.7 (2019), 520-528, disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czz063>; Rivera-Hernandez, Maricruz *et al.*, “Preventive Healthcare-Seeking Behavior among Poor Older Adults in Mexico: The Impact of Seguro Popular, 2000-2012”, *Salud Pública de México*, 61.1 (2019), 46-53, disponible en: <https://doi.org/10.21149/9185>.

eludible. Por tanto, es necesaria una formación científica básica, y especialmente en temas de salud, con el fin de que una sociedad democrática pueda decidir sobre las políticas públicas que deben adoptarse para enfrentar no solamente la pandemia que transcurre en estos momentos, sino aquellos problemas de salud que habremos de enfrentar en el futuro.

Para lograr involucrar a la ciudadanía en el cuidado de la propia salud, esta deberá tener acceso a información científica adecuada, en la cual científicos, comunicadores y divulgadores de la ciencia puedan proveer esa información; además de poder participar en el diálogo de las mejores formas de poder lograr los fines comunitarios de salud. Los médicos a menudo han recuperado la comunicación con el paciente como uno de los supuestos básicos de la ética médica, pues es necesario informar al paciente para que tome decisiones respecto a su propia salud de manera informada. El mismo imperativo ético debe prevalecer comunitariamente, en el cual antes de llegar a un médico la población tenga de forma accesible información científica y adecuada que le permita tomar decisiones autónomas sobre su estilo de vida y salud.

V. CONCLUSIONES

Los beneficios de tener una política de datos, ciencia e innovación abierta a nivel internacional son evidentes en el campo de la investigación científica y el tratamiento clínico para los pacientes con COVID-19. Al parecer estos beneficios y la apertura que han tenido todos los agentes de la cadena científica, y por otro lado, de la producción de medicamentos y vacunas hasta este momento, podrían señalar que este camino de la ciencia que había sido dejado de lado en los últimos 50 años, podría estar de vuelta ya no sólo para atender la pandemia que tenemos ante nosotros, sino como una forma de hacer ciencia y desarrollar tecnología en beneficio de la sociedad. Está por verse el desenlace que tendrá el desarrollo de las nuevas vacunas contra el virus y las disputas que tendremos por la propiedad intelectual y las patentes en torno a ellas.

Respecto a la sociedad en general, los ciudadanos tienen también mucho que ganar de una política de datos, ciencia e innovación libre y abierta. Sin embargo, tenemos requisitos para que puedan ser aprovechados de forma generalizada y estos tendrán que ver con una formación básica en ciencia, con énfasis en los temas de salud, así como un cambio en el rol del científico para asumir como propia la labor de divulgación y comunicación de la ciencia, que puede ser acompañada por comunicadores y periodistas

profesionales especializados en ciencia, así como gestores de la tecnología que puedan facilitar el diálogo respecto a la tecnología necesaria en una comunidad para enfrentar distintos retos. Con acceso a la información será posible la participación democrática en la decisión de políticas públicas que fortalezcan los sistemas de salud, las tecnologías que estos adopten, así como los estilos de vida saludables que deban fomentarse en una comunidad.

COVID-19, JUSTICIA DISTRIBUTIVA, PROPIEDAD INTELLECTUAL Y GEOPOLÍTICA: UNA CONTEXTUALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL GOBIERNO DE COSTA RICA ANTE LA OMS

Gabriela ARGUEDAS RAMÍREZ

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Contexto: la pandemia de COVID-19, un dramático impacto en los sistemas de salud en el mundo entero.* III. *La propuesta de Costa Rica.* IV. *La innovación, la colaboración y la propiedad intelectual en tiempos de pandemia.* V. *Antecedentes que justifican la preocupación por los usos de la propiedad intelectual en situaciones críticas.* VI. *Geopolítica, mercado y acceso equitativo a medicamentos en tiempos de pandemia.* VII. *Justicia y acceso a tecnologías en tiempos de pandemia: entre ciencia abierta y ciencia cerrada.* VIII. *Conclusiones*

La crisis de COVID-19 deja al descubierto las fallas en el sistema de medicamentos de la manera más dolorosa posible. No es una novedad para el sur global, pero ahora los países ricos se están dando cuenta de las consecuencias de la creencia de que las fuerzas del mercado ofrecerán las soluciones biomédicas necesarias.

Ellen ‘t HOEN
directora de *Medicines Law & Policy*

I. INTRODUCCIÓN

En este capítulo me propongo contextualizar algunos conflictos que emergen en el contexto de la actual pandemia, entre los deberes de los Estados de responder a la crisis sanitaria y las obligaciones que deben cumplir, según

las normas de propiedad intelectual que han sido establecidas por la vía de tratados internacionales y acuerdos de libre comercio. Estos conflictos, en su origen, tienen una clara relación con la aplicación del principio de la justicia distributiva. Ese aspecto fundamental lo discutiré en las conclusiones de este capítulo, con base en el análisis de la propuesta realizada por el Gobierno de Costa Rica ante la Organización Mundial de la Salud (OMS), para crear un acervo de conocimiento y tecnologías, de libre acceso para todos los países miembros de la Asamblea de la OMS.

II. CONTEXTO: LA PANDEMIA DE COVID-19, UN DRAMÁTICO IMPACTO EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO ENTERO

El virus del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), un coronavirus emergente reconocido por primera vez en diciembre de 2019, causa la enfermedad COVID-19. Según la OMS,¹ la mayoría de las personas con COVID-19 desarrollan una enfermedad leve (40%) o moderada (40%) aproximadamente el 15% desarrolla una enfermedad grave que requiere apoyo de oxígeno y el 5% tiene una enfermedad crítica.

Sobre la base de la información notificada a la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005, el Director General de la OMS declaró el 30 de enero de 2020 una emergencia de salud pública de importancia internacional y el 11 de marzo de 2020 caracterizó el brote de COVID-19 como una pandemia.

III. LA PROPUESTA DE COSTA RICA

Con el propósito de ampliar el acceso a productos médicos, tecnologías y datos para enfrentar la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2, el 23 de marzo del 2020 el Gobierno de la República² envió una propuesta a la OMS para crear un mecanismo de acceso y uso de información protegida a través de diversos instrumentos de propiedad intelectual (como derechos

¹ World Health Organization. *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, s. e. febrero de 2020, disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.

² Bagozzi, Daniela. "WHO and Costa Rica preview technology pooling initiative to ensure access to COVID-19 health products for all". Comunicado de prensa de la OMS. 15 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/15-05-2020-who-and-costa-rica-preview-technology-pooling-initiative-to-ensure-access-to-covid-19-health-products-for-all>.

de patente, modelos industriales, entre otros), necesarios en el desarrollo de medicamentos, vacunas, pruebas de diagnóstico, equipos especializados, etc. Se trata entonces de un mecanismo coordinado por la OMS, para el intercambio voluntario de conocimientos, la propiedad intelectual y los datos, y la garantía del libre acceso y uso por los países miembros de la OMS de los medicamentos y vacunas que se desarrollen. Ahondaré más en esta propuesta hacia el final del capítulo.

Esta iniciativa se presentó en medio de una pandemia inédita, que no solo ha causado una debacle en términos sanitarios, sino que, además, ha sido el telón de fondo de una crisis del multilateralismo y de la credibilidad de las instituciones gubernamentales e internacionales. A esta muy delicada situación global, se suma la creciente preocupación acerca del acceso a medicamentos y otros productos que están en desarrollo o en fase de investigación. Existen dudas fundamentadas sobre la capacidad y voluntad del modelo de negocios dominante dentro de la industria farmacéutica internacional para facilitar que las innovaciones terapéuticas estén al alcance de las grandes mayorías.

La OMS ya acogió la propuesta costarricense y se encuentra en un proceso de estudio para su aplicación. Con esta iniciativa, la OMS podría facilitar el intercambio de tecnologías financiadas por el sector público y privado, asegurando un acceso gratuito o bien la concesión de licencias en “términos razonables y asequibles, en cada país miembro”. Además, el Estado costarricense también le solicitó a la OMS la creación de una base de datos de actividades de investigación y desarrollo relacionadas con los productos para atender COVID-19, incluidas las estimaciones de los costos de los ensayos clínicos y los subsidios otorgados por gobiernos y organizaciones benéficas.

La crítica situación global provocada por COVID-19 ha hecho que varios países recurran a complejos mecanismos de licencias obligatorias. Por ejemplo, hace unos días Israel³ aprobó una licencia obligatoria (es decir, levantó la exclusividad que otorga el derecho de patente) de un medicamento utilizado en pacientes VIH+, pero que parece tener también actividad terapéutica en la infección por SARS-CoV-2 (coronavirus). De esta manera, el Estado de Israel no se ve obligado a pagar las altas sumas que la casa fabricante podría exigir por este medicamento, para ser utilizado como opción de tratamiento en esta pandemia.

³ Silverman (ed.), “AbbVie will allow generic copies of its HIV pill in Israel after the government approved a license”, *STAT*, 20 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.statnews.com/pharmalot/2020/03/20/abbvie-israel-hiv-kaetra-coronavirus-covid19/>.

La gestión del gobierno costarricense se suma a una larga historia de luchas sociales para presionar por la concesión de licencias obligatorias para medicamentos indispensables para diversos grupos de pacientes, pero cuyo precio es prohibitivo. Recordemos que las normas establecidas en la Organización Mundial del Comercio (OMC) para este tipo de licencias quedaron aún más restringidas en razón de los términos dispuestos en los acuerdos bilaterales de libre comercio que Estados Unidos (EEUU) ha firmado con varios países, incluyendo el North American Free Trade Agreement (NAFTA) y el Central American Free Trade Agreement (CAFTA).

Pero la propuesta costarricense de crear un acervo de derechos de propiedad intelectual de libre acceso para todos los países va mucho más allá del mecanismo de licencia obligatoria. El objetivo es atraer una amplia gama de tecnologías y una mayor cantidad de entidades, en lugar de aplicar el engorroso proceso de disputa por una licencia obligatoria, caso por caso (es decir, para cada medicamento o tecnología diagnóstica, etcétera).

Esta estrategia del gobierno apuesta por conseguir, no solo para Costa Rica, sino para todos los países, un acceso más equitativo y articulado a productos indispensables para atender la pandemia. Lo más significativo de esta acción es que abre la oportunidad, en el terreno internacional, para ponerle límites (al menos en situaciones extremas como una pandemia) al enorme poder de negociación que tienen las grandes corporaciones farmacéuticas. En este proceso, también permite volver a colocar el análisis crítico del modelo de innovación y desarrollo dominante en el campo farmacéutico, en el centro de las discusiones sobre el derecho humano a la salud y el precio de los medicamentos.

Para comprender con más detalle la importancia de esta propuesta y cómo ejemplifica la aplicación del principio de justicia distributiva más allá de la discusión sobre la asignación de recursos escasos en una pandemia, es preciso explicar, aunque sea de manera somera, el papel que tiene la propiedad intelectual en esta crisis.

IV. LA INNOVACIÓN, LA COLABORACIÓN Y LA PROPIEDAD INTELLECTUAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La crisis global desencadenada por esta pandemia ha demandado de todos los países una respuesta extraordinariamente urgente, que ha requerido de la suma de esfuerzos en todo el mundo para construir soluciones lo más rápidamente posible. Múltiples acciones colaborativas en investigación, desarrollo tecnológico e innovación están en curso para apoyar y fortalecer los sistemas

sanitarios: desde sistemas para aumentar la capacidad de fabricación de equipos de protección personal (EPP), pasando por la innovación para elaborar más y más rápidas pruebas de diagnóstico, hasta la investigación clínica para comprobar la seguridad y eficacia de vacunas experimentales. El mundo entero está siendo testigo de cuán necesarios y vitales son, para la supervivencia de nuestra especie, los sistemas de investigación y desarrollo.

Un grupo de investigadores e investigadoras de la Universidad de Cambridge, en su *working paper* titulado *Crisis-Critical Intellectual Property: Findings from the COVID-19 Pandemic*,⁴ identificó una serie de sectores tecnocientíficos críticos indispensables para responder a la pandemia. El objetivo de los autores de este estudio es crear conciencia de que las consideraciones de propiedad intelectual deben abordarse temprano durante una pandemia, para evitar conflictos legales que podrían obstaculizar el acceso a tecnologías vitales en la respuesta a una crisis sanitaria como la que estamos viviendo.

Como bien indican los autores, los numerosos esfuerzos para contener la pandemia lo más rápido posible requieren tomar en consideración los múltiples, diversos y complejos aspectos de propiedad intelectual relevantes en tres áreas críticas para enfrentar la pandemia de COVID-19: prevención de una mayor propagación, incluido el desarrollo de vacunas, el desarrollo de diagnósticos y el desarrollo de medicamentos efectivos y seguros para tratar la enfermedad (sobre todo, las manifestaciones más severas).

Los eventuales conflictos políticos y jurídicos respecto a derechos de propiedad intelectual asociados a sectores tecnocientíficos críticos en la atención de la pandemia deben preverse con suficiente antelación, porque demandan la toma de decisiones tanto internacionales como nacionales para asegurar que dichos posibles conflictos no se presenten o bien puedan resolverse rápidamente. De lo contrario, las disputas legales y geopolíticas por derechos de patente, secretos industriales, derechos sobre modelos industriales, etc., podrían provocar enormes atrasos en el desarrollo, escalamiento, manufactura y distribución de los diversos bienes y servicios indispensables para controlar y erradicar la pandemia. Además, dichos conflictos podrían también encarecer los productos finales e incluso, podrían obstaculizar totalmente la producción de conocimiento y la innovación necesaria para crear las soluciones tecnológicas que la actual crisis nos demanda.

El conjunto de propiedad intelectual, relevante para la investigación, desarrollo, fabricación y distribución de productos, servicios y tecnologías críticos para enfrentar la actual pandemia incluye desde propiedad inte-

⁴ Tietze, Frank *et al.*, “Crisis-Critical Intellectual Property: Findings from the COVID-19 Pandemic”, *Centre for Technology Management Working Paper Series*, núm. 2, abril de 2020, disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3569282.

lectual formal y registrada, como patentes, derechos de diseño, marcas comerciales, propiedad intelectual formal no registrada, derechos de autor, diseños industriales, secretos comerciales para los procesos de fabricación, así como *know-how*.

De acuerdo al *Coordinated Global Research Roadmap* de la OMS⁵ se han identificado, como mínimo, las siguientes prioridades globales en investigación y desarrollo:

FASE 1. Definir las prioridades de investigación:

- Hoja de ruta de investigación global con financiación coordinada
- Herramientas y protocolos de investigación robustos
- Priorización basada en evidencia de MCM⁶ experimentales para evaluar
- Intercambio rápido de datos y muestras al tiempo que se garantiza de forma justa y equitativa acceso a beneficios

FASE 2. Facilitar acciones de investigación coordinadas

- Centrarse en la investigación que puede salvar vidas ahora.
- Acceso rápido a intervenciones experimentales “prometedoras” a través de aprobación de emergencia o Acceso ampliado (si no es posible realizar aprobación de emergencia)
- Uso de protocolos genéricos para acelerar la acumulación de evidencia sólida
- Intercambio rápido de datos y muestras al tiempo que se garantiza de forma justa y equitativa acceso a beneficios

FASE 3. Ampliar la producción de innovaciones que han superado un “criterio de aprobación” acordado

- Ampliación de la tecnología y enfoques de ampliación rentables
- Evaluaciones económicas independientes de mercado y acceso
- Consideración de las innovaciones con verdadero potencial de escalamiento

⁵ Organización Mundial de la Salud, *A Coordinated Global Research Roadmap: 2019 Novel Coronavirus*, s. e. Suiza, marzo de 2020, p. 11.

⁶ Por las siglas en inglés de *Medical countermeasures*: son aquellos productos biológicos, medicamentos o equipo, aprobado por la FDA, que pueden ser utilizados en una emergencia o potencial emergencia de salud pública

En muchos países se han creado alianzas estratégicas entre empresas farmacéuticas, de biotecnología y universidades para dar respuesta a estos desafíos. Ya están en curso numerosos proyectos de investigación para desarrollar vacunas y tratamientos, y para explorar segundos usos de fármacos existentes que podrían tener una acción terapéutica en COVID-19. También se han conformado consorcios entre grandes compañías farmacéuticas como el que se creó entre Novartis, Bristol-Myers Squibb y GSK.⁷

Empresas de sectores no vinculados al ámbito sanitario han reorganizado sus líneas de producción para contribuir con la producción de productos necesarios en los hospitales, que están escaseando debido a la alta demanda. Por ejemplo, el desafío de la falta de ventiladores del Reino Unido sumó en un consorcio a Airbus, GKN, Roll-Royce, Siemens, grupo Smiths.⁸ Una gran diversidad de grupos autoconvocados de personal científico y de ingeniería se han sumado a la tarea de diseñar y producir protectores faciales y otros equipos.⁹

El campo de las ciencias informáticas también ha producido innovaciones muy rápidamente para apoyar las labores de prevención, diagnóstico y tratamiento. Usando plataformas de datos abiertos, desarrollando modelos epidemiológicos y otros sistemas de proyección ofrecen información clave para la toma de decisiones de políticas de salud pública.¹⁰

Muchos de estos sectores, fundamentales para poder controlar la pandemia y mitigar sus efectos, son usuarios intensivos de los mecanismos jurídicos de protección de la propiedad intelectual. De ahí que algunas otras

⁷ “Novartis partners with life sciences companies to fight Covid-19Pharmaceutical”, *Technology News*, 27 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.pharmaceutical-technology.com/news/novartis-partners-companies-covid-19/>; “What are pharmaceutical companies doing to tackle COVID-19?”, *The Association of the British Pharmaceutical Industry*, s. f, disponible en: <https://www.abpi.org.uk/medicine-discovery/covid-19/what-are-pharmaceutical-companies-doing-to-tackle-the-disease/>; McGrail, S., “NIH Ties Up with Top Pharma Companies for COVID-19 Drug Discovery”. *Pharmanews Intelligence*, 20 de abril de 2020, disponible en: <https://pharmanewsintel.com/news/nih-ties-up-with-top-pharma-companies-for-covid-19-drug-discovery>.

⁸ Davies, Rob. “Ventilator Challenge UK to start production in Covid-19 fight”, *The Guardian*, 29 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/29/ventilator-challenge-uk-to-start-production-in-covid-19-fight>.

⁹ Statt, Nick, “3D printers are on the front lines of the covid-19 pandemic”, *The Verge*, 25 de mayo del 2020, disponible en: <https://www.theverge.com/2020/5/25/21264243/face-shields-diy-ppe-3d-printing-coronavirus-covid-maker-response>; Cámara de Industrias de Costa Rica, *Iniciativa interinstitucional apoya a CCSS en la producción local de equipo de protección personal (EPP)*, 13 de abril del 2020, disponible en: <https://cicr.com/iniciativa-interinstitucional-apoya-a-ccss-en-la-produccion-local-de-equipo-de-proteccion-personal-epf/>.

¹⁰ Moradian, N. et al., “The urgent need for integrated science to fight COVID-19 pandemic and beyond”, *Journal of Translational Medicine*, núm. 205, 2020, disponible en: <https://translational-medicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12967-020-02364-2>.

organizaciones médicas y de derechos humanos estén manifestando su preocupación respecto a los posibles obstáculos que puedan surgir si estos sectores exigen a los Estados el cumplimiento de las condiciones que ellos determinen para autorizar el uso de su propiedad intelectual. Incluso ya algunos gobiernos (Chile, Canadá e Israel) han aprobado el uso de licencias obligatorias para ciertos productos farmacéuticos.¹¹

V. ANTECEDENTES QUE JUSTIFICAN LA PREOCUPACIÓN POR LOS USOS DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL EN SITUACIONES CRÍTICAS

La estrategia de armonizar las normas de propiedad intelectual a través de tratados de derecho internacional, que imponen obligaciones a los países, ha sido cuestionada porque ha afectado de manera desproporcionada a los países más pobres. Además, el objetivo prioritario no es armonizar la normativa para que más empresas, en una cantidad mayor de países, puedan entrar a más mercados; sino que las normas de propiedad intelectual vinculadas al comercio internacional faciliten la maximización de ganancias para las corporaciones más grandes, a costa de las necesidades de la población más vulnerabilizada.

Por ejemplo, la protección vía patente de invención de medicamentos esenciales, aumenta los precios e impide la competencia y la generación de capacidad de manufactura local. Sobre este problema se ha investigado ampliamente, desde hace al menos 20 años. Una síntesis sobre los conflictos más importantes al respecto la podemos encontrar en el informe del High Level Panel UN Access Medicines, del 2016.¹²

De acuerdo con la visión de la Agenda 2030¹³ y una recomendación de la Comisión Global sobre el VIH y el mandato de Naciones Unidas para que el Secretario General estableciera un organismo de alto nivel para

¹¹ Houldsworth, A., “The key covid-19 compulsory licensing developments so far”, *IAM*, 7 de abril de 2020, disponible en: <https://www.iam-media.com/coronavirus/the-key-covid-19-compulsory-licensing-developments-so-far>; Green, A., “COVID-19: Countries race to strengthen compulsory licensing legislation”, *Devex*, 30 de junio de 2020, disponible en: <https://www.devex.com/news/covid-19-countries-race-to-strengthen-compulsory-licensing-legislation-97595>.

¹² Dreifuss, R. y Gontebanye, F. (eds.), *Report of the United Nations Secretary-General’s High-Level Panel On Access to Medicines*, ONU, septiembre de 2016, disponible en: <http://www.unsgac-accessmeds.org/final-report>.

¹³ Asamblea General de las Naciones Unidas, *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, Suiza, 2015, disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S.

proponer formas de incentivar la innovación en tecnologías de la salud y aumentar el acceso a medicamentos y tratamientos, Ban Ki-moon anunció en 2015, el nombramiento de un Panel de Alto Nivel sobre Innovación y Acceso a Tecnologías Sanitarias.

Ese panel de alto nivel fundamentó su trabajo en el compromiso de los Estados miembros de las Naciones Unidas de “remediar la incoherencia entre políticas que protegen los derechos justificables de los inventores, el derecho internacional de los derechos humanos, las normas comerciales y la salud pública en el contexto de las tecnologías sanitarias”.¹⁴ Las incoherencias a las que el informe hace referencia tienen que ver con la salud pública y el choque entre normas del derecho internacional de los derechos humanos internacionales con las normas del comercio internacional relacionadas con derechos de propiedad intelectual.

Todos esos tratados internacionales, convenciones y acuerdos tienen diferentes objetivos y son adoptados por los países en diferentes momentos. Los Estados tienen la obligación de proteger y cumplir con el derecho a la salud que tienen los habitantes y esto requiere, entre otras medidas, garantizar el acceso de la población a los medicamentos, y en particular a los medicamentos esenciales, como puede ser, por ejemplo, una vacuna en un contexto como el actual.

Por otro lado, los Estados también deben acatar las normas establecidas en los acuerdos comerciales y en los tratados internacionales sobre propiedad intelectual. Sin embargo, el imperativo de respetar las patentes sobre tecnologías sanitarias podría, en ciertos casos, crear obstáculos a los objetivos de salud pública.

La adopción del Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) en 1994 creó un nuevo estándar de protección y aplicación de la propiedad intelectual, a nivel global, que redefinió las reglas del juego del mercado mundial. Posteriormente a la firma de los ADPIC, inició un intenso proceso de negociación y firma de acuerdos de libre comercio que impusieron obligaciones aún más amplias con respecto a los derechos de patentes y datos de prueba sobre tecnologías sanitarias, sobrepasando lo establecido en los ADPIC. Esas normativas se conocen como disposiciones ADPIC-plus (en inglés, TRIPS-plus), y han limitado de manera significativa el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias.¹⁵ Debe tenerse en consideración

¹⁴ Dreifuss y Gontebanye, *op. cit.*, p. 3. Traducción propia.

¹⁵ Arguedas Ramírez, G., “Problemas éticos asociados al patentamiento de genes humanos”. Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de

que estas son normas vigentes en los países que tienen tratados de libre comercio con EEUU y que determinarían los términos de ingreso de nuevos medicamentos o vacunas para COVID19, si no existe de previo algún acuerdo para exceptuar que se otorguen derechos de propiedad intelectual a esas nuevas tecnologías.

En el año 2009, Anand Grover,¹⁶ en calidad de Relator Especial de Naciones Unidas para el derecho humano a la salud, presentó ante la Asamblea General de Naciones Unidas su informe A/HRC/11/12, en el cual analizó el impacto de las normas ADPIC-plus en el ámbito del derecho de patentes en los acuerdos de libre comercio. Si bien las disposiciones ADPIC-plus en los tratados de libre comercio difieren de un acuerdo a otro, sus propósitos son, en general, los siguientes:

- Ampliar el plazo de la patente
- Introducir la exclusividad de datos
- Introducir el vínculo de la patente con el registro y la aprobación de medicamentos
- Crear nuevos mecanismos de protección de los derechos de propiedad intelectual

Todas estas estrategias entorpecen el ingreso de medicamentos genéricos y hacen engorrosa, lenta y a veces, imposibles de aplicar, las escasas excepciones o flexibilidades que los Estados tienen para levantar esos derechos de las compañías farmacéuticas, cuando existe una imperiosa necesidad de salud pública que requiere la producción o importación de un medicamento o alguna otra tecnología sanitaria.

Como lo expone claramente el Panel de Alto Nivel,¹⁷ la innovación y el acceso a las tecnologías sanitarias son procesos complejos y multidimensionales, de alcance global. Los problemas y obstáculos que el sistema global de I+D+i (investigación, desarrollo e innovación) en medicamentos y otras tecnologías médicas tiene para responder a las necesidades globales y, sobre todo, a las necesidades de las mayorías más vulnerabilizadas está profundamente ligado con el funcionamiento del sistema global es la PI.

Posgrado de la Maestría Interinstitucional en Bioética para optar por el grado y título de Maestría Académica en Bioética, Universidad de Costa Rica, 2011.

¹⁶ *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover, A/HRC/11/12, Asamblea General de las Naciones Unidas, 31 de marzo de 2009.*

¹⁷ Dreifuss y Gontebanye, *op. cit.*, *passim*.

A pesar del notable avance en ciencia y tecnología (financiado en buena parte a través de fondos públicos),¹⁸ millones de personas continúan sufriendo y muriendo de condiciones tratables debido a la falta de acceso a tecnologías sanitarias. Según el informe del Panel de Alto Nivel sobre acceso a medicamentos:

En algunos casos, la causa radica en la insuficiencia de recursos de I+D para enfermedades en las que el mercado no ofrece suficiente retorno de la inversión. Los antibióticos suelen ofrecer poca recompensa pecuniaria por años de investigación a menudo costosa. En estas circunstancias, los expertos advierten que los virus, bacterias, parásitos y hongos resistentes a los medicamentos podrían causar 10 millones de muertes al año en todo el mundo para 2050. El modelo actual de innovación médica está mal equipado para responder a la creciente aparición de enfermedades infecciosas, como Ébola y Zika. Mientras tanto, las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) siguen recibiendo financiación inadecuada para I+D, a pesar de que más de mil millones de personas viven con una o más ETD.¹⁹

A inicios de este año, la OMS, la OMPI y la OMC publicaron la segunda edición del informe *Promoting Access to Medical Technologies and Innovation Intersections between Public Health, Intellectual Property and Trade*.²⁰ Según explican los directores de estas tres instancias intergubernamentales en el prólogo de este documento, la primera edición del estudio se publicó en 2012 con el objetivo de apoyar la cooperación internacional en cuestiones de salud, propiedad intelectual y comercio a través de una plataforma para compartir la experiencia práctica y la comprensión de una amplia gama de instrumentos de política. La versión del 2020 se concibe además como un medio para apoyar, e informar sobre, la cooperación técnica y los debates políticos en un momento en que el mundo se enfrenta a los desafíos multidimensionales de la respuesta a la pandemia de COVID-19. Para los directores de la OMS, OMPI y OMC, este estudio debe ayudar en el proceso necesario para lograr el acceso universal a las tecnologías médicas esenciales y fortalecer y diversificar los sistemas de innovación para responder a la demanda en evolución.

¹⁸ Mazzucato, M. y Semieniuk, G., “Public financing of innovation: new questions”, *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 33, núm. 1, 2017, pp. 24-48; Nayak, R. et al., “Public sector financial support for late stage discovery of new drugs in the United States: cohort study”, *British Medical Journal*, vol. 367, núm. 15766, 2019.

¹⁹ Dreifuss y Gontebanye, *op. cit.*, p. 7. Traducción propia.

²⁰ WTO, WHO, WIPO. *Promoting Access to Medical Technologies and Innovation Intersections between Public Health, Intellectual Property and Trade*. 2a. ed., Ginebra, 2020.

Este documento toma como base una serie de resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas emitidas en el contexto de la actual crisis global por COVID-19, a saber: A/RES/74/270 “Solidaridad mundial para combatir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)”, A/RES/74/274 “Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a medicamentos, vacunas y equipos médicos para enfrentar COVID-19”, en conjunto con la resolución WHA73.1 “Respuesta COVID-19”, de la Asamblea Mundial de la Salud.

A través de estas resoluciones, estos organismos internacionales y los Estados que los conforman, reconocieron el impacto dramático que la pandemia ha tenido en los sistemas de salud en casi todo el mundo. En algunos casos, la crisis ha sobrepasado por completo la capacidad existente, resultando en un alto número de muertes que podrían haberse evitado si las condiciones materiales mínimas hubiesen existido. La tragedia humana que se ha vivido a nivel global ha puesto en evidencia la innegable necesidad de cooperación y colaboración entre las naciones y los diversos sectores sociales.

En el informe citado, la OMS, la OMPI y la OMC concluyen que esta extraordinaria amenaza para la salud y los medios de vida de las personas requiere de una intensa cooperación internacional para que así los Estados puedan: fortalecer y ampliar la infraestructura necesaria de sus sistemas de salud; asegurar la disponibilidad de productos, tecnologías y equipo de protección (tarea que se torna mucho más difícil para los países más empobrecidos y que empeora conforme las líneas de producción no logran suministrar a tiempo las demandas crecientes); impulsar y sostener los procesos necesarios para el desarrollo, fabricación y distribución equitativa de pruebas diagnósticas, vacunas, medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías relevantes.

VI. GEOPOLÍTICA, MERCADO Y ACCESO EQUITATIVO A MEDICAMENTOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

A pesar de la diplomacia de los Estados en los foros de las instituciones intergubernamentales y de las declaraciones emitidas tanto desde la ONU, como desde la OMC y la OMS, los conflictos relacionados con aspectos de la propiedad intelectual, en el contexto de la pandemia, han comenzado a surgir.

Veamos el caso de lo que sucedió en los Países Bajos. Un reactivo de Roche, necesario para procesar pruebas de diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, comenzó a escasear y ante la negativa inicial de Roche de hacer pública la formulación del buffer para que otros fabricantes pudieran

producirlo, el gobierno de los Países Bajos inició una investigación sobre la posición de Roche con respecto a los equipos y materiales de prueba de COVID-19. Finalmente, se llegó a un acuerdo y Roche se comprometió a divulgar todos los conocimientos técnicos pertinentes y a aumentar la producción para mejorar las capacidades procesamiento de pruebas.²¹

Quizás sea la discusión sobre el acceso a las posibles vacunas el ejemplo más claro y preocupante de los efectos que puede llegar a tener un conflicto legal asociado a una patente sobre un medicamento. Aunque las vacunas para COVID-19 aún se encuentran en el proceso de investigación clínica para comprobar seguridad y eficacia, varios Estados han realizado millonarias inversiones para garantizar que la disponibilidad de capacidad de fabricación sea suficiente para producir los altos volúmenes necesarios para cubrir la demanda global. Al respecto surgen varias preocupaciones.

Una de esas preocupaciones, y quizás la más importante en el actual contexto, gira en torno a la producción y distribución de la potencial vacuna contra el SARS-CoV-2. Gavi, la alianza global para la producción de vacunas, lanzó un nuevo fondo multimillonario, el Gavi Covax Advance Market Commitment (AMC), para subsidiar las vacunas contra la infección por SARS-CoV-2 (cuando lleguen a estar disponibles) para países de bajos ingresos. El fondo tiene como objetivo acelerar la fabricación de una vacuna COVID-19 a gran escala y distribuirla según la necesidad, en lugar de la capacidad de pago. El Gavi Covax AMC se inspira en un fondo similar para vacunas neumocócicas que Gavi ha gestionado desde 2008.²²

El funcionamiento del fondo de Gavi para la vacuna contra el neumococo recibió críticas de importantes organizaciones como Médicos Sin Fronteras (MSF). MSF sostiene que el fondo aceptó la presión de las compañías farmacéuticas sobre el precio de las vacunas. Con base en esa experiencia previa afirmó que: “Los gobiernos y Gavi deben exigir que las corporaciones farmacéuticas abran los libros para que podamos ver cuánto costará realmente producir las vacunas COVID-19 potenciales”.²³

Además del fondo Gavi, se han lanzado otros fondos conjuntos, como el Inclusive Vaccine Alliance, en el que participan Italia, Francia, Alemania y

²¹ “Roche says it has provided Dutch with key corona test recipe”, *Dutch News*, 28 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.dutchnews.nl/news/2020/03/roche-says-it-has-provided-dutch-with-key-corona-test-recipe/>.

²² Usher, A., “COVID-19 vaccines for all? If an effective COVID-19 vaccine is developed, how will it get to everyone in need?”, *The Lancet*, vol. 395, 13 de junio de 2020.

²³ “Any future COVID-19 vaccines must be sold at cost and accessible to all”. Comunicado de prensa. MSF. 3 de junio de 2020, disponible en: <https://www.msf.org/any-future-covid-19-vaccines-must-be-sold-cost>.

los Países Bajos, que tiene como objetivo establecer una base de fabricación europea de vacunas COVID-19 para la UE y otros países. Por otra parte, está la propuesta presentada por el gobierno de Costa Rica para crear Fondo de Acceso a la Tecnología COVID-19, el cual fue adoptado por la OMS y ha sido respaldado por más de 30 países de ingresos medios. Sin embargo, solo cuatro países de ingresos altos han dado su adhesión a este plan: Noruega, los Países Bajos, Luxemburgo y Portugal. Como se explicó anteriormente, la propuesta de Costa Rica ofrece un marco ético-político para una asignación equitativa global de los diversos recursos diagnósticos y terapéuticos indispensables para paliar esta pandemia.

El Premio Nobel en economía y creador del concepto Advance Market Commitment, Michael Kremer,²⁴ ha manifestado su preocupación de que la cooperación internacional en el desarrollo de vacunas pueda fracasar debido al “nacionalismo de las vacunas”. Las más grandes potencias económicas del mundo, EEUU y China, no están participando de las iniciativas internacionales para financiar la investigación, desarrollo y manufactura de la potencial vacuna o vacunas, sino que han apostado por invertir en la investigación de empresas radicadas en esos países con el objetivo prioritario de atender sus respectivos mercados nacionales. EEUU, además, rompió relaciones con la OMS y no participó en el evento de lanzamiento de la iniciativa Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)-COVID-19, respaldada por la OMS para recaudar \$8 mil millones para el desarrollo de vacunas y medicamentos para tratar la enfermedad COVID-19. China tampoco iba a participar, pero atendió la reunión en el último minuto, de manera sorpresiva.²⁵

A pesar de que CEPI es un coalición más abierta y menos comprometida con agendas que podrían derivar en el “nacionalismo de las vacunas”, persisten dudas y críticas acerca de cuán claro es el compromiso de la organización con principios como el de la justicia distributiva. Antes de la reunión de CEPI-COVID-19, Médicos sin Fronteras publicó una carta abierta dirigida a la junta directiva de CEPI, solicitándole reafirmar sus compromi-

²⁴ Coy, P., “Pay Attention to Nobel Laureate Michael Kremer on the Pandemic”, *Bloomberg Businessweek*, 6 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-05-06/pay-attention-to-nobel-laureate-michael-kremer-on-the-pandemic>.

²⁵ Newey, S., “China participates in global coronavirus summit while US maintains silences”, *The Telegraph*, 4 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/china-participates-global-coronavirus-summit-us-maintains-silence/>; Booth, W., Johnson, C., Morello, C., “The world came together for a virtual vaccine summit. The U. S. was conspicuously absent”, *The Washington Post*, 4 de mayo de 2020, disponible en: https://www.washingtonpost.com/world/europe/the-world-comes-together-for-a-virtual-vaccine-summit-the-us-is-conspicuously-absent/2020/05/04/ac5b6754-8a5c-11ea-80df-d24b35a568ae_story.html.

Los objetivos de garantizar un acceso efectivo y equitativo a las vacunas producidas con sus fondos. Médicos sin Fronteras decidió publicar esa nota luego de que CEPI realizara cambios en su política de acceso equitativo a vacunas. En su versión original el documento explicaba los términos definidos por CEPI que debían acatar las empresas e instituciones que recibieran los fondos para investigación y desarrollo de vacunas. Estos términos abarcaban desde la fijación de precios hasta las políticas de propiedad intelectual. En la versión resumida que circuló, todos esos detalles se omitieron. Para Médicos sin Fronteras ese cambio no es menor y generó alertas. Sin embargo, la reacción de la CEPI frente a la nota de Médicos sin Fronteras ha sido mantener esa última versión de su política de acceso. Aquí hay un extracto de la carta:

La Política de Acceso Equitativo revisada de CEPI constituye un alarmante paso atrás para la organización porque ya no garantiza que las vacunas producidas a través de los fondos del CEPI estarán disponibles a un precio asequible. Tampoco proporciona ninguna base para que CEPI rinda cuentas a sus inversores públicos y filantrópicos en sus acuerdos con socios de desarrollo sobre quién tendrá la titularidad y cuál será el tratamiento de la propiedad intelectual o cómo se determinará el precio de las vacunas financiadas por CEPI. Al reemplazar la política de acceso equitativo previamente detallada con solo una declaración de principios amplia, la política revisada marca un giro preocupante que se aleja de los compromisos iniciales de CEPI con el acceso, la transparencia y la apertura, y abre nuevos caminos en términos de responsabilidad pública.²⁶

Para quienes han investigado desde la academia y desde organizaciones de derechos humanos y acceso a medicamentos, acerca del impacto que el régimen global de producción de medicamentos ha tenido en la salud pública, como Ellen t' Hoen, de *Medicines, Law and Policy* y asesora del fondo de UNITAID para la producción de medicamentos para la infección por HIV, y Merith Basey, directora norteamericana de Universities Allied for Essential Medicines, el rechazo de las grandes transnacionales farmacéuticas a los términos de garantía de precios de CEPI era algo esperable. Enfatizan que toda empresa farmacéutica que esté recibiendo fondos de agencias internacionales en esta, o en cualquier otra crisis, debe rendir cuentas públicamente y están en la obligación de divulgar los términos y

²⁶ Médecin sans Frontières, Open letter to CEPI Board Members: Revise CEPI's access policy, 5 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.msfaccess.org/open-letter-cepi-board-members-revise-cepis-access-policy>. Traducción propia.

condiciones de los acuerdos de colaboración entre los Estados, las agencias y las empresas.²⁷

Desde una perspectiva geopolítica,²⁸ los medicamentos y las vacunas para COVID-19 tienen un enorme valor estratégico, más allá de los intereses nacionalistas, que puede cambiar el lugar que ocupan los diversos actores globales en la disputa por la hegemonía económica, política y cultural. Ya es obvio que la competencia es feroz, sobre todo entre EEUU, Rusia y China. La competencia no se limita al financiamiento de investigaciones, sino que además involucra otras acciones comerciales y políticas, algunas de las cuales han sido vistas como gestos de hostilidad. A manera de ilustración, podemos ver el intento del gobierno de los EEUU, hace unos meses, por comprar una empresa desarrolladora de vacunas alemana. Este caso provocó gran indignación en Europa porque, de lograrse ese acuerdo comercial, la empresa habría privilegiado el mercado estadounidense. Otro gesto político y comercial que permite darse una idea de la agresividad del juego geopolítico en el contexto de la actual crisis global, es la compra que hizo el gobierno de los EEUU a la compañía farmacéutica Gilead por el total de su producción de remdesivir.²⁹

VII. JUSTICIA Y ACCESO A TECNOLOGÍAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENTRE CIENCIA ABIERTA Y CIENCIA CERRADA

Diversos autores y centros de investigación en bioética han realizado numerosas publicaciones advirtiendo a los Estados, instituciones sanitarias y a la amplia gama de sectores sociales, acerca de la relevancia fundamental de po-

²⁷ Zaitchik, Alexander, “No Vaccine in Sight. The U. S. was once at the cutting edge of pandemic prevention. Then Big Pharma took over”, *The New Republic*, 11 de mayo de 2020, disponible en: <https://newrepublic.com/article/157594/no-coronavirus-vaccine-big-pharma-drug-patent-system>.

²⁸ Moon, S. “The Vaccine Race: Will Public Health Prevail over Geopolitics?”, *The Graduate Institute of Geneva. Global Challenges. Special Issue* núm. 1, junio de 2020, disponible en: https://globalchallenges.ch/issue/special_1/the-vaccine-race-will-public-health-prevail-over-geopolitics/; Bremmer, I. “What Vaccine Nationalism Means for the Coronavirus Pandemic”, *Time*, 27 de julio del 2020, disponible en: <https://time.com/5871532/vaccine-nationalism-coronavirus-pandemic/>.

²⁹ Boseley, S., “US secures world stock of key Covid-19 drug remdesivir”, *The Guardian*, 30 de junio de 2020, disponible en: <https://www.theguardian.com/us-news/2020/jun/30/us-buys-up-world-stock-of-key-covid-19-drug>; Martin, Ian. “U. S. Buys The World’s Supply of Breakthrough Coronavirus Drug Remdesivir”, *Forbes*, 1o. de julio del 2020, disponible en: <https://www.forbes.com/sites/ianmartin/2020/07/01/us-buys-the-world-supply-of-breakthrough-coronavirus-drug-remdesivir/#4eb17f545472>.

líticas de justicia distributiva para asignar de manera justa los escasos recursos (sean cuales fuere) durante esta emergencia global. Las preguntas sobre cómo asignar de la manera más justa posible los diversos bienes y servicios indispensables para enfrentar la pandemia van desde cómo priorizar el uso de los medicamentos, las camas de cuidados intensivos, los equipos de ventilación mecánica y hasta cómo determinar el uso más efectivo de las pruebas diagnósticas, la distribución de los equipos de protección personal y, por supuesto, quiénes deberían ser los primeros en recibir una eventual vacuna contra el SARS-CoV-2.³⁰

Los gobiernos deben ser transparentes frente a la población con respecto a las decisiones y estrategias de priorización para la asignación de tratamientos, vacunas y demás recursos. Deben comunicarse los valores y principios en los cuales se enmarca la política pública y deben explicar cómo se derivan las rutas de toma de decisión de dichos principios. El mismo principio aplica para los organismos internacionales, consorcios y alianzas público-privadas en sus funciones atinentes a financiar, promocionar y facilitar la investigación, desarrollo y manufactura de bienes críticos para la respuesta a la pandemia por COVID-19. Deben divulgar los razonamientos éticos y políticos en los cuales se fundamentan las decisiones relacionadas con cualquier aspecto de atención de la pandemia.

Estas son aspiraciones éticas que, en realidad, no son novedosas, sino que responden a un largo recorrido de análisis, activismo y diplomacia en favor del derecho humano a la protección de la salud y del derecho humano al goce de los avances científicos y tecnológicos. No obstante, la realidad se impone y una vez más, estamos presenciando esa *tensión que parece nunca acabar, entre los derechos de propiedad intelectual y la protección de la salud pública*.³¹

Es precisamente por ese constante conflicto entre propiedad intelectual y salud pública que cobra especial relevancia la argumentación de Henry

³⁰ Kohler, J. y Mackey, T., “Why the COVID-19 pandemic should be a call for action to advance equitable access to medicines. Fair and equitable access to COVID-19 treatments and vaccines”, *Nuffield Council of Bioethics*, 29 de mayo de 2020; Berlinger, N. et al., “Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19”, *The Hastings Center*, 16 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>.

³¹ Bonadio, E. y Baldini, A., “COVID-19, Patents and the never-ending tension between proprietary rights and the protection of public health”, *European Journal of Risk Regulation*, 2020, pp. 1-6; Ravelo, J., “Battle over CEPT’s access to vaccines policy deepens”, *Devex*, 11 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.devex.com/news/battle-over-cept-s-access-to-vaccines-policy-deepens-94438>.

Chesbrough,³² director del Garwood Center, en la Universidad de Berkeley, en su artículo académico “To recover faster from COVID-19, open up”, publicado en la revista *Industrial Marketing Management*.

Como he explicado a lo largo de este capítulo, la investigación científica y la innovación tecnológica son la mayor fuente de esperanza para el mundo, en estos momentos de grave crisis sistémica. Después de meses en los que miles de personas, en el mundo, han muerto por las complicaciones del COVID-19, millones han tenido que soportar la tragedia de perder a un ser querido, de verse forzadas a vivir en algún grado de confinamiento — muchas veces sin tener las más mínimas condiciones materiales para ello—, han perdido sus trabajos o sus pequeños negocios o han sobrevivido la enfermedad, pero están experimentando serias y complejas secuelas en su salud, el mundo entero espera ansioso la noticia de que ya existe una vacuna o un medicamento que puede controlar la infección o, mejor aún, prevenirla.

Si bien la solución a los problemas de injusticia estructural que han potenciado los diversos y graves efectos de esta pandemia no se solucionarán mágicamente con intervenciones tecnológicas, es irrefutable que sin una gama de tecnologías no será posible superar, en el mediano plazo, esta crisis generalizada. El argumento del profesor Chesbrough no es novedoso, pero es certero y pertinente: para producir todas las tecnologías (incluyendo medicamentos y vacunas) que el mundo necesita para superar la pandemia, la ruta es abrir la investigación científica y la innovación.

Esto implica levantar, suspender o eliminar toda forma de barrera de acceso a la información, datos, diseños, en fin, a todo conocimiento vital para los procesos de desarrollo científico y tecnológico, que son críticos para responder a las diversas necesidades sanitarias en esta pandemia. En otras palabras, si como sociedad global queremos superar la pandemia lo antes posible, la apuesta de los Estados y de las organizaciones intergubernamentales debe ser por la ciencia y la innovación abiertas.

Para concluir, quiero traer a colación uno de los documentos más importantes en la defensa de la ciencia abierta: el pronunciamiento “Who owns science? The Manchester Manifesto”,³³ publicado en el 2010, bajo el auspicio y liderazgo de John Sulston y Joseph Stiglitz. Este documento revisa los conflictos relativos al uso de la propiedad intelectual en el mun-

³² Chesbrough, H., “To recover faster from Covid-19, open up: Managerial implications from an open innovation perspective”, *Industrial Marketing Management*, núm. 88, 2020, pp 410-413.

³³ Sulston, John *et al.*, *Who owns science? The Manchester Manifesto*, University of Manchester, 2012.

do tecnocientífico y problematiza el concepto de apropiación de la ciencia. A su vez, cuestiona el modo en que el sistema de propiedad intelectual ha permeado en la cultura científica, favoreciendo más la competencia (con propósitos de maximización de ganancias comerciales) que la colaboración y divulgación del conocimiento. En este sentido la propuesta de Costa Rica es coherente con un llamado a la reflexión dentro del campo científico-tecnológico, acerca de las implicaciones que la cultura de la competencia y el secretismo en la ciencia tiene sobre el desarrollo de la ciencia misma y sobre los derechos humanos de las personas en todo el mundo.

La actual crisis global puede ser el momento crítico que nos lleve de vuelta a modelos de ciencia más abiertos y colaborativos, orientados por principios éticos de justicia, equidad, transparencia e inclusión.

VIII. CONCLUSIONES

A diferencia de otros bienes que se transan en el mercado, el conocimiento es un bien inagotable. Por lo tanto, no es necesario restringir el acceso al conocimiento. Para proteger o gestionar otros bienes que sí son finitos, es posible encontrar justificaciones razonables para controlar el acceso y uso a esos bienes, porque un uso irracional o inequitativo podría agotar rápidamente ese bien, para perjuicio de toda la población. Sin embargo, en el caso del conocimiento científico, ocurre lo contrario. El acervo mundial de conocimiento aumenta conforme más personas tienen acceso a él y colaboran en la divulgación, aplicación y creación de más conocimiento.

En una situación límite y extremadamente compleja, como la actual pandemia, la colaboración es más efectiva que la competencia para proveer soluciones efectivas y seguras en el menor tiempo posible. Sin embargo, los intereses comerciales y geopolíticos han prevalecido una vez más. Pero la realidad se impondrá. Sin justicia distributiva la pandemia no estará superada en ninguna parte del mundo, porque una pandemia no está controlada hasta que el más vulnerable de los países haya logrado contenerla.

PROBLEMAS ÉTICOS EN TORNO A LAS VACUNAS

ESTUDIOS DE INFECCIÓN INTENCIONAL EN HUMANOS DE VACUNAS PARA COVID-19: ¿SON ÉTICAMENTE ACEPTABLES?¹

Ruth MACKLIN

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *El debate*. III. *1 Día Antes*. IV. *Los voluntarios*. V. *Conclusiones*

I. INTRODUCCIÓN

Los expertos en enfermedades infecciosas y salud pública advierten que la pandemia de COVID-19 va a estar con nosotros durante mucho tiempo, a menos que haya una vacuna disponible pronto. Las estimaciones de cuánto tiempo tardará una vacuna eficaz en llegar al mercado suelen oscilar entre 12 y 18 meses o más. Dada la cantidad de vidas que ya se han perdido por el coronavirus y sin un final a la vista, los esfuerzos para desarrollar una vacuna eficaz para prevenir el COVID-19 se han intensificado rápidamente. Actualmente se están preparando muchas vacunas. Al 22 de julio de 2020, se estaban realizando más de 140 estudios preclínicos de vacunas, 19 se encontraban en ensayos de fase I con pruebas de seguridad y dosis, 13 ya estaban en ensayos de seguridad ampliados de fase II, cuatro ya estaban en ensayos de eficacia de fase III a gran escala y una vacuna fue aprobada para uso limitado.²

A pesar de esta actividad en curso, que ha seguido aumentando a pesar de los cierres, los decretos gubernamentales y las personas que usan mascarillas protectoras (esto ha variado mucho entre las poblaciones y sub pobla-

¹ Una versión anterior de este texto se publicó en el Hastings Bioethics Forum del Hastings Center. Se reproduce aquí con el permiso del Hastings Center y de la autora. Traducción de Gustavo Ortiz Millán.

² Corum, Jonathan *et al.*, Carl, Coronavirus Vaccine Tracker, *The New York Times*. Updated July 22, 2020.

ciones en muchos países), la urgente necesidad de una vacuna ha dado lugar a llamados para recurrir a un método de investigación conocido como ensayos de infección intencional en humanos.³ En este tipo de estudios, los investigadores inyectan a voluntarios sanos una vacuna experimental, después de lo cual los participantes se infectan con una cepa de la enfermedad para probar la eficacia de la vacuna. El método de investigación estándar vacuna a un gran número de personas en riesgo de contraer una enfermedad con la vacuna experimental y compara los resultados con un grupo no vacunado con un riesgo similar. Los defensores de los estudios de infección intencional en humanos citan tres ventajas principales para su uso: involucran a menos participantes en la investigación que el método de investigación estándar; son considerablemente más baratos de realizar; y lo más importante, por lo general pueden determinar más rápidamente si una vacuna es eficaz. La última afirmación fue cuestionada por el bioeticista Franklin Miller en las circunstancias actuales: “Hay motivos para ser escépticos acerca de si un ensayo de infección intencional de coronavirus... de hecho puede facilitar y acelerar el acceso a una vacuna segura y eficaz, en vista del complejo conjunto de esfuerzos para desarrollar una vacuna que ya están en marcha”.⁴

II. EL DEBATE

Los defensores de los estudios de infección intencional en humanos para COVID-19 citan el imperativo de salud pública: “salvar la mayor cantidad de vidas”, junto con los otros beneficios de costos más bajos y la necesidad de reclutar menos sujetos de investigación. Este es un argumento utilitarista sencillo, un enfoque de la ética que tiene muchos adeptos. Los que se oponen a los estudios de infección intencional citan un principio fundamental de la ética de la investigación: minimizar los riesgos para los participantes de la investigación. Las regulaciones de investigación en la mayoría de los países ponen el peso en los comités de ética de la investigación en su revisión de la investigación propuesta para que satisfagan dos requisitos: garantizar que “los riesgos para los sujetos se minimizan” y que utilizan “procedimientos que no exponen innecesariamente a los sujetos a riesgos”. En los últimos

³ Aunque en ocasiones se ha traducido *human challenge studies* al español como “estudios clínicos de provocación” o “estudios de desafío humano”, aquí se traduce como “estudios de infección intencional en humanos”, que describe mejor en qué consisten los estudios o ensayos clínicos que involucran la exposición intencional a la enfermedad. (N. del t.).

⁴ Miller, Franklin G., “Warp speed bioethics”, *Hastings Bioethics Forum*, 1o. de junio de 2020, disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/warp-speed-bioethics/>.

años, la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH, por sus siglas en inglés) y la Universidad de Oxford en el Reino Unido han apoyado y realizado estudios de infección intencional en humanos, lo que ha dado como resultado el desarrollo de vacunas contra la malaria, el cólera y la tifoidea. Sin embargo, una advertencia de larga data en el uso de este método de investigación es un requisito previo de que debe existir un tratamiento aceptado para la enfermedad en estudio. A finales de agosto de 2020, ese requisito no se ha cumplido en el caso de COVID-19.

El 6 de mayo de 2020, la OMS emitió un documento titulado *Criterios clave para la aceptabilidad ética de los estudios de infección intencional en humanos COVID-19*.⁵ Afirma que “existe un consenso entre los especialistas en ética que han reflexionado sobre los estudios de infección intencional en humanos de que la infección intencional de los participantes de una investigación puede ser éticamente aceptable”. Si bien eso es probablemente cierto para la mayoría de los especialistas en ética con respecto a la cuestión general de la aceptabilidad de los estudios de infección intencional, seguramente no es el caso con respecto al uso de ese diseño para desarrollar una vacuna para prevenir COVID-19. La lista de la OMS de criterios éticos para la aceptabilidad de los estudios de infección intencional para COVID-19 no menciona el requisito de que exista un tratamiento aceptado para la enfermedad. En una lista de ocho criterios para los estudios de infección intencional del SARS-CoV-2, el segundo menciona que “los beneficios y riesgos potenciales deben compararse con otros diseños de estudios factibles” y “los riesgos deben minimizarse”. Sin embargo, en comparación con los del método estándar de estudio de las vacunas preventivas, los riesgos para los sujetos de los estudios de infección intencional parecerían ser considerablemente mayores. Después de todo, es posible que algunos o muchos participantes en un estudio de vacuna estándar nunca sean víctimas de la enfermedad en estudio. En comparación, el documento de la OMS enumera tres estrategias de minimización de riesgos: selección de participantes de bajo riesgo; reducir el número de participantes cuando sea posible; e infecciones intencionales iniciales llevadas a cabo una por una, con una valoración cuidadosa de la dosis viral. Si bien es cierto que la segunda y la tercera estrategias reducen los riesgos generales para el grupo de par-

⁵ WHO Working Group for Guidance on Human Challenge Studies in COVID-19, *Key Criteria for the Ethical Acceptability of COVID-19 Human Challenge Studies*, 6 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.who.int/ethics/publications/key-criteria-ethical-acceptability-of-covid-19-human-challenge/en/>.

ticipantes inscritos tomados en su conjunto, solo el primer criterio implica el riesgo para un individuo al que se le inyecta un patógeno que causa una enfermedad grave y puede ser fatal.

En respuesta a la declaración de la OMS el día después de su publicación, una organización no gubernamental, la Coalición de Defensa de la Vacuna contra el sida (AVAC, por sus siglas en inglés) y el Grupo de Acción de Tratamiento (TAG, por sus siglas en inglés) emitieron una declaración sobre los estudios de infección intencional de vacunas para COVID-19. Ese comentario reconoce que la declaración de la OMS “articuló criterios importantes para evaluar un estudio de infección intencional”, pero omitió el más importante: “Hasta que no haya un tratamiento aprobado, un ensayo de infección intencional con un patógeno potencialmente fatal y aún intratable es inaceptable”.⁶

En el momento de escribir este artículo, el debate sobre la aceptabilidad ética de los ensayos de infección intencional en humanos se está calentando, con científicos y especialistas en ética tomando posiciones en ambos lados. La lista de proponentes y oponentes ya es larga y sigue creciendo. En los Estados Unidos, incluso los políticos se involucraron. A fines de abril de 2020, 35 miembros de la Cámara de Representantes enviaron una carta al Departamento de Salud y Servicios Humanos y a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), argumentando que los estudios de infección intencional podrían acelerar en gran medida la búsqueda de una vacuna eficaz. Un artículo que describe este esfuerzo de los legisladores señaló que Myron Levine, un destacado investigador de vacunas que ha realizado experimentos de infección intencional durante décadas, dijo: “No puedo imaginar que esto sería ético y que realmente aceleraría lo que tenemos que hacer”.⁷ Podría decirse que los políticos no deberían tomar una decisión tan trascendental. Otra preocupación es si se deben buscar y tomar en consideración las aportaciones del público en general.

Basados en la suposición de que los ensayos de vacunas convencionales llevarán mucho más tiempo, los defensores de los estudios de infección intencional en humanos para COVID-19 citan el imperativo de salud pública de salvar la mayor cantidad de vidas junto con los otros beneficios de

⁶ AVAC and TAG Statement on Ethical Conduct of SARS-CoV-2 Vaccine Challenge Studies, disponible en: <https://www.avac.org/blog/avac-and-tag-statement-ethical-conduct-sars-cov-2-vaccine-challenge-studies>.

⁷ Cohen, Jon, “Infect volunteers to speed a coronavirus vaccine?”, *Science*, vol. 368, núm. 6486, 3 de abril de 2020, p. 16. DOI: 10.1126/science.368.6486.16. disponible en: <https://science.sciencemag.org/content/368/6486/16.full>.

costos más bajos y la necesidad de reclutar menos sujetos de investigación. Por ejemplo, Ferguson y Caplan sostienen que el proceso de desarrollo de la vacuna normalmente toma años.⁸ Señalan correctamente que el método habitual involucra a decenas de miles de voluntarios. Además, señalan que “los que realizan ensayos de vacunas deben instar a sus sujetos a evitar la infección, alargando así el tiempo necesario para completar el estudio. Los estudios de infección intencional toman mucho menos tiempo, requieren muchos menos voluntarios, no están atados a las tasas naturales de infección y, por lo tanto, pueden acelerar el progreso”. Pero los autores reconocen que los estudios de infección intencional “podrían poner a los voluntarios en mayor riesgo que los ensayos de vacunas convencionales”.

Dada la rapidez con la que se ha propagado COVID-19 y lo infeccioso que es el coronavirus, hay motivos para ser escépticos sobre los diferentes períodos de tiempo que tomarían los dos métodos para llegar a una vacuna exitosa. Se espera que los estudios de infección intencional pasen por todas las fases del desarrollo de la vacuna antes de que se considere su aprobación. No está claro si una agencia reguladora de medicamentos aprobaría un estudio que no haya completado con éxito los ensayos de fase III. Los estudios de infección intencional aún tendrían que reclutar una población de estudio lo suficientemente grande como para lograr significación estadística. Uno de los principales científicos de los NIH de EEUU señaló que las consideraciones de seguridad necesariamente requieren probar un medicamento (terapéutico o preventivo) en una gran cantidad de sujetos.⁹ Esto se debe a que algunos daños graves de un producto experimental pueden no aparecer en una pequeña cantidad de participantes. Dada la rapidez con la que el coronavirus se propaga entre las personas con alto riesgo de contraer la infección, no está del todo claro que los estudios de infección intencional aún no iniciados lleguen a una vacuna eficaz más rápidamente. Otro científico destacado, un vacunólogo que dirigió los esfuerzos para desarrollar una vacuna para el VIH/sida en la OMS y ONUSIDA, señaló otro punto clave: “Con respecto a la eficacia, queremos saber si una vacuna que no previene la infección puede de hecho prevenir la enfermedad, como es el caso de la vacuna contra el rotavirus. Para obtener esa información, es posible que necesitemos muestras más grandes, porque solo una fracción de los infectados

⁸ Ferguson, Kyle, y Caplan, Arthur, “Accepting the challenge: COVID vaccine challenge trials can be ethically justified”, *Hastings Bioethics Forum*, 29 de junio de 2020, disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/accepting-the-challenge-covid-vaccine-challenge-trials-can-be-ethically-justified/>. Se publica en español en este mismo volumen.

⁹ Charles Natanson, comunicación personal, 10 de julio de 2020.

desarrolla la enfermedad.” Este científico proporcionó tres razones por las que no apoya los estudios de infección intencional en humanos: primero, no produciría evidencia convincente para autorizar el uso de una vacuna para uso en salud pública; en segundo lugar, se desconoce la variedad de enfermedades (y secuelas) y el riesgo es demasiado alto; y tercero, no existe una terapia eficaz en caso de que algo salga mal.¹⁰

Nir Eyal, un bioeticista que respalda los estudios de infección intencional, argumenta que en comparación con dos escenarios alternativos, el riesgo neto de la participación en un estudio de infección intencional de la vacuna para COVID-19 sería negativo, pequeño o poco claro.¹¹ Los otros dos escenarios son, para un determinado individuo: primero, no participar en ningún ensayo de eficacia de la vacuna contra el SARS-CoV-2; y segundo, participar en un ensayo de eficacia estándar para la misma vacuna. Aunque Eyal presenta un caso persuasivo para el escenario específico que construye, su argumento omite otros factores del mundo real que influyen en la ética de los juicios de infección intencional en humanos en la situación actual, factores que incluyen preguntas sobre el consentimiento informado y la justicia social.

En un comentario sobre un artículo de Eyal, Lipsitch y Smith,¹² Dawson y sus colegas montan un argumento general en contra de los estudios de infección intencional en humanos:

...no estamos de acuerdo en que los estudios de infección intencional de SARS-CoV-2 sean éticamente apropiados en este momento, por tres razones: (1) el conocimiento científico actual de la infección por SARS-CoV-2 es insuficiente para gestionar los riesgos; (2) la toma de decisiones autónoma, aunque necesaria, no anula las preocupaciones sobre el riesgo; y (3) emprender estudios de infección intencional ahora pondría en peligro la confianza en la empresa de investigación, lo que podría socavar la respuesta global a la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).¹³

¹⁰ José Esparza, comunicación personal, 6 de julio de 2020.

¹¹ Eyal, Nir, “Why challenge trials of SARS-CoV-2 vaccines could be ethical despite risk of severe adverse events”, *Ethics & Human Research*, 11 de mayo de 2020, disponible en: <https://doi.org/10.1002/eahr.500056>.

¹² Eyal, Nir *et al.*, “Human Challenge Studies to Accelerate Coronavirus Vaccine Licensure”, *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 221, núm. 11, 1o. de junio de 2020, pp. 1752-1756, disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa152>. Publicado el 31 de marzo de 2020.

¹³ Dawson, Liza *et al.*, “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Human Challenge Trials: Too Risky, Too Soon,” *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 222, núm. 3, 1o. de agosto de 2020, pp. 514-516, disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa314>.

III. 1 DÍA ANTES

A medida que avanzaba la pandemia en la primavera de 2020, un sitio web llamado 1 Day Sooner¹⁴ documentó un interés considerable por parte de los posibles voluntarios para los estudios de infección intencional. Para el 31 de agosto de 2020, el número llegó a 36,569 voluntarios de 162 países. Eyal y otros que citaron el sitio web mencionaron el altruismo como una razón por la que tantas personas parecían dispuestas a ofrecerse como voluntarias. Pero sin más información, no hay forma de saber qué tan bien informados estaban esos individuos sobre los riesgos y beneficios de participar, o incluso si eran, de hecho, altruistas. Es posible que tuvieran un alto riesgo de contraer COVID-19 y abrigaran el “concepto erróneo de prevención”: la creencia de que el primer intento de una vacuna exitosa logrará prevenir la infección. Ha sido bien documentado en una amplia gama de investigaciones sobre intervenciones terapéuticas que un gran número de participantes albergan el “concepto terapéutico erróneo”: la creencia de que el producto que se está estudiando les proporcionará beneficios directos durante la investigación. Por lo tanto, no sería sorprendente saber que la misma creencia prevalece en estudios de prevención como las investigaciones de vacunas. Además, es posible que no se den cuenta de que muchas vacunas potenciales no logran un grado de eficacia suficiente para obtener una licencia para su uso. Un ejemplo extremo es el caso del VIH/sida. La búsqueda de una vacuna eficaz para prevenir la infección por VIH sigue siendo elusiva después de décadas de intentos fallidos y numerosos ensayos clínicos. Finalmente, vale la pena especular sobre cuántos de los más de 30,000 voluntarios todavía estarían dispuestos a participar en un estudio de infección intencional una vez que se sometían a un proceso de consentimiento informado riguroso y completamente detallado.

Además, la práctica habitual en la investigación médica con sujetos humanos sanos es pagarles por su participación, a veces mucho dinero. Eyal escribió: “Evitar los incentivos financieros para la participación ayudaría aún más a seleccionar voluntarios con los mejores motivos”.¹⁵ El documento de la OMS sobre la aceptabilidad de los estudios de infección intencional en humanos no menciona el pago ni tampoco el sitio web 1 Day Sooner. Sin embargo, dada la práctica estándar en la investigación con participantes sanos y en estudios previos de infección intencional en humanos para otras enfermedades, es prácticamente seguro que el pago monetario, que puede

¹⁴ 1 Day sooner, disponible en: <https://1daysooner.org/>.

¹⁵ Eyal, *op. cit.*

ser considerable, serviría como un incentivo para inscribirse. El resultado probable sería una cantidad desproporcionada de voluntarios de grupos de ingresos más bajos, incluidas muchas personas que perdieron sus trabajos debido a la pandemia. También es probable que muchos voluntarios sean miembros de minorías raciales y étnicas. Ambas situaciones plantean una seria cuestión de justicia social que se encuentra en el centro de esta propuesta.

El sitio web de la organización informó que publicaron una carta abierta al doctor Francis Collins, director de los NIH, que fue firmada por 15 premios Nobel y más de 100 personas prominentes.¹⁶ Incluidos en la lista había científicos y bastantes connotados bioeticistas, incluidos Nir Ayal y Arthur Caplan. Se desconoce si todos esos bioeticistas, e incluso algunos de los científicos que firmaron la carta, están completamente informados de las deficiencias científicas de los ensayos de infección intencional en humanos para una vacuna preventiva de COVID-19, al menos en este momento. Pero los científicos que están a bordo deben ser conscientes del estado de ignorancia relacionado con el virus y sus muchas características desconocidas.

El último desarrollo en el momento de escribir este artículo es un anuncio en *The Guardian* de que un científico de Oxford planea realizar ensayos de infección intencional de vacunas para fines de 2020. El artículo informó que Adrian Hill, director del Instituto Jenner de la Universidad de Oxford (quien también firmó la carta de 1 Day Sooner al director de los NIH), dijo que los científicos de Oxford estaban trabajando en los aspectos técnicos preparándose para una prueba y que el equipo esperaba reclutar voluntarios en unos meses. *The Guardian* informó que el profesor Hill dijo: “Esperamos estar haciendo pruebas de infección intencional para fin de año. Esto podría ser en paralelo o podría ser después de que se complete la fase tres de prueba. No son opciones que compiten, son complementarias”.¹⁷ Lo desconcertante de este anuncio es el plan para realizar la prueba de infección intencional después de que se complete una prueba de fase III. Como se describió anteriormente, el objetivo de realizar ensayos de infección intencional en humanos es acelerar el proceso. Si las pruebas de fase III ya se completaron, ¿qué se puede ganar con una prueba de infección intencional, ya sea simultáneamente o después? Como ya se señaló, el gran número de participantes en los ensayos de fase III permite garantizar la eficacia e identificar los sucesos adversos

¹⁶ Challenge Trials for COVID-19, disponible en: <https://1daysooner.org/openletter>.

¹⁷ Devlin, Hannah, “Coronavirus vaccine: Oxford team aim to start lab-controlled human trials”, *The Guardian*, 16 de julio de 2020, <https://www.theguardian.com/science/2020/jul/16/coronavirus-vaccine-oxford-team-volunteers-lab-controlled-human-challenge-trial>.

que pueden no aparecer en el número mucho menor de sujetos en el ensayo de infección intencional típico. Sin más información, es difícil evaluar qué se podría ganar con los ensayos de infección intencional realizados después de que se hayan completado los ensayos de fase III.

IV. LOS VOLUNTARIOS

Las propuestas recientes de estudios de infección intencional en humanos para desarrollar una vacuna para COVID-19 especifican el rango de edad propuesto para los voluntarios. Plotkin y Caplan abogan por voluntarios jóvenes sanos (de 18 a 29 años).¹⁸ Eyal, Lipsitch y Smith¹⁹ sostienen que el riesgo neto entre los voluntarios para los estudios de infección intencional podría ser aceptable si los participantes incluyen adultos jóvenes sanos y su objetivo de rango de edad es de 20 a 45 años. El sitio web 1 Day Sooner dice lo siguiente:

Según la revista *Lancet Infectious Disease[s]*: si miras a las personas de 20 a 29 años (tanto sanas como enfermas), el riesgo de morir si se infectan con COVID-19 es uno en 3,300. Un artículo reciente en *Science* pone ese riesgo más bajo, en uno en 14,000. Cualquier persona con una afección preexistente también sería excluida de un ensayo de infección intencional en humanos, lo que reduciría aún más el riesgo de manera significativa.

El riesgo de morir es, por supuesto, el peor resultado posible para los voluntarios. Pero también existen riesgos de la enfermedad que podrían ser graves. A pesar de la creciente evidencia de que incluso las personas del grupo de edad más joven pueden experimentar graves consecuencias, se cita al profesor Hill de Oxford diciendo: “Todo el mundo estaría de acuerdo en que el riesgo es extremadamente bajo en los jóvenes. Es tan bajo que es muy difícil de medir”. No está del todo claro que “todo el mundo estaría de acuerdo”, ya que la evidencia reciente ha revelado una sorprendente incidencia de riesgos graves nunca antes vistos.²⁰ El artículo

¹⁸ Plotkin, Stanley A., y Caplan, Arthur, “Extraordinary diseases require extraordinary solutions”, *Vaccine*, vol. 38, núm. 24, 19 de mayo de 2020, pp. 3987 y 3988, disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.04.039>.

¹⁹ Eyal, Lipsitch y Smith, *op. cit.*

²⁰ Leigh, Suzanne, “1 in 3 young adults may face severe COVID-19, UCSF study shows”, University of California San Francisco, 12 de julio de 2020, disponible en: <https://www.ucsf.edu/news/2020/07/418081/1-3-young-adults-may-face-severe-covid-19-ucsf-study-shows>.

cita un estudio que examinó la información de una muestra representativa a nivel nacional de aproximadamente 8,400 hombres y mujeres de 18 a 25 años y encontró que la “vulnerabilidad médica” general era del 33 por ciento para los hombres y del 30 por ciento para las mujeres. En particular, el estudio encontró que entre los jóvenes que fumaban, el 100 por ciento eran vulnerables al COVID-19 grave. Probablemente fumar sería un criterio de exclusión para un estudio de infección intencional que reclute a adultos jóvenes. Podemos suponer que los premios Nobel y los especialistas en bioética que firmaron la carta de 1 Day Sooner al director de los Institutos Nacionales de Salud de EEUU son todos mayores de 30 años. Pero también podemos preguntarnos si alentarían a sus propios hijos e hijas (no fumadores) de entre 18 y 30 años para participar en un estudio de vacunación contra COVID-19.

Una consideración final es si los resultados de un estudio de infección intencional que recluta a adultos jóvenes (presumiblemente, los participantes menos vulnerables) serían totalmente aplicables a los grupos con mayor riesgo de contraer la enfermedad. Esos grupos incluyen personas mayores de 60 años, cuyo sistema inmunológico ya está debilitado, individuos obesos y aquellos con una variedad de condiciones de comorbilidad. En un estudio de vacunas tradicional, una población general con mayor riesgo de contraer la enfermedad normalmente sería la población sujeto. Pero así como los riesgos de COVID-19 son mayores en esas subpoblaciones, también la eficacia e incluso los riesgos de la vacuna en sí podrían ser diferentes en los voluntarios jóvenes y en los que serían excluidos en función de su edad y otras características. En contraste con las propuestas de los defensores de los ensayos de infección intencional, un ensayo de vacuna convencional de fase III lanzado en los EEUU a fines de julio de 2020 no tiene restricciones de edad. El *New York Times* informó que el Dr. Francis Collins, director de los NIH, alentó a las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas y los miembros de minorías raciales y étnicas a participar en el estudio.²¹

V. CONCLUSIONES

La defensa de los juicios de impugnación representada en la literatura médica y bioética actual hace que parezca que el movimiento a favor de proceder

²¹ Grady, Denise, “Late-stage trials start for 2 vaccines; each study needs 30,000 volunteers”, *The New York Times*, 28 de julio de 2020, p. A5.

supera el enfoque más cauteloso representado por AVAC²² y Dawson *et al.*²³ Sin embargo, nadie ha reunido todavía un grupo de oposición de científicos y bioeticistas que adopten un enfoque cauteloso y que rechazaran los estudios de infección intencional, al menos en ausencia de una cura o un tratamiento eficaz. Si se iniciara tal movimiento, rechazando la premisa utilitarista extrema de que salvar la mayor cantidad de vidas lo antes posible es el curso de acción más ético, yo sería una de las primeras en firmar.

²² AVAC, *op. cit.*

²³ Dawson *et al.*, *op. cit.*

ACEPTAR EL RETO: LOS ENSAYOS DE INFECCIÓN INTENCIONAL PARA LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 PUEDEN JUSTIFICARSE ÉTICAMENTE¹

Kyle FERGUSON
Arthur CAPLAN

Es poco probable que la pandemia de COVID-19 termine hasta que haya una vacuna segura, eficaz y ampliamente distribuida. ¿Qué tan pronto pueden los investigadores lograr este objetivo? La respuesta depende en gran medida de las estrategias que los investigadores estén dispuestos a adoptar. Una estrategia potencial es realizar estudios de infección intencional en humanos,² en los que los investigadores administran una vacuna experimental a voluntarios sanos y luego prueban (o “retan”) la vacuna exponiendo deliberadamente a los voluntarios al virus. Aunque un número creciente de voces están pidiendo a los investigadores que empleen esta estrategia, la propuesta está generando un acalorado debate sobre la ética de dicha investigación.

En los ensayos de vacunas convencionales, los investigadores administran una vacuna experimental o un placebo a decenas de miles de voluntarios y luego esperan a que la naturaleza haga su trabajo, un proceso que normalmente lleva años. A medida que las curvas se aplanan, las condiciones para la investigación de vacunas convencionales empeoran,³ al reducir la tasa de infección natural y ralentizar el proceso de descubrir si la vacuna

¹ Una versión anterior de este texto se publicó en el Hastings Bioethics Forum del Hastings Center. Se reproduce aquí con el permiso del Hastings Center y de los autores. Traducción de Gustavo Ortiz Millán.

² Aunque en ocasiones se ha traducido *human challenge studies* al español como “estudios clínicos de provocación” o “estudios de reto”, aquí se traduce como “estudios de infección intencional en humanos”, que describe mejor en qué consisten los estudios o ensayos clínicos que involucran la exposición intencional a la enfermedad. (N. del t.).

³ Salzman, Sony, “Vaccine paradox: Will ‘flattening the curve’ stymie the chances of developing a coronavirus vaccine quickly?”, ABC News, 2 de junio de 2020, disponible en: <https://abcnews.go.com/Health/vaccine-paradox-flattening-curve-stymie-chances-developing-coronavirus/story?id=70885643>.

funcionó. Moralmente, quienes realizan ensayos de vacunas deben instar a sus sujetos a evitar la infección, alargando así el tiempo necesario para completar el estudio. Los estudios de infección intencional toman mucho menos tiempo, requieren muchos menos voluntarios, no están atados a las tasas naturales de infección y, por lo tanto, pueden acelerar el progreso. Pero podrían poner a los voluntarios en mayor riesgo que los ensayos de vacunas convencionales.

Los defensores creen que hay formas de reducir los riesgos a niveles aceptables. Plotkin y Caplan proponen reclutar solo voluntarios jóvenes y sanos.⁴ Eyal, Lipsitch y Smith proponen además el reclutamiento en áreas con altas tasas de infección para minimizar el riesgo adicional para los voluntarios.⁵ Shah, Miller y sus colegas argumentan que los riesgos de infecciones controladas por SARS-CoV-2 son comparables a los riesgos aceptados regularmente en la investigación.⁶ Pero los opositores creen que los riesgos siguen siendo demasiado altos para que valga la pena correrlos.

En un reciente ensayo en el Hastings Bioethics Forum, Ruth Macklin se opone al uso de estudios de infección intencional en humanos en la investigación de la vacuna para el COVID-19.⁷ Como otros que se oponen a tales estudios,⁸ Macklin basa su caso en un principio fundamental de la ética de la investigación, que obliga moralmente a los investigadores a minimizar los riesgos para los voluntarios. En su opinión, exponer a los voluntarios al SARS-CoV-2 no sería ético ya que no existe un tratamiento aceptado para el COVID-19. Macklin escribe que “una advertencia de larga data en el uso de [estudios de infección intencional en humanos] es un requisito previo de que debe existir un tratamiento aceptado para la enfermedad en estudio. Ese requisito no se cumple actualmente en el caso de COVID-19”. Aunque

⁴ Plotkin, Stanley A., y Caplan, Arthur, “Extraordinary diseases require extraordinary solutions”, *Vaccine*, vol. 38, núm. 24, 19 de mayo de 2020, pp. 3987 y 3988, disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.04.039>.

⁵ Eyal, Nir *et al.*, “Human challenge studies to accelerate coronavirus vaccine licensure”, *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 221, núm. 11, 1o. de junio de 2020, pp. 1752-1756, disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa152>. Publicado el 31 de marzo de 2020.

⁶ Shah, Seema *et al.* “Ethics of controlled human infection to address COVID-19”, *Science*, vol. 368, núm. 6493, pp. 832-834, 22 de mayo de 2020, DOI: 10.1126/science.abc1076.

⁷ Macklin, Ruth, “Human challenge studies for COVID-19 vaccine: Questions about benefits and risks”, Hastings Bioethics Forum, 15 de junio de 2020, disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/human-challenge-studies-for-covid-19-vaccine-questions-about-benefits-and-risks/>. (La versión extendida de este ensayo se publica en este mismo volumen).

⁸ Dawson, Liza *et al.*, “Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 human challenge trials: too risky, too soon”, *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 222, núm. 3, 1o. de agosto de 2020, pp. 514-516, disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa314>.

Macklin plantea preocupaciones adicionales sobre el consentimiento informado y la selección justa de sujetos, ninguno de los cuales es exclusivo de los estudios de infección intencional, su principal preocupación es el riesgo. Ella concluye que “la prisa por comenzar los ensayos de vacunas de desafío humano para una enfermedad grave que carece de un tratamiento eficaz es éticamente injustificable”.

No estamos de acuerdo. Sin duda, respaldamos el principio de minimizar los riesgos en la investigación. Sin embargo, creemos que los estudios de infección intencional del SARS-CoV-2 pueden cumplir con el requisito de minimizar los riesgos. Debido a esto, y debido a los enormes beneficios sociales que prometen, los ensayos de vacunas de infección intencional en humanos para COVID-19 pueden estar éticamente justificados.

El argumento de Macklin pone mucho peso en el hecho de que no existe un tratamiento aceptado para COVID-19. Sin embargo, distingamos dos cuestiones: por un lado, si existe un tratamiento; por otro, si se minimizan los riesgos. Estas dos no son la misma cosa. Por lo tanto, la “advertencia de larga data” en los estudios de infección intencional de que exista un tratamiento aceptado es simplemente un sustituto del requisito de minimizar los riesgos, no un requisito en sí mismo. Hay otras formas de minimizar los riesgos. Ofrecemos cinco razones para pensar que los estudios de infección intencional del SARS-CoV-2 pueden minimizar los riesgos y satisfacer las demandas de la ética de la investigación.

Primero, los estudios de desafío han recibido la aprobación de comités de ética de la investigación [*institutional review boards*], incluso sin un tratamiento aceptado para la enfermedad en cuestión. Por ejemplo, han tenido un papel importante en el establecimiento de candidatos a vacunas para el dengue.⁹ En un estudio publicado en 2016, los investigadores infectaron a voluntarios con una cepa del virus del dengue para probar la vacuna experimental TV003. En ese estudio, la vacuna protegió a todos los receptores del dengue, lo que significaba que se justificaban estudios adicionales.¹⁰ Este fue un avance positivo después de que otra vacuna, Dengvaxia, causara gran daño y controversia en Filipinas.¹¹ Independientemente del futuro de

⁹ Kirkpatrick, Beth D. *et al.*, “The live attenuated dengue vaccine TV003 elicits complete protection against dengue in a human challenge model”, *Science Translational Medicine*, vol. 8, núm. 330, pp. 330ra36, 16 de marzo de 2016, DOI: 10.1126/scitranslmed.aaf1517.

¹⁰ Kallas, Esper G. *et al.*, “Safety and immunogenicity of the tetravalent, live-attenuated dengue vaccine Butantan-DV in adults in Brazil: a two-step, double-blind, randomised placebo-controlled phase 2 trial”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 20, núm. 7, pp. 839-850, 2020, DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30023-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30023-2).

¹¹ Chatterjee, Patralekha, “Dengvaxia researcher charged”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 19, núm. 6, pp. 584 y 585, 2019, DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30212-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30212-9).

TV003 (la vacuna aún se está estudiando), el punto es que los investigadores realizaron estudios éticos de infección intencional del dengue a pesar de que no había, y todavía no hay, un tratamiento médico específico para la enfermedad.

En segundo lugar, los riesgos a los que se enfrentan los voluntarios dependen del agente de infección [*challenge agents*] que utilicen los investigadores. Un agente de infección es una versión específica de un patógeno seleccionado o diseñado y fabricado¹² para su uso en estudios de infección intencional. El objetivo habitual es producir una infección, no una enfermedad ni daños en el cuerpo. En el estudio de infección intencional del dengue, los investigadores utilizaron un virus de infección, rDEN2D30, que derivaron de una cepa particular aislada durante un brote notable por sus casos leves. En los estudios de infección intencional para la malaria,¹³ los investigadores prueban las cepas de la malaria antes de infectar a los voluntarios para asegurarse de que están usando cepas que respondan a los tratamientos. Nadie puede decir con certeza que los estudios de infección intencional con SARS-CoV-2 son demasiado riesgosos sin saber más sobre el agente de infección y las dosis. En el contexto de COVID-19, el doctor Anthony Fauci le dijo recientemente a *Politico*: “Estamos haciendo dosis de infección”.¹⁴ Es natural, pero es un error, pensar que los riesgos serían necesariamente los asociados con los peores casos de COVID-19.

En tercer lugar, los tratamientos aceptados, como la mayoría de las herramientas con las que vivimos, tienen tasas de fracaso distintas de cero.¹⁵ Por lo tanto, incluso cuando existen tratamientos, siempre queda cierto riesgo en los estudios de infección intencional. Minimizar los riesgos no significa eliminarlos.

Cuarto, otros tipos de investigación de vacunas se aprueban regularmente a pesar de los graves riesgos. Por ejemplo, los voluntarios en los en-

¹² Catchpole, Andrew P. *et al.*, “The manufacturing of human viral challenge agents for use in clinical studies to accelerate the drug development process”, *BMC Research Notes*, vol. 11, núm. 620 (2018).

¹³ Matuschewski, K. y Borrmann, S., 2019, “Controlled Human Malaria Infection (CHMI) Studies: Over 100 Years of Experience with Parasite Injections”, en Arieu, F. *et al.* (comps.), *Malaria Control and Elimination*, Methods in Molecular Biology, vol. 2013, Nueva York, Humana, pp. 91-101, disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9550-9_7.

¹⁴ Oweremohle, Sarah, 2020, “White House pressure for a vaccine raises risk the U. S. will approve one that doesn’t work”, *Politico*, 15 de junio de 2020, disponible en: <https://www.politico.com/news/2020/06/15/pressure-coronavirus-vaccine-risk-approval-316094>.

¹⁵ Lowe, Derek, “The latest on drug failure and approval rates”, *Science Translational Medicine*, 9 de mayo de 2019, disponible en: <https://blogs.sciencemag.org/pipeline/archives/2019/05/09/the-latest-on-drug-failure-and-approval-rates>.

sayos de vacunas convencionales enfrentan riesgos de sucesos adversos¹⁶ de los que ningún agente de rescate puede salvarlos. Estos riesgos son minimizados y habitualmente aceptados por investigadores, voluntarios y comités de ética de la investigación. ¿Por qué, entonces, la falta de un tratamiento aceptado debería ser un factor decisivo para los estudios de infección intencional? Sospechamos que actúan rarezas moral-psicológicas, no principios. No hay ninguna razón convincente para percibir el riesgo de daño derivado de una infección deliberada como moralmente peor que el riesgo de daño derivado de una vacuna experimental.

Finalmente, durante el primer pico de la pandemia, todos no solo permitimos, sino que elogiamos¹⁷ a los médicos, enfermeras, técnicos de emergencias sanitarias, personal de limpieza y otros que asumieron grandes riesgos para brindar atención a los pacientes con COVID-19. Estos riesgos eran mucho mayores que los que enfrentarían los voluntarios del estudio, pero nuestras comunidades los juzgaron como dignos de tomarse dado todo lo que está en juego. No estamos sugiriendo que el límite superior de riesgo aceptable en la investigación sea o deba ser el mismo que en otros caminos de la vida. Más bien, citamos este heroísmo como un recordatorio del valor moral de la toma de riesgos. El altruismo y el espíritu de servicio público parecen animar a los voluntarios de los estudios de infección intencional.¹⁸ Aquellos que se oponen a los estudios de infección intencional del SARS-CoV-2 no solo calculan mal los riesgos; también juzgan mal el valor que impulsa la participación.

¹⁶ Herper, Matthew, “He experienced a severe reaction to Moderna’s COVID-19 vaccine candidate. He’s still a believer”, *Stat*, 26 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.statnews.com/2020/05/26/moderna-vaccine-candidate-trial-participant-severe-reaction/>.

¹⁷ “The heroism of health workers in the coronavirus crisis”, *The New York Times*, 26 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/03/26/opinion/letters/coronavirus-health-care.html>.

¹⁸ Morrison, Josh, “Challenge trials can speed development of a COVID-19 vaccine. Planning for them needs to start now”, *Stat*, 28 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.statnews.com/2020/05/28/challenge-trials-speed-development-covid-19-vaccine-start-planning-now/>.

INFODEMIA

COMUNICACIÓN RESPONSABLE DURANTE LA PANDEMIA

Cuauhtémoc MAYORGA MADRIGAL

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Comunicación responsable. Un tema central de la bioética.* III. *La comunicación ideal.* IV. *Ciudadanos epistémicamente activos.* V. *La infodemia.* VI. *Los laberintos de la información.* VII. *¿En quién confiamos?* VIII. *Alternativas comunicativas.* IX. *Exhortos para una comunicación responsable en tiempos de pandemia.* X. *Conclusiones.* XI. *Referencias.*

La comunicación en general, y la de temas biosanitarios, se asemeja a los propios remedios farmacológicos con los que se tratan las enfermedades, y que si se usan de forma correcta son curativos y si no se hace así pueden provocar efectos secundarios indeseados.

Yolanda MARTÍNEZ SOLANA, 2011: 53

I. INTRODUCCIÓN

Durante el mes de junio, en un poblado del estado de Chiapas, se implementó una campaña de saneamiento contra el dengue. Tras la difusión del rumor, a través de WhatsApp, de que las autoridades esparcen el virus del COVID-19 mediante las fumigaciones, un grupo de vecinos realizó destrozos en una clínica comunitaria, prendieron fuego a la presidencia municipal, quemaron una ambulancia y agredieron al personal médico (Mariscal, 2020). En el mes de abril el diario *El Financiero* reportó: “al menos cien personas han resultado heridas por llevar a cabo la sugerencia del presidente Donald Trump de ingerir o inyectarse cloro o gel antibacterial para curarse del virus... (Trump) se desdijo de su recomendación y comentó que fue un comentario sarcástico” (El Finan-

ciero, 2020). Un funcionario iraní dio a conocer que la menos 700 personas habrían muerto por intoxicación al acatar la falsa creencia de que el metanol cura el coronavirus (Los Angeles Times, 2020). En España y Alemania se realizaron manifestaciones multitudinarias; los asistentes portaban pancartas con lemas como los siguientes: “Fin al pánico, la pandemia del coronavirus es una mentira” (Deutsche Welle, 2020a), “el virus no existe”, “las mascarillas matan” o “no tenemos miedo” (Deutsche Welle, 2020b). En África, el presidente de Tanzania recomendó seguir los remedios tradicionales, uno de sus ministros propuso vaporizaciones para prevenir el contagio y el gobernador de Nairobi incluía botellas de coñac en los paquetes preventivos afirmando que este servía como desinfectante de la garganta (RT en español, 2020). La información falsa o carente de sustento se expande a la par de la COVID-19, causando estragos en todos los continentes. Frente al desafío de la COVID-19 surge otra pandemia a causa de la información falsa o deformada que asimilan o divulgan amplios grupos de la sociedad que en poco contribuyen a mitigar el reto mundial de contener la enfermedad: la infodemia.

Las creencias individuales son un factor determinante de nuestra conducta, por tal motivo, si las ideas sobre la pandemia son falsas o carentes de sustento, entonces las conductas que se adoptan para su contención en poco contribuirán a, o irán en contra de, los esfuerzos internacionales por aminorar los efectos nocivos de la enfermedad. Las acciones para mitigar la pandemia requieren de la participación responsable de toda la población, por lo anterior, la generación y propagación de información falsa es tan letal como no adoptar las recomendaciones de salubridad.

Para suscitar una conciencia conveniente para la contención de la pandemia se hacen necesarias acciones comunicativas que comprendan, respondan y atiendan a diversos factores culturales, axiológicos y epistémicos implicados en la conformación de la conciencia de quienes integran la población. Por ello, con este análisis, pretendemos ofrecer un panorama de los elementos que inciden en la divulgación y asimilación de información inadecuada durante la pandemia. Finalmente, proponemos algunas alternativas que podrían contribuir a atenuar los efectos de la desinformación.

II. COMUNICACIÓN RESPONSABLE. UN TEMA CENTRAL DE LA BIOÉTICA

El artículo quinto de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos afirma: “Se habrá de respetar a las personas en lo que se refiere a

la facultad de adoptar decisiones asumiendo la responsabilidad de estas y la autonomía de los demás” y en el artículo 18 se dice que

...se deberá procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones bioéticas... se deberá entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto... Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

En otras palabras, al procurar el respeto de la autonomía, habría que respetar las decisiones que se adopten, pero éstas serán más acertadas si se sustentan en una mejor información, donde gestionarla y ponerla a la disposición de la ciudadanía también sería objeto de esta declaración. Para ello es necesario buscar alternativas informativas, procurando comprender las razones de los ciudadanos, esto es, tomando distancia de las decisiones unidireccionales establecidas por los expertos.

Por otra parte, de acuerdo con algunos de los historiadores de la bioética (Lorda y Barrio Cantejo, 1995: 594; Post, 2009: 312; Reisner 2004: 2499) identificamos al menos dos motivos importantes en su origen: en primer lugar, las innovaciones tecnológicas y científicas que detonan problemas éticos nunca antes imaginados (Jonas, 1995: 32-35; Potter, 1971: 55-67) y, en segundo lugar, las transformaciones sociopolíticas que, motivadas por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, dieron una mayor voz a la sociedad, motivaron a que los individuos dejaran paulatinamente de ser considerados como menor de edad y se reconociera su capacidad de participar en las decisiones que afectan su vida y su entorno (Hottois, 2011: 12-13). Para hacer posible dicha incorporación es necesario que los ciudadanos tengan acceso a los conocimientos de los asuntos sobre los que deben tomar decisiones. Lo anterior motiva a que, en el ámbito de las investigaciones como en las decisiones hospitalarias, los puntos de vista de los pacientes sean considerados en los procesos deliberativos. Así, el derecho al consentimiento informado es uno de los primeros criterios que son considerados de manera unánime en la bioética, motivados por los acontecimientos que dieron lugar al Código de Núremberg y, posteriormente, al Informe Belmont (Vargas-Parada *et al.*, 2007: 119-134). El derecho a la información contribuye a tomar mejores decisiones al considerar diversos puntos de vista para afrontar y atender problemáticas relativas a la salud.

Ligado al respeto a la autonomía, otros autores han reconocido el *principio de veracidad* como un criterio que promueve que los poseedores de in-

formación sustentada y relevante para la ciudadanía la compartan sin ambigüedades. Algunas excepciones se han propuesto para este principio en el ámbito de los cuidados paliativos o en la comunicación con enfermos terminales (Tealdy, 2008: 120; Bellver, Terragoza y Llorens, 2005: 174). De manera más específica, Diego Gracia habla de reconsiderar la aplicación del principio de veracidad ante la posibilidad de la “mentira piadosa”, la cual es justificada cuando, al revelar una información, se esperan, de manera razonable, repercusiones dañinas (Gracia, 2001: 18). Pero en general la idea de no ocultar información y no mentir forma parte de los principios admitidos en la bioética, aunque, eventualmente, la ponderación de principios pueda justificar su desatención. ¿Se podría justificar la desatención al principio de veracidad durante la pandemia? En una de sus declaraciones Donald Trump reconoce que mintió respecto a la peligrosidad de la pandemia y justifica sus falsedades en los siguientes términos: “siempre quería restarle importancia... Todavía me gusta minimizarlo porque no quiero crear pánico” (Arciniegas, 2020).

Hay áreas de la bioética que reclaman un trabajo comunicativo más persistente que otras, así, por ejemplo, en el ámbito hospitalario se requiere orientar a los pacientes sobre la naturaleza de su enfermedad, los cuidados o las alternativas terapéuticas, de tal manera que el paciente acompañe en las acciones y decisiones de la manera más racional e informada posible. De manera similar, en la investigación biomédica, donde se reclutan pacientes para los procesos experimentales, es imprescindible notificar con precisión el tipo de participación, los riesgos, las expectativas y los beneficios que reporta al bienestar de la comunidad, además de mantener una clara comunicación con los involucrados en los procesos. Así, el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS por sus siglas en inglés), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última edición de la *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*, pone especial atención en el tema de la comunicación (pautas 7 a 17) (CIOMS, 2017). Además de lo anterior, es esencial publicar los resultados en revistas especializadas en donde los pares puedan conocer y analizar los avances o resultados. Por otra parte, la investigación biomédica requiere de amplios momentos de comunicación tanto con la sociedad o los medios de comunicación sobre las expectativas y los procesos de las investigaciones.

Otra área destacada de comunicación es la relativa a las decisiones institucionales, la cual no sólo implica aspectos de orden médico, sino que, en ocasiones, atiende procedimientos, normas o políticas que conviene adoptar

a fin de poder lograr, de manera colectiva, los mejores acuerdos. Esta forma de comunicación cobra especial relevancia durante la pandemia ya que las políticas públicas inciden sobre el resto de la población y, para lograr acuerdos entre diferentes sectores, es imprescindible la colaboración informada a fin de conseguir la asistencia común en la cruzada contra la enfermedad.

Es importante señalar que los problemas de la bioética son fundamentalmente problemas de tipo ético en donde los valores, las costumbres, las cosmovisiones, los proyectos de vida, las tradiciones o los deberes son discutidos de manera social o individual (Mayorga, 2020). Este tipo de convicciones son las que durante la pandemia son cuestionadas, generando incertidumbres que, hipotéticamente, podrían ser disipadas con un manejo eficiente de la información, pero, como veremos adelante, la tarea no es sencilla.

Gran parte de las decisiones que tomamos los individuos se fundamentan en nuestras creencias morales y con base en ellas actuamos. Sin duda, la mejor decisión que tomemos será aquella que se sustente en fuentes confiables y buenos razonamientos. Pero lo que se delibera en bioética conviene que sea sustentado en conocimientos científicos ya que este aporta información muy valiosa entre el cúmulo de creencias morales o políticas, las cuales, en conjunto, son atendidas mediante una franca interacción dialógica entre los sujetos involucrados.

III. LA COMUNICACIÓN IDEAL

Una pretensión compartida por diversos líderes mundiales para mitigar los efectos nocivos de la pandemia es que los ciudadanos se informen en fuentes confiables, se comparta o divulgue información sustentada científica y racionalmente y se actúe atendiendo las recomendaciones de los expertos. En este tenor, Tedros Adhanom Ghebreyesus, director de la OMS y Alex Ng, miembro consultivo sobre salud digital de la OMS, afirman que “La OMS seguirá promoviendo la información verificada y colaborará con empresas de tecnología y medios de comunicación para que la gente conozca los hechos reales, se desacrediten las teorías de conspiración y se corrija rápidamente la información incorrecta con miras a proteger y promover la salud pública” (Ghebreyesus y Ng, 2020).

La OMS, como tercer consejo de protección recomienda: “Informarse sobre el COVID-19 a través de fuentes confiables: su agencia de salud pública local o nacional, el sitio web de la OMS o su profesional sanitario local” (ONU, 2020). Por otra parte, en rueda de prensa, el subsecretario de

Prevención y Promoción de la Salud del Gobierno de México, Hugo López-Gatell, dirigiéndose a los periodistas, declaró:

Nosotros desde el gobierno, en la medida en que nos interesa comunicar las cosas que tenemos documentadas, comunicar evidencia científica, comunicar buenas noticias cuando las hay, comunicar malas noticias cuando las hay, hacer un balance objetivo de la información que presentamos, escuchar al público... el oficio profesional y ético del periodismo incluye el documentar las notas, tener fuentes de información complementarias que contrasten hasta formarse un juicio o acudir a la fuente primaria de quién produce la información. (López-Gatell, 2020)

El ideal comunicativo durante la pandemia involucra a todos los ciudadanos, todos podemos ser receptores, pero también emisores en forma masiva “el concepto de comunicación y el de transmisión están adquiriendo una forma absolutamente nueva, puesto que nunca se había podido concebir en la práctica sistemas de comunicación que fueran globales... Hoy en día toda forma de comunicación es una comunicación colectiva” (Martí, 2004: 86). Así como se informa en correspondencia con el ideal, también se difunde información falsa, originada en fuentes poco confiables o en rumores.

Si bien con este escrito no pretendemos comprender todos los factores que impiden que se logre la asimilación ideal de la información a través de las estrategias comunicativas seguidas por las instancias preocupadas por mitigar la pandemia, sí pretendemos sostener que la estrategia que comúnmente se adopta es errónea. En primer lugar, porque se considera que los individuos que conforman las sociedades son entidades intelectualmente pasivas y, en segundo lugar, porque los modelos tradicionales de difusión de la información son limitados.

IV. CIUDADANOS EPISTÉMICAMENTE ACTIVOS

Si entre los ciudadanos se compartieran las siguientes creencias: 1) “El contagio por SARS-CoV-2 pone en peligro la vida”, 2) “Debemos evitar poner en riesgo la vida de manera inútil” y 3) “Las medidas de prevención que recomiendan las autoridades responsables de proteger la salud pública son pertinentes”, entonces, si las tres proposiciones están justificadas, se reducirían los contagios ya que nuestras creencias tienen una fuerte influencia sobre las acciones que realizamos de manera voluntaria. Pero nuevamente

nos situamos en un escenario ideal ya que por lo menos la creencia 1) y 3) no son admitidas por amplios sectores de la sociedad.¹

Cabe hacer notar que nuestras creencias, que tienen una fuerte influencia sobre nuestras acciones se refieren a hechos tales como: “La COVID-19 es una enfermedad viral”, a valores: “La vida es lo más importante” o hechos y valores: “si me cuida, te cuida”.

Consideremos ahora la siguiente creencia: “El nuevo coronavirus puede ser mortal”. Ante esta proposición caben tres posibilidades: *a)* que se admita como verdadera, *b)* que se considere falsa o *c)* que se dude de su verdad. A pesar de las diversas estrategias comunicativas realizadas por autoridades responsables de la salud pública para que los miembros de la sociedad admitan la peligrosidad de la pandemia y sus acciones se orienten a la prevención, el escepticismo y negacionismo son vigentes. Cabe hacer notar que tanto el escepticismo como el negacionismo sostienen otro tipo de creencias: “No estoy seguro de que el coronavirus pueda ser mortal” o “El coronavirus no es mortal”.

El supuesto de que una creencia, por hecho de ser verdadera o provenir de una autoridad competente sea admitida sin más por quién la recibe es insostenible. Para que una información nueva se consolide como creencia en un individuo, es necesaria una correspondencia entre el contexto, la conciencia autónoma y la nueva información: Así, si un sujeto que percibe que muchos individuos mueren a causa de la pandemia, si sus creencias previas le permite creer que las pandemias son mortales y la nueva información que recibe afirma que “el nuevo coronavirus puede ser mortal”, entonces no parece haber obstáculos para que la última proposición se consolide como una nueva creencia. Sin embargo, cuando el contexto y la conciencia autónoma del sujeto le proporcionan datos opuestos a la nueva información, la creencia acerca del peligro que implica el coronavirus, encontrará dificultades para consolidarse. Así, lo que se consolida es la duda o el negacionismo.

El contexto hace referencia al ámbito en que los ciudadanos hacen su vida; implica tradiciones, trabajo, leyes, instituciones, naturaleza, interacción social etcétera; es una fuente constante de información no siempre co-

¹ De acuerdo con la encuesta Mitofsky, realizada entre febrero y septiembre de 2020 durante el mes de febrero en México, el 46 % de la población no sentía miedo de contagio, pero en septiembre la cifra disminuyó a 18 %. El 8 de marzo el 62.5 % tenía poco o nada de miedo a morir a causa del coronavirus, pero el 20 de septiembre esta creencia sólo la compartía el 29 % de los encuestados. Respecto a la confianza en las instancias públicas encargadas de informar sobre la pandemia, una media del 40%, entre los meses de la encuesta no cree en los datos. Y de manera constante alrededor del 45% piensa que el gobierno nos ha mantenido mal informados (Mitofsky, 2020).

dificada. Así, por ejemplo, diferentes medios de comunicación consignaban que cuando una persona declaraba no conocer alguna persona de su círculo social que hubiera enfermado o muerto por el coronavirus, consolidaba su escepticismo sobre la pandemia. Andrea Bocelli, el cantante italiano, así lo declaró: “conozco a mucha gente, pero no he conocido a nadie que haya terminado en cuidados intensivos” (Dellanna, 2020). Pero dicha percepción se ha modificado cuando la muerte asola a una comunidad. De esta manera titulaba una nota el diario *La Nación*: “Coronavirus en Argentina. ‘También conozco a alguien’ En el AMBA [Área Metropolitana de Buenos Aires] el virus ya no es invisible”. En un fragmento se consigna la siguiente declaración: “Que una figura pública se contagie tiene un efecto subterráneo latente, y es que genera mucha cercanía con el espectador. Y eso también le da más veracidad. No sólo porque lo conoces, sino porque, también, demuestra que no hay invulnerables. Deshace la teoría de «a mi no me va a pasar»” (Horvat, 2020). Si bien considerar acriticamente la información obtenida del entorno para admitir una proposición puede ser un error de razonamiento (Emeren *et al.*, 2011: 182-184), lo cierto es que esta forma de inferir tiene una gran influencia en la constitución de nuestra conciencia.

Pero la conciencia del sujeto no sólo se constituye con información recibida del exterior, “un sujeto racional es capaz de tomar sus decisiones tomando en cuenta la información proveniente de sectores especializados o de confianza, pero, además, un individuo de manera autónoma, es capaz de construir su propia visión del mundo y orientar sus acciones” (Mayorga, 2013: 146). Las razones que un individuo ofrece para justificar su conducta ante la pandemia pueden variar en función de las inferencias que, de manera independiente, realiza con la participación de sus creencias sobre hechos y los valores.

Ahora bien, si la información sobre la pandemia del coronavirus no es uniforme, se presenta contradictoria, no se corresponde con la información ni las exigencias del contexto o es opuesta a los saberes previos que sobre pandemias tiene un individuo, existen condiciones propicias para que se consolide la duda o el negacionismo.

Entre los propósitos centrales de la epistemología genética destaca la indagación de los factores que intervienen en la conformación de las creencias en los individuos. Con dichos estudios se demuestra la presencia de factores de tipo biológico, psicológico y social en los procesos de la transformación de la conciencia. Pero no es una simple acumulación de datos, sino el resultado de procesos de asimilación y acomodación de la información (Piaget, 1972: 206). En este sentido dice Piaget: “las operaciones del pensamiento y las estructuras lógico matemáticas, en su sentido más amplio, se apoyan en la coor-

dinaciones generales de la acción (ajustes, orden, correspondencias, etc) y no en el lenguaje ni en las transmisiones sociales particulares” (Piaget, 1982: 152). De ser así, la presentación de información que se ofrece a los ciudadanos como producto del trabajo de los expertos en epidemiología, la OMS o las autoridades de salud, será un mensaje infertil cuando resulta incompatible con los resultados de las operaciones mentales de los sujetos. Cuando los responsables de proteger la salud de la sociedad generan mensajes de los que esperan la apropiación por los ciudadanos y que acaten normas de conducta adecuadas para mitigar la pandemia, no existe la garantía de que sea acogido por los factores arriba mencionados.

V. LA INFODEMIA

La infodemia es un concepto de cuño reciente que hace referencia a la propagación de información falsa o engañosa que es transmitida por diferentes medios y que, al ser asimilada por la población como verdadera, puede tener consecuencias negativas en la economía, la política, la seguridad o en la salud. Durante la pandemia de la COVID-19 han sido destacados los mensajes carentes de sustento que han repercutido de manera negativa con la propagación de contagios, compras de pánico, consumo de sustancias nocivas, desabasto de algunos medicamentos, falta de protección, discriminación, manifestaciones y hasta actos violentos en contra de quienes procuran atender a la población.

De acuerdo con Arroyo, Cabrejo y Cruzado (2020) el concepto a atravesado por tres momentos importantes: 1) En 2002, Eysenbach introdujo el término de *infodemiología*, como una disciplina que estudia los efectos de la información en el ámbito de la salud. 2) En 2003, David Rothkopf asocia el término con información que, al amplificarse por medio de rumores o especulaciones, genera temor, lo que ocasiona que se expanda con consecuencia negativas en diversos ámbitos de la vida en sociedad. 3) La OMS, en 2018 publica el libro *Manejo de epidemias* en donde define la infodemia como “la rápida difusión de información de todo tipo, incluidos rumores, chismes e información poco confiable; la que se propaga de manera instantánea e internacional a través del creciente uso popular de los teléfonos móviles, las redes sociales, el internet y otras tecnologías de comunicación” (Arroyo, Carbejo y Cruzado. 2020).

Dados los efectos negativos de la infodemia, durante la pandemia actual el Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha afirmado que “Esta infodemia está obstaculizando las medidas de contención del

brote, propagando pánico y confusión de forma innecesaria y generando división en un momento en el que necesitamos ser solidarios y colaborar para salvar vidas y para poner fin a esta crisis sanitaria” (Ghebreyesus y Ng, 2020). En junio de 2020 la OMS convocó a la “primera conferencia de infodemiología” (WHO, 2020), donde se reunieron especialistas de diferentes disciplinas para poder generar un documento para enfrentar esta otra pandemia.

VI. LOS LABERINTOS DE LA INFORMACIÓN

Los individuos enfrentamos la pandemia con mucha información sin que necesariamente sea verdadera o esté fundamentada. Las fuentes de donde se obtiene son diversas, algunas de ellas, probablemente las más confiables, son generadas en los centros de investigación o universidades que generalmente justifican la información y son publicadas en revistas científicas, así mismo, la que generan las instituciones públicas y es puesta a disposición de la población por los organismos internacionales de salud o los gobiernos nacionales. Con frecuencia, con menor sustento, la difundida por los medios de comunicación, que a veces hacen la labor de llevar a la población de manera sintética la información institucional o científica. Por último, destaca la que se obtiene a través de internet que implica todas las anteriores, además de las apreciaciones de la población en general.

En este contexto, los individuos que adoptarán una conducta durante la pandemia atendiendo los datos que reciben, convendría que discriminaran la información que consideran valiosa a través de un proceso independiente de discernimiento entre la información contextual y la reflexión autónoma. De toda la información que recibe un individuo sólo una parte puede ser admitida porque, entre el cúmulo de informaciones recibidas, una fuente puede afirmar algo que otra lo niega. Además, en ocasiones, la información de menor calidad o hasta altamente peligrosa es la que se admite como verdadera y se adopta como criterio para normar la conducta.

Ahora bien, si admitimos que la información que procuran difundir tanto la OMS, como las instancias encargadas de la salud pública es la que goza de un mejor sustento, nos encontramos también que cualquier dato que resulte relevante como: “el coronavirus es peligroso para la vida”, debe competir con un conjunto de informaciones alternas que niegan o dudan de las propuestas por las instancias aludidas. Resulta común que algún dirigente político, artista o un líder religioso tenga más credibilidad que una

instancia que fundamenta su información en datos generados en la investigación científica.

En este sentido, las creencias religiosas motivan costumbres, creencias, rituales y acciones de los individuos. Algunos líderes de cultos procuran atender y promover medidas de cuidado para sus fieles, pero otros han actuado de manera contraria a estos motivos incitando a la población desobedecer las recomendaciones sanitarias. De manera análoga, algunos artistas o deportistas, que también se consolidan como líderes de opinión y son solicitados en campañas publicitarias, también han hecho públicas sus opiniones con frecuencia de manera irresponsable. Otros líderes de opinión son los políticos, quienes con sus discursos o declaraciones logran la simpatía o el convencimiento de los ciudadanos. La influencia de los líderes políticos es muy convincente ya que, si la mayoría de las naciones han optados por modelos democráticos de organización, donde los representantes fueron elegidos por la confianza que generaron en la población, entonces habrá amplios sectores que atienden sus disertaciones a pesar de que en ocasiones han propuesto ideas descabelladas. Un cuarto grupo de gran influencia lo constituye la información que se divulga a través del internet donde no existe un criterio único para discernir sobre la calidad de la información ya que, así como universidades o centros de investigación de mayor prestigio comparan sus resultados a través de este medio, también lo puede hacer cualquier ciudadano con la posibilidad de divulgar información falsa o engañosa. Es a través de este medio, especialmente a través de las redes sociales, por el que se han puesto al alcance de la población mensajes negacionistas o que atribuyen la propagación de la pandemia a una motivación malévola, tales son las conocidas teorías de la conspiración que han abundado en la nueva pandemia.

No es mi intención indagar si la divulgación de dicha información se realiza con alguna intención egoísta o perversa, sin embargo, sí podemos afirmar que un aspecto común es que, quienes conforman estos sectores, si bien cuentan con el aprecio y credibilidad de amplios sectores de la población, no se destacan por ser especialistas en el manejo de epidemias o conocedores de la ciencia.

VII. ¿EN QUIÉN CONFIAMOS?

Quienes están al frente de los organismos nacionales e internacionales para atenuar la pandemia recomiendan que la población atienda información científica clasificada. Millones de terabytes son ocupados en el ciberespacio

por nuevos documentos científicos cuya finalidad principal es ofrecer conocimientos sustentados sobre el nuevo coronavirus. Entre enero y junio de 2020 el doctor Víctor Javier Sánchez realizó un análisis sobre la abundancia de publicaciones con el tema *Infodemia científica en tiempos de pandemia*. De dicho estudio extraigo, en la tabla 1, algunos datos significativos:

TABLA 1. DATOS SOBRE LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS SOBRE SARS-COV-2. ANÁLISIS REALIZADO ENTRE ENERO Y JUNIO DE 2020

Artículos publicados	30,311
Artículos en revisión	5,638
Promedio de artículos publicados por día	229
Lapso de tiempo entre la resepción y la publicación del artículo	60 días*
Se hace evidente un incremento en la retractación de artículos, unos de manera definitiva con observaciones preocupantes.	

* La mitad del tiempo usual entre la recepción de un artículo y su publicación.

FUENTE: Sánchez, V, U. de G., junio 2020.

Ante la abundancia en la publicación de textos científicos, la capacidad para poder constatar su solidez, identificar el aporte de cada una de ellas, la falta de certeza sobre el cumplimiento de los requisitos metodológicos que garantizan el avance agregado al conocimiento de la pandemia, así como reconocer lo que es prioritario atender, parece una tarea casi imposible. La imagen défica de la ciencia como una empresa inexpugnable que logrará rescatarnos de todos los males que asolan a la humanidad no es del todo vigente y precisa. Nalliely Hernández comenta al respecto: “lo que la ciencia nos puede proporcionar son simplemente guías conductuales provisionales y fiables, que siempre intentan estar lo mejor justificadas posibles en el contexto en que se elaboran, pero que siempre pueden aparecer nuevos datos, nuevas ideas o fenómenos que las pongan en duda o que las hagan fracasar definitivamente en algún sentido” (Hernández, 2020).

El frecuente reclamo a la ciencia por ofrecer un día un dato y otro día otro, modificar las proyecciones sobre el desarrollo de la pandemia o recomendar una guía de conducta y después desaconsejarla, no implica el fracaso de la ciencia; así es la dinámica de la investigación científica, la realidad

es dinámica, la pandemia es dinámica. Si bien es altamente pertinente la recomendación de que la población se acerque a las publicaciones científicas, también convendría desmitificar la percepción pública de la ciencia.

Pero la información científica clasificada no es la fuente de información preferente de la población. Lo anterior es comprensible porque el acceso a dicha información es costoso, para su comprensión se requiere una cultura científica a veces ampliamente especializada y la divulgación de la ciencia no forma parte de las actividades predilectas de los científicos. Por lo anterior, las fuentes informativas a las que recurre la ciudadanía con más frecuencia son los medios de comunicación tradicionales (radio, televisión y periódicos) y las publicaciones en internet. Sin embargo, como decíamos con anterioridad, el gran público de estas fuentes no es un receptor pasivo, ya que, a pesar de consumirlas, un alto porcentaje desconfía de lo que allí se informa.

En un informe presentado por *Digital News Report. Es 2020* se destacan algunos datos relevantes sobre la confianza que la población española ante los medios de comunicación. De dicho reporte, conviene destacar algunos datos: 1) Menos del 40% de los usuarios españoles se fía habitualmente de las noticias. 2) Las fuentes de las que se informa la ciudadanía son: televisión, radio, periódicos, diarios digitales y redes sociales. 3) La población adulta, entre más jóvenes, son más desconfiados. 4) Los extremos ideológicos (derecha o izquierda), son más escépticos. 5) Las principales marcas y los diarios locales o regionales son los que gozan de mayor credibilidad. 6) La información obtenida de medios digitales genera mayor desconfianza que los medios tradicionales (radio, prensa escrita y televisión). 7) En general la confianza en las noticias de las redes sociales es menor al 30%. Los datos anteriores, que podrían ser análogos en naciones con formas de organización social similares a la de España, nos permiten constatar la suspicacia con la que los ciudadanos se aproximan a las noticias. Ante la abundancia de fuentes probables para acceder a información se requiere una actividad de discernimiento ciudadano en donde no sólo es el dato de la investigación biológica de la pandemia lo que determina las creencias y las conductas, sino la información que tienen que ver con el contexto en el que se implican preferencias políticas, actitudes generacionales y experiencias pasadas que motivan un alto índice de desconfianza hacia los medios noticiosos.

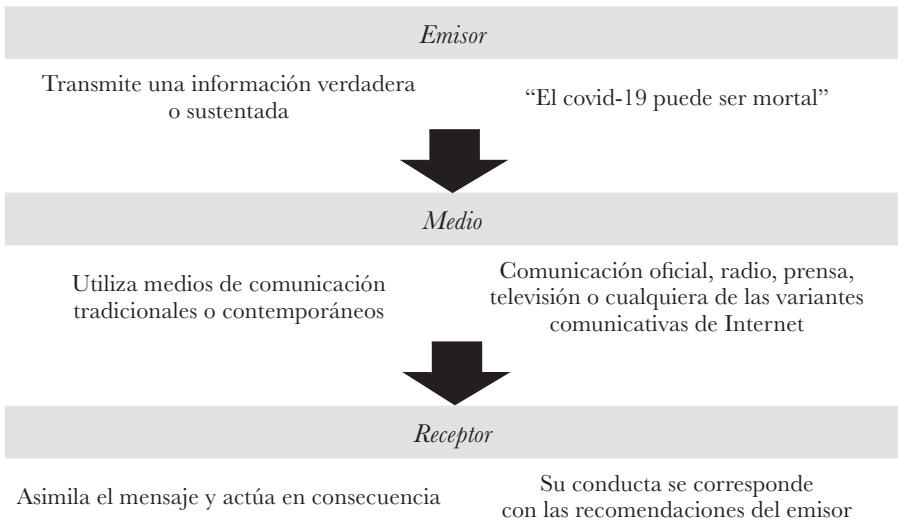
VIII. ALTERNATIVAS COMUNICATIVAS

Entre los seres humanos parece instintivo evitar el dolor, la muerte prematura y muerte. Por lo anterior resulta difícil entender las razones por las cuales, a

pesar de los miles de muertes a causa de la pandemia, prevalezca el escepticismo y el negacionismo así como las conductas distantes de las mínimas recomendaciones de protección. En días pasados asistí a un comercio en donde la protección entre el encargado y los trabajadores era nula; les pregunté por las razones por las cuales no tomaban precauciones y el responsable me respondió: “Nos encomendamos a las manos de Dios”. Sin duda estaba ante una actitud negacionista, ya que si bien, no pone en duda la epidemia, no cree que su mitigación dependa de las acciones humanas.

Para admitir una nueva creencia un modelo que siguiera el esquema que presentamos en la siguiente tabla (2) resulta insuficiente:

TABLA 2. MODELO ADOPTADO TRADICIONALMENTE PARA TRANSMITIR INFORMACIÓN DE INTERÉS PÚBLICO



El modelo representado en el esquema anterior exhibe los siguientes problemas: 1) No considera la racionalidad autónoma de los receptores de la información. 2) No toma en cuenta los contextos en que se recibe la información. 3) Considera que sustentar una proposición que apela a criterios de la oficialidad o a la científicidad es suficiente para que sea aceptado. 4) No ofrece una alternativa de rectificación. 5) Desestima proposiciones alternativas y su justificación, y 6) La información se presenta fundamentalmente basada en hechos, excluyendo elementos axiológicos. Con lo anterior no pretendemos poner en duda el hecho de que las instancias responsables de

la salud pública en las naciones presenten un conocimiento mejor sustentado sobre la pandemia y las estrategias de acción propuestas para la ciudadanía se encuentren claramente fundamentadas, lo que pretendemos mostrar es que las estrategias comunicativas no son del todo eficientes.

En su texto, *La comunicación en salud desde una perspectiva relacional*, Hernán Alfredo Díaz compara lo que denomina un modelo instrumental con una alternativa que llama relacional que sintetizo en la tabla 3.

TABLA 3. CUADRO COMPARATIVO DE LOS MODELOS INSTRUMENTAL Y RELACIONAL

	Modelo instrumental	Modelo relacional
Concepto de comunicación	Transmisión de información	Producción social de sentido
Actores que dan sentido a la realidad	El emisor único productor del sentido	Diversos actores sociales productores de sentido
Instancia clave de producción de sentido	Medios masivos de comunicación	Mediaciones tecnológicas y sociales
Saberes a tener en cuenta	Saberes científicos, fuentes privilegiadas de saber-poder	Saberes científicos y “vulgares”
Perspectivas de abordaje de la realidad	Perspectivas disciplinar	Perspectivas transdisciplinar
Comunicación para la	Dependencia	Autonomía

FUENTE: Alfredo H. 2021:42

Con la alternativa del modelo relacional los sujetos son percibidos como sujetos activos en la construcción de sentido, considera que existen diferentes emisores, reconoce diferentes fuentes de comunicación, admite la presencia de información no sólo de índole científico, considera que en las estrategias de comunicación han de intervenir no sólo los expertos en los saberes, sino especialistas en otros temas que inciden en la comunicación y, además, presupone la autonomía de quienes participan en los procesos comunicativos.

Los expertos en salud pública coinciden en recomendar que siempre será mejor prevenir que remediar una situación que se ha salido de control (Prüss-Üstün y Corvalán, 2006). Si la conducta ciudadana es un factor de prevención, fuertemente influenciada por las creencias de la población entonces, dedicar más tiempo a la planeación de modelos eficientes de co-

municación, fortalecida con trabajos interdisciplinarios, es una empresa que podría contribuir positivamente a la salud pública y a la mitigación de las pandemias.

IX. EXHORTOS PARA UNA COMUNICACIÓN RESPONSABLE EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Si una de las premisas que hemos procurado sostener durante este análisis se refiere al reconocimiento de la autonomía de los ciudadanos, también habría que examinar la responsabilidad que tienen los individuos con sus acciones. A través del discurso que emitimos de manera autónoma somos responsables de los efectos de nuestras palabras. Por lo anterior, no sólo el periodista o el funcionario público llegan a ser responsables de los efectos negativos de la infodemia, sino todo aquel individuo que emite mensajes a través de los medios de comunicación masiva.

Partiendo del análisis precedente en el cual presentamos algunos de los factores que impiden lograr una comunicación ideal durante la pandemia, ahora nos proponemos esbozar algunas pautas que podrían contribuir a la consolidación de una comunicación responsable durante la pandemia.

1. *Derecho a la información.* La tentación de retener información verídica que pudiera alterar negativamente la conducta de los ciudadanos o los pacientes, tendría que ponderarse seriamente ya negar información relevante repercute negativamente en el reconocimiento de la autonomía del sujeto y genera desconfianza hacia los poseedores de dicha información.
2. *Retórica clásica.* La persuasión en ocasiones llega a ser más eficiente por un líder religioso o un artista que por un científico o una autoridad sanitaria. Recobrar el respeto y credibilidad, justificar racionalmente las decisiones y considerar los valores de la ciudadanía, implica un cambio de actitud entre los responsables de la comunicación y autoridades, que nunca es tarde para que lo intenten.
3. *Principio de universalidad.* Las intenciones personales, distantes del control de la pandemia, convendría que fueran subordinadas a la pretensión universal de evitar muertes prematuras y contrarrestar la propagación de la enfermedad. Especialmente por los mandatarios, autoridades sanitarias, o medios de comunicación.
4. *Adopción de principios comunicativos.* Las recomendaciones de la pragmatialéctica de exponer con claridad lo que se ha de comunicar,

tener certeza de lo que comunicamos, generar estrategias para comunicar el mensaje sin ser redundantes y procurar que lo que se informa sea relevante, son criterios que contribuyen a una interacción eficiente, especialmente cuando se confrontan puntos de vista, lo cual ha sido una constante durante la pandemia en los momentos en que alguien propone y los interlocutores dudan o niegan (Eemeren *et al.*, 2006: 59-60).

5. *Respeto a la autonomía.* La bioética ha realizado importantes esfuerzos por superar el paternalismo (Beauchamp, 2004) mediante el reconocimiento de la autonomía de los individuos. Los ciudadanos son entes que construyen su propia visión del mundo, lo cual les permite construir sus propios puntos de vista y construir sus proyectos de vida donde, el respeto a la autonomía, supone el reconocimiento de las capacidades de ofrecer y admitir buenas razones.
6. *Expertos en comunicación.* Así como la pandemia requiere expertos en epidemiología para su contención, la infodemia requiere la formación de expertos en comunicación en salud que la comprendan y contribuyan a su reducción.
7. *Interdisciplinariedad.* Con la bioética ha quedado demostrado que la atención de los problemas relativos a la salud, al implicar hechos y valores, requiere la colaboración de especialistas en diferentes disciplinas que contribuyan al conocimiento certero de la pandemia y las peculiaridades que distinguen a las sociedades. Así, para la comunicación, no bastan los expertos en epidemias o comunicación, sino la suma de esfuerzos de diversos expertos en una meta común.
8. *Educación.* Los ciudadanos, al enfrentar un problema, también se familiarizan con conceptos y teorías propios del ámbito en que se presenta el conflicto. Con el avance de la COVID-19 se han ampliado saberes en la población de tipo fisiológico, estadístico, patológico o psicológico. Pero resulta fundamental que las poblaciones se continúen fomentando la educación que permita leer la ciencia, discriminar información y fortalecer un pensamiento crítico que contribuya a que las inferencias que se realicen se correspondan con saberes mejor sustentados.

X. CONCLUSIONES

La información que se emite durante la pandemia es un factor que contribuye a la mitigación o endurecimiento de sus efectos negativos. Las conductas

que adoptan las poblaciones para afrontar la enfermedad se sustentan en gran medida en la información recibida. Pero, como hemos intentado mostrar, los procesos de información no son lineales ya que existen, de manera simultánea un conjunto de aspectos contextuales y axiológicos que, ligados a la autonomía de los sujetos, inciden para que una información sea admitida como verdadera y se actúe en consecuencia. Por lo anterior, quienes están al frente de la mitigación de la pandemia no pueden descuidar las estrategias comunicativas que emplean a fin de que los mensajes que resulta fundamental que asimile la sociedad, lleguen a sus destinatarios y se reflejen en conductas pertinentes para el fin primordial.

Finalmente, como hemos mostrado, en un mundo en el que compartimos una problemática común y somos en potencia emisores de mensajes que inciden en amplios sectores de la sociedad, entonces también nos compete participar de una comunicación responsable durante la pandemia.

XI. REFERENCIAS

- ARCINIEGAS SALAMANCA, Yurany, 2020, “Donald Trump reconoce en un audio que siempre quiso “minimizar” el COVID-19”, *France 24*, 10 septiembre, disponible en: <https://www.france24.com/es/20200910-donald-trump-reconoce-minimizo-COVID19-bob-woodward-libro-rage>.
- ARROYO-SÁNCHEZ, Abel *et al.*, Infodemia, la otra pandemia durante la enfermedad por coronavirus 2019. *Anales de la Facultad de Medicina* 2020; 81(2). DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17793>.
- BEAUCHAMP, T., 2004, “Paternalism”, *Encyclopedia of Bioethics*, Post, Stephen (ed.), 3a. ed., vol. 5, Nueva York, Thomson.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 2017, *International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans*, World Health Organization.
- Declaración Universal Sobre Derechos Humanos y Bioética*, 2005, disponible en: <http://portal.unesco.org/es/ev.php>.
- DELLANNA, Alessio, 2020, “Andrea Bocelli «se sintió humillado y ofendido» por el confinamiento y duda de la gravedad del COVID”, *Euronews*, 28 de julio, disponible en: <https://es.euronews.com/2020/07/28/andrea-bocelli-se-sintio-humillado-y-ofendido-por-el-confinamiento-y-duda-de-la-gravedad-d>.
- Deutsche Welle, 2020a, *Alemania: miles marchan en Düsseldorf contra las mascarillas*, 20 de septiembre, disponible en: <https://www.dw.com/es/alemania-miles-marchan-en-d%C3%BCsseldorf-contra-las-mascarillas/a-54997301>.

- Deutsche Welle, 2020b. “Miles protestan en Madrid contra restricciones ante COVID-19”, 16 de agosto, disponible en: <https://www.dw.com/es/miles-protestan-en-madrid-contra-restricciones-ante-coronavirus/a-54590717>.
- DÍAZ HERNAN, Alfredo, 2011, *La Comunicación para la salud desde una perspectiva relacional*, en CUESTA, Ubaldo *et al.* (eds.), *Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias*, vol. 1, Madrid, Editorial Complutense.
- Digital Unav- Center For International Studies An Digital Life, NEGREDO, Samuel *et al.*, 2020, “Se debilita la confianza en los medios, resisten las marcas periodísticas y emerge el periodismo local”, núm. 1, Digital News Report.Es, 2020, disponible en: <https://www.digitalnewsreport.es/2020/se-debilita-la-confianza-en-los-medios-resisten-las-marcas-periodisticas-y-emerge-el-periodismo-local/>.
- EEMEREN, Frans van *et al.*, 2011, *Fallacies and Judgments of Reasonableness: Empirical Research Concerning the Pragma-Dialectical Discussion Rules*, Dordrecht, Springer.
- EEMEREN, Frans van *et al.*, 2006, *Argumentación*, vol. 1, Buenos Aires, Biblos.
- El Financiero*, 2020, “Al menos 100 intoxicados en EU por ingerir cloro, como lo sugirió Trump”, *El Financiero*, 26 de abril, disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/mundo/al-menos-100-intoxicados-en-eu-por-ingerir-cloro-como-lo-sugirio-trump>.
- GHEBREYESUS, Tedros Adhanom y NG, Alex, 2020, “Desinformación frente a medicina: hagamos frente a la «infodemia»”, *El País*, 18 de febrero, disponible en: https://elpais.com/sociedad/2020/02/18/actualidad/1582053544_191857.html.
- Gobierno de México, 2020, *Conferencia de prensa # Covid-19*, 3 de julio de 2020, disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/2020/07/03/conferencia-3-de-julio/>.
- GRACIA, Diego, 2001, “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, *Medicina Clínica*, 117(1), 18-23, disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(01)71998-7).
- HERNÁNDEZ, Nalliely, 2020, “La búsqueda de la certeza en medio de la pandemia”, *Gaceta UDG*, 10 de julio, disponible en: <http://www.gaceta.udg.mx/la-busqueda-de-la-certeza-en-medio-de-la-pandemia/>.
- HORVAT, Alejandro, 2020, “Coronavirus en la Argentina. También conozco a alguien. En el AMBA, el virus ya no es invisible”, *La Nación*, 30 de junio, disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/buenos-aires/se-pierde-idea-enemigo-invisible-gente-extrema-nid2387785>.
- HOTTOIS, Gilbert, 2011, *¿Qué es la bioética?*, México, Fontamara.
- JONAS, Hans, 1995, *El principio de responsabilidad*, Barcelona, Herder.

- LÓPEZ-GATELL, H., 2020, Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México, 3 de julio, disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-247341?idiom=es>.
- LORDA, Pablo Simón y BARRIO CANTEJO, Inés, 1995, “Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética”, *Medicina clínica*, 105(15), 583-597. disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/simonp_barrioim_un_marco_historico_med_clin_1995.pdf.
- Los Angeles Times, 2020, “Mueren 700 por tomar metanol como «cura» contra virus”, *Los Angeles Times en Español*, 27 de abril, disponible en: <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2020-04-27/iran-mueren-700-por-tomar-metanol-como-cura-contravirus>.
- MARISCAL, Ángeles, 2020, “Causan destrozos en hospital y queman alcaldía en Chiapas tras desinformación sobre virus”, *Aristegui Noticias*, 27 de abril, disponible en: <https://aristeguinoticias.com/1206/mexico/causan-destrozos-en-hospital-y-queman-alcaldia-en-chiapas-tras-desinformacion-sobre-virus/>.
- MARTÍ TUSQUETS, José Luis, 2004, *De la enfermedad a la fábula. Apariencia e imagen de salud*, Barcelona, Anthropos.
- MARTÍNEZ SOLANA, María Yolanda, 2011, “La responsabilidad de las instituciones públicas en la comunicación sobre salud”, en CUESTA, Ubaldo et al. (ed.), *Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias*, Madrid, Editorial Complutense.
- MAYORGA, Cuauhtémoc, 2020, “La pandemia interroga a la bioética”, *Gaceta Universitaria*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 12 de junio, disponible en: <http://www.gaceta.udg.mx/la-pandemia-interroga-a-la-bioetica/>.
- MAYORGA, Cuauhtémoc, 2013, *Factores epistemológicos del desarrollo tecnológico*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Mitofsky, 2020, “33 Encuesta nacional sobre coronavirus”, 21 de septiembre, disponible en: <http://consulta.mx/index.php/encuestas-e-investigaciones/item/1376-33-encuesta-nal-coronavirus-210920>.
- ONU, 2020, *Diez consejos básicos para protegerse del coronavirus, según la OMS*, Noticias ONU, 10 de julio, disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/02/1470361>.
- PIAGET, Jean, 1972, *Psicología de la inteligencia*, Psique, Buenos Aires.
- PIAGET, Jean, 1982, *El empirismo sin estructuralismo y la necesidad de explicación en psicología*, en PIAGET, Jean et al. (eds.), *Tendencias de la Investigación en las ciencias sociales*, Madrid, Alianza Universidad.

- POST, Stephen, 2009, “The aging society and the expansion of senility: biotechnological and treatment goals”, en STEINBOCK, Bonnie (ed.), *The Oxford Handbook of Bioethics*, New York, Oxford University Press.
- POTTER, Van Rensselaer, 1971, *Bioethics: Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
- PRÜSS-ÜSTÜN, A., y CORVALÁN, C., 2006, *Ambientes saludables y prevención de enfermedades*, OMS, disponible en: https://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisexecsumsp.pdf.
- REISER, Stanley Joel, “Technology”, *Encyclopedia of Bioethics*, Post, Stephen (ed.), 3a. ed., vol. 5, Nueva York, Thomson.
- Rt en Español, 2020, “Inhalaciones de vapor y coñac para «desinfectar la garganta»: cómo la desinformación se propaga en África junto al COVID-19 (incluso a nivel oficial)”, *RT en Español*, 30 de abril, disponible en: <https://actualidad.rt.com/actualidad/351708-vapor-hennessy-africa-coronavirus-desinformacion>.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Víctor Javier, 2020, “Infodemia científica en tiempos de pandemia”, *Gaceta UdeG*, Guadalajara, 17 de julio, disponible en: <http://www.gaceta.udg.mx/infodemia-cientifica-en-tiempos-de-pandemia/?fbclid=IwAR2867jaKC0PhLj0Ua-8zMK6lUHZD7MQcvPSLzwyecz7T7CbX4Wysi8GsvEc>.
- TEALDI, Juan Carlos, 2008, *Diccionario latinoamericano de bioética*, Bogotá, UNESCO.
- TORREGROSA SÁNCHEZ, Rafael y LLORÉNS BAÑÓN, Luis, 2005, *La bioética y la clínica. Una aproximación a la práctica diaria*, Generalitat Valenciana, Valencia.
- VARGAS-PARADA *et al.*, 2007, *Consentimiento informado*, PÉREZ TAMAYO, Ruy, *et al.* (eds.), *La construcción de la bioética*, México, Fondo de Cultura Económica.
- World Health Organization, 2020, *Infodemic Management*, disponible en: <https://www.who.int/teams/risk-communication/infodemic-management>.

GOBERNANZA Y GLOBALIZACIÓN

ÉTICA POLÍTICA, GLOBALIZACIÓN Y SOLIDARIDAD

Roberto BLANCARTE

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Los límites del aislacionismo*. III. *Las prioridades gubernamentales*. IV. *La paradoja del aislamiento*. V. *La extrema derecha y los conspiracionistas*. VI. *Algunas conclusiones*.

I. INTRODUCCIÓN

Me gustaría comenzar con una imagen que me ha quedado en la cabeza en los últimos meses, a partir de la expansión de la pandemia en México y que me ha hecho reflexionar sobre el tema del frágil equilibrio entre la necesidad de incrementar la seguridad en materia de salud y la indispensable solidaridad entre distintas comunidades del planeta. Entre la reacción instintiva de protegerse frente a lo que se considera una amenaza externa y la educación en materia de solidaridad y de responsabilidad social que deberíamos tener para ese y otros efectos. Pero sobre todo en lo que debería ser una respuesta concertada entre gobiernos y no aislada de la propia sociedad civil, ante éste y otros retos que enfrenta la humanidad.

Marzo de 2020. En algunos pequeños pueblos de México sus habitantes establecen retenes para que nadie pueda entrar y así evitar que el virus se propague dentro de su comunidad. Obviamente, eso nos lleva a pensar que, ciertamente, es natural que las comunidades se protejan. Así, dichas escenas de aislacionismo podrían parecer justificadas. La pandemia viene de afuera, de los extraños o de los locales que han salido y pretenden regresar. Los esfuerzos son generalmente desorganizados, porque siempre sucede que un pequeño pueblo puede intentar cerrarse, pero los pueblos colindantes no necesariamente siguen el ejemplo. Lo que en última instancia significa que dichos esfuerzos terminan por ser inconexos y aislantes al mismo tiempo. Lo anterior, obviamente, tiene repercusiones para quienes se mueven entre comunidad y ciudad, para los migrantes, para cualquier forastero que es

inmediatamente visto como un peligro por los habitantes de la localidad y evidentemente, para la salud pública.

La tendencia a aislarse suele estar acompañada de una propensión a rechazar al extraño, y eso, obviamente, tiene repercusiones. Éstas pueden tener distintas escalas, en efecto: la escala local del pueblo, en los estados de Morelos o en Guerrero, en México, en el cual no se permite que entre y salga alguna persona. Pero también puede tener una escala nacional en donde países completos se cierran y no permiten que la gente circule. Hemos visto cómo eso ha sucedido en otros lugares del mundo y se han producido con mayor o menor éxito, lo cual significa que no es en sí sea una acción totalmente negativa, porque puede conducir a resultados positivos. Por ejemplo, Nueva Zelanda, que controló de manera efectiva los ingresos a su territorio y hasta ahora no ha tenido mayores problemas con la pandemia, pues la logró controlar de manera casi total durante varios meses. Comparemos esto con otros lugares que han tenido menos éxito en el asunto y que tuvieron reacciones muy negativas, por ejemplo, Rusia o Hungría u otros países que han más o menos cerrado sus fronteras.

Me parece que dicha actitud, aunque sea comprensible en el corto plazo y a partir de una mirada corta, alimenta una cultura de ostracismo. Una postura centrada en la idea: “nosotros nos podemos salvar, si nos aislamos del mundo”. Creo que esa posición, sin embargo, ignora dos realidades importantes, sobre todo en relación con esta pandemia. La primera es que nadie puede estar completamente aislado del mundo de manera unilateral. Lo hemos visto de distintas maneras. Por ejemplo, cuando algunos países decidieron cerrar sus fronteras y cerraron en particular las puertas a China. Sin embargo, al mismo tiempo, necesitaban los productos que se fabrican en China, sobre todo los relativos a cuestiones sanitarias, productos para la protección de los médicos, tapabocas, respiradores, trajes aislantes, etc. La segunda cuestión que se ignora, es que nadie puede prescindir por largo tiempo de los demás, precisamente por la razón anotada.

II. LOS LÍMITES DEL AISLACIONISMO

Regreso entonces al ejemplo local de una pequeña comunidad en los estados de Guerrero o Morelos en México. Obviamente, es siempre posible impedir que entren las personas a una determinada población, pero va a llegar un momento en que dicha comunidad requerirá seguir vendiendo fuera lo que se produce allí y, por otro lado, necesita productos que vengan del exterior, y eso sucede hasta en las comunidades más pequeñas del mundo, porque

es muy difícil la absoluta autarquía o autosuficiencia absoluta, aunque hay algunos que la pretendan. Todos sabemos que no solo las economías están sumamente conectadas en materia de producción, por ejemplo, de automóviles o de otros productos, sino que, además, hemos visto, y queda muy claro, que la riqueza de un lugar depende también de la riqueza en el otro o de los intercambios que puedan existir y que permiten un cierto nivel de bienestar. Ello requiere un mínimo de movilidad.

El mejor ejemplo que nosotros podemos conocer y que ahora padecemos, es el del turismo. Sabemos que, si España o México o Tailandia se aíslan, el golpe a sus economías, mientras estos países permanezcan aislados, es mucho muy grande. Y obviamente ello se traduce en una reducción del bienestar de la gente. Lo cual quiere decir, entonces, que hay una serie de límites a cualquier voluntad aislacionista, aún si se aboga por la protección sanitaria y la necesidad de salvaguardar la salud de los habitantes.

De la anterior reflexión se desprende que estamos frente a un dilema ético de la política, es decir, de la ética política que se debe tener en cuenta ante ciertos retos nacionales e internacionales, como es el caso de la pandemia del coronavirus. El primero de los grandes dilemas éticos que se nos presentaron con la pandemia en ese rubro, es el de qué hacer cuando surge una epidemia en un país aparentemente lejano. Podemos creer que dicha epidemia no nos va a afectar, pero no sabemos qué hacer: ¿tratamos de aislarnos o nos solidarizamos y tratamos de trabajar conjuntamente con los afectados? ¿Nos solidarizamos y ayudamos en todo lo posible? ¿Mantenemos las fronteras abiertas o nos encerramos para protegernos? ¿O hacemos lo que pretenden algunas pequeñas comunidades, cuyas medidas pueden parecer justificadas, aunque sean cortoplacistas? Dicho dilema, hay que decirlo, es hasta cierto punto inexistente porque, como bien sabemos, el mundo, en realidad, está globalizado. Y se puede estar en contra o a favor de la globalización, pero el hecho es que los flujos internacionales de personas, de mercancías, de bienes y servicios es ya tan intenso que es prácticamente imposible por esa misma razón contener una epidemia. Sobre todo, la de un virus con la capacidad de contagio que tiene el COVID-19. La solución que parecía obvia, no fue más que tardíamente aprendida, es decir, tuvimos que aprender que lo que pase en China o en España o en Italia o en cualquier lugar de África va a terminar por afectarnos a todos.

III. LAS PRIORIDADES GUBERNAMENTALES

¿Cómo han enfrentado hasta ahora los gobiernos esta pandemia? Me parece que en la lógica de la mayor parte de los gobiernos hay necesariamente dos

prioridades: 1) que haya el menor número de muertos; 2) que haya el menor número de contagios para que no se saturen los hospitales, y; 3) que la economía no se caiga, manteniendo en la medida de lo posible crecimiento y empleos. Me parece que, en el equilibrio de estas prioridades, lo que debe regir y guiar los comportamientos políticos y sociales es una cuestión ética.

Así que tenemos dos posibles respuestas, en términos muy generales, tenemos la respuesta del aislacionismo y tenemos la respuesta de la solidaridad. Pero se ha discutido sobre el asunto porque, en efecto, el tema de la solidaridad es bastante más complejo de lo que parece. Sin embargo, ciertamente, la solidaridad se presenta como una alternativa ética a las tendencias políticas que conocemos en los últimos años, las cuales tienden o pretenden encerrar a los países en ejercicios de autarquía, generalmente sin mayor éxito. Más bien lo contrario. Los esfuerzos aislacionistas se han visto muy limitados, pues han terminado por generar más problemas para las poblaciones involucradas. Se ha visto además que esta tendencia aislacionista no es nada más una cuestión que involucra a regímenes autoritarios, pues también los gobiernos democráticos han tenido la misma tentación. La primera tendencia a cerrarse surgió en todo tipo de regímenes, y lo vimos en Europa, donde lo que sucedió en Italia y en España, que fueron los dos primeros países de Occidente que resintieron gravemente el contagio del coronavirus. Ello generó que otros también tendieran a cerrarse para evitar la expansión del virus, sobre todo en los momentos iniciales cuando todavía se sabía menos de las circunstancias que rodeaban a los contagios. Sin embargo, luego vino una segunda reacción, mucho más pausada y reflexiva. Se entendió —por lo menos en el caso europeo, que por lo demás nos deja muchas lecciones—, que el cierre de fronteras, si bien solucionaría quizás el problema en el muy corto plazo, en el largo plazo dejaría secuelas muy graves para el proyecto de unidad continental. Porque la Unión Europea es uno de los pocos casos en donde hay un sistema exitoso de gestión de problemas comunes, que ha avanzado más que otras organizaciones supranacionales, las cuales sólo permiten ciertas formas de coordinación, como por ejemplo la propia Organización Mundial de la Salud. Muchos organismos internacionales no han llegado a un punto como al que llegó Europa, con fronteras comunes, con una moneda común y otras formas de mayor integración. De allí que, lo que sucedió después de un primer momento, en Europa, es que los líderes europeos, y pensemos sobre todo en Angela Merkel y Emmanuel Macron, entendieron que no podían hacer un cierre definitivo de fronteras, porque eso prácticamente conducía al final, en cierto sentido, de Europa, de la idea de Europa. Dicho acto implicaba, nuevamente, volver a una lógica nacional para la resolución de los problemas comunes. Dicha lógica, superada

en principio para muchos efectos es a lo que ya no se quiere retroceder. Así que lo que empezamos a ver en Europa es una reacción, mediante la cual la cuestión se asumió como, ciertamente, un problema de muchos países que tienen que atacar a nivel nacional, pero al mismo tiempo como un asunto común que traspasa fronteras y que por lo mismo conduce a la necesidad de mantener, en la medida de lo posible, ciertas formas de cooperación y fronteras, por lo menos relativamente, abiertas. Esta lógica de cooperación y solidaridad hizo posible que los países europeos comenzaran a visualizar la pandemia de manera distinta, así como por supuesto la mejor manera de combatirla. No se trataba ya de un problema de algunas regiones o de algunos países, sino de la Unión Europea, para permitir que, precisamente, una lógica distinta de solidaridad entre los propios países europeos pudiera regir. Entonces, empezamos a ver cómo, por ejemplo, Alemania, que tenía hospitales y camas de sobra, porque controló mucho mejor la pandemia, por diversas razones, pudo permitir que parte de esa estructura fuera extendida como ayuda a los países vecinos, particularmente a Francia y a Italia. Más importante aún, como una medida necesaria para que el conjunto de países europeos no cayera en una recesión económica. Alemania, que hasta ese momento se había mantenido de manera muy rígida en contra de cualquier déficit público o de un endeudamiento de los países para resolver sus problemas, como lo pudimos ver muy bien en el caso de Grecia, cambió completamente de política. Decidió romper esos dos tabús y aliarse principalmente con Francia y después con los otros países, para organizar un salvamento económico. La lógica detrás es que no se trataba únicamente de un salvamento nacional sino un salvamento europeo en donde, con la ayuda de los más fuertes, se podía rescatar a las economías de los países menos avanzados o con economías más débiles.

Europa ha aprendido mucho de sus propios errores. En la crisis anterior que involucró a Grecia, básicamente la respuesta fue: “No, ustedes gastaron de más, ustedes fueron irresponsables, mientras nosotros nos apretábamos el cinturón y trabajábamos muy duro. Ahora ustedes quieren que nosotros entremos a rescatarlos, pero para hacerlo ustedes tendrán que cumplir con una serie de medidas de ajuste”. Y fueron durísimos con ellos. Pero ahora cambió ya esa actitud, por muchas razones. La principal, creo yo, es porque se dieron cuenta de que o se tomaba una lógica global de salvamento de la Unión Europea, o eso no iba a funcionar. Porque el problema aquí es que es nuevamente, si hay una población que se cuida y la población vecina no lo hace, por las razones que sean, la pandemia va a seguir y afectará a todos, a los de las dos poblaciones, unos porque quizá aunque

salgan menos y se afecten menos pero van a tener que seguir encerrados y la economía termina afectando a todos y, los otros, porque estando abiertos y porque tienen que salir a trabajar, o simplemente porque no les importa, o porque no tienen responsabilidad social, o porque no se dan cuenta de los efectos de sus acciones, terminarán también con mayor número de contagios y de muertos, como más o menos es lo que está pasando. Es probable que esto funcione de una manera similar con la cuestión de la producción, distribución y aplicación de la vacuna. De la misma manera que los gobiernos ya se han percatado de que no pueden dejar un solo foco de contagio, porque estamos tan globalizados que ese foco, si lo dejas encendido, va a terminar otra vez por afectar a todos. Ante esta capacidad de contagio, que no sabemos cómo va a funcionar, existen dos lógicas que lucharán entre sí. La de aquellos que dirán: “Paguen las consecuencias. Nosotros hicimos las cosas bien y nos vamos a cerrar y no vamos a dejar que entren” y por otro la de quienes pensarán: “Es mejor ayudarles, porque si les ayudamos, evitaremos que sus problemas se conviertan en nuestros problemas y así nos ayudamos a nosotros mismos”. De allí que insistamos en las dos lógicas: la de la responsabilidad individual versus la responsabilidad social. La responsabilidad social es: “si yo pienso primero en los demás, me voy a terminar ayudando a mí también porque voy a evitar la pandemia, no nada más voy a evitar que me contagien a mí, sino voy a evitar que se difunda esto y a largo plazo a mí también me conviene”. Pero no todo mundo tiene esa lógica de equipos, no todo mundo piensa primero en los otros. La gente piensa que nada más es un problema individual y que cada quién puede decidir, y ahí es donde está el papel de los gobiernos y lo que se da en llamar “el orden público”, es decir la lógica del bien común versus el bien individual: “yo te puedo dejar que tomes decisiones individuales, pero hasta un cierto punto, sólo en la medida que no afectes el bien público, es decir de los demás”. Y un gobierno responsable tiene que tomar estas medidas. Obviamente, ahí tenemos todo un abanico de decisiones también. Sin embargo, a lo que aquí hacemos referencias es a la necesidad de gobiernos lúcidos e ilustrados que sepan cuál es la ética política más adecuada para ese bien común. De otra manera, a mediano y largo plazo, esto afectará a sus propias poblaciones, a sus propias economías, e incluso a sus propios gobiernos. Estamos entonces no sólo frente a decisiones éticas, sino también frente a simples decisiones políticas que pueden incluso determinar la caída o la permanencia de gobiernos y gobernantes.

IV. LA PARADOJA DEL AISLAMIENTO

Estamos entonces frente a un fenómeno que podríamos llamar “la paradoja del aislamiento”, es decir, lo que ahora entendemos y que creo que deberíamos de haber sabido siempre, es que, en la medida que la pandemia es global, como su nombre lo indica, la actitud política del gobierno de un país afecta a todos los demás. En otras palabras, por más intención que se tenga de que las medidas de un gobierno nacional sólo tengan incidencia en ese territorio, la verdad es que, si un gobierno no cumple con su responsabilidad en materia de salud, en este caso para contener la pandemia, el problema permanece no sólo en ese territorio, sino termina por afectar a todos los demás. Lo cual, obviamente, nos lleva a la necesidad de formas de colaboración que trascienden las formas más bien aislacionistas o nacionalistas para resolver los problemas y que se han multiplicado con los gobiernos populistas. Estos han enfatizado las soluciones internas para resolver los problemas nacionales, como si sus países estuvieran aislados del mundo o como si sus acciones no tuvieran repercusiones en otras partes del planeta. Porque, aunque un gobierno pretenda que puede tomar o dejar de tomar medidas de manera aislada, lo cierto es que, lo que haga o deje de hacer va, eventualmente, a afectar a todos los demás. Si un país no hace lo que tiene que hacer para contener la pandemia, lo más probable es que su negligencia termine afectando a otros.

Ligado a estos temas tenemos el problema de las responsabilidades frente a los problemas sociales, económicos y políticos que han surgido a partir de la pandemia, Y sucede de la misma manera en nuestras sociedades. Si muchas personas no siguen las recomendaciones generales, por ejemplo, de aislamiento, de mantener distancia, etcétera, por cualquier razón, incluso válida, como, por ejemplo, la necesidad de trabajar, o la resistencia de aceptar un aislamiento que se percibe forzado o antidemocrático, los contagios se extenderán y habrá muchos más contagios y muertos. Hemos visto marchas y manifestaciones en contra del encierro y cómo por ello la pandemia se sigue alimentando. Eso es parte, entonces, de una responsabilidad que termina afectando a los demás y, que no por tener alguna justificación, deja de afectar al conjunto de la sociedad. Es claro que, en el caso de México, la extensión de la pandemia en el tiempo, como lo hemos visto, y el número de muertos que hay, sucede porque no hubo un verdadero control político, una gestión responsable, de la pandemia. Se permitió que la gente saliera, no se atendió a los sectores más desprotegidos con apoyos económicos, para evitar que lo hicieran o para forzar que lo hicieran. En todo caso, cualquiera que sea la razón, válida, insisto, o no válida, el hecho es que la extensión,

en el tiempo, de la pandemia, y el número de muertos y de contagiados, como estamos viendo que sucedió en México, tiene que ver con que no hay un control de la misma, y eso tendrá repercusiones no sólo en el número de muertos y de contagios en México, sino que ese foco de contagios no puede permanecer aislado en el mundo. También, ello tendrá consecuencias graves tanto para la economía mexicana como para los propios mexicanos que necesitan moverse y viajar por razones de trabajo, y que no van a poder hacerlo si México cae en una clasificación de país con riesgos para la salud, porque no hizo lo que tenía que hacer. Europa, para volver al caso, está examinando de manera permanente si deja o no entrar a los que llegan de otros países y está haciendo una lista de acuerdo a sus propias mediciones y formas de control a partir de lo cual van a permitir a los nacionales de ciertos países poder o no viajar al continente. Todo lo cual significa que, lo que hagan los gobiernos termina afectando de múltiples maneras a los ciudadanos y a las economías nacionales.

V. LA EXTREMA DERECHA Y LOS CONSPIRACIONISTAS

Ahora bien, un dato relevante en todos estos acontecimientos es que la mayor parte de la resistencia al encierro o a la cuarentena establecida por los gobiernos para detener la pandemia ha provenido de grupos de derecha. Si examinamos con detenimiento, la mayor parte de la resistencia a las medidas de distanciamiento y al uso de tapabocas viene de grupos ultraconservadores o partícipes de teorías de la conspiración. Lo cual significa a mi entender, que la lógica antisolidaria, neodarwinista, conspirativa o simple y sencillamente individualista, es la que ha privado en muchos de estos grupos. Hay en sus formas de analizar la realidad, una conexión entre el aislacionismo y el nacionalismo que ya veíamos extendiéndose en los últimos años. La xenofobia y otras formas de rechazo del otro son un reflejo de dicha lógica aislacionista, en la que las poblaciones se sienten seguras con las fronteras cerradas o con la elevación de muros. Y aunque no sea cierto que los países puedan aislarse o actuar de manera unilateral, porque el resto de los gobiernos terminan por imponer alguna forma de sanción y a obligar al país a tomar las medidas necesarias, es importante hacer notar que las teorías conspirativas se han abierto un camino, hasta hace poco inimaginable. Lo interesante es que estas reacciones negativas a la solidaridad social suelen estar acompañadas de otros tipos y otras formas de rechazo al otro. Es decir, es un rechazo, en buena medida, a cualquier forma de solidaridad y es una búsqueda de la salvación

personal o de la libertad propia individual, ignorando por completo cualquier idea de responsabilidad social.

La diferencia entre la responsabilidad individual y la responsabilidad social en esto, como hemos visto en la pandemia del COVID-19, es que el individualista dice: “yo me protejo o no me protejo, pero básicamente lo que quiero es cuidarme a mí mismo y protegerme del contagio, o no me importa contagiarme; yo decido mi vida”. Lo cual, en una lógica individualista, irresponsable socialmente, tiene cabida. Por el contrario, las personas que tienen una cierta idea de responsabilidad social lo que dicen es: “yo no me quiero nada más proteger del contagio, sino quiero proteger a los demás de la posibilidad de que yo los contagie”. Ahora bien, la falta de responsabilidad social puede ser individual, o puede convertirse en una política pública. Los gobiernos pueden decidir que no intervendrán por razones económicas, en detrimento de la salud pública, o pueden pretender que se está atendiendo el problema, cuando en realidad no se están tomando las medidas necesarias. El número de contagios y de muertos es en muchas ocasiones la medida de esta forma de irresponsabilidad social, a nivel de política gubernamental.

VI. ALGUNAS CONCLUSIONES

En suma, es claro que el aislamiento es una utopía imposible en el mundo contemporáneo. Sin embargo, ello no significa que, quienes así lo pretendan, no puedan, en sus intentos, generar muchos problemas. Me parece, por lo mismo, que deberíamos tener clara la necesidad de una cultura de responsabilidad social, la cual va aparejada, además, a una lógica de supervivencia general, incluso como especie. Es una cuestión ética individual y social, en el sentido del comportamiento que debemos tener hacia los demás en nuestra sociedad, pero también en términos de una ética política, de los propios gobernantes. La solidaridad y la responsabilidad social son, de hecho, la mejor solución práctica y ética para muchos de nuestros problemas sociales. La cooperación y la colaboración, entre más grande, mejor, para acabar con la pandemia del coronavirus, por ejemplo. Porque mientras haya alguien que no colabore o coopere, el problema persistirá. Si en una comunidad, en una colonia o en un barrio todos guardan la cuarentena y mantienen distancia, pero en la comunidad o en la colonia vecina nadie se queda encerrado, obviamente, el problema va a persistir y todo mundo va a tener que seguir sufriendo cuarentena, contagios, encierros y muertes.

Esta simple verdad es una de las cosas que en Europa entendieron oportunamente. Por lo mismo, han estado luchando a través de políticas económicas solidarias, de políticas de salud y de políticas sociales comprensivas. Porque entendieron que los países no debían aislarse, a menos que el proyecto de una cierta globalidad se percibiera como un fracaso. Entiendo entonces que lo único políticamente responsable es partir de una ética política solidaria. Es además una política social más efectiva, pues se tienen en cuenta no sólo las necesidades de la población a corto plazo y en el ámbito local o nacional, sino también las necesidades de un planeta que ya está absolutamente conectado y que, por lo mismo, no puede permitir que algunos países sigan haciendo lo que quieran hacer de manera impune, porque las acciones de unos terminan afectando a todos. La solución, entonces, pasa por construir una ética solidaria, que combata el espejismo del individualismo y del sectarismo que empujan al aislamiento. La solución es una ética solidaria que entienda que todos vivimos en el mismo planeta, que somos parte de la misma especie y que está en nuestro propio beneficio ayudar a nuestros congéneres.

¿Qué hacer entonces, en la práctica? ¿Qué políticas transfronterizas serían recomendables para controlar la pandemia, respetando las libertades democráticas? En primer lugar, tendríamos que hacernos la pregunta: ¿de cuáles fronteras hablamos? Nuestro primer ejemplo fue el de pequeñas comunidades que se cierran, en estados como Guerrero o Morelos, en México. Esa es su frontera. Y, sin embargo, esa frontera no puede permanecer así por diversas razones, por el propio bien de la comunidad. Lógicamente, lo contrario sería lo deseable, es decir, que esa comunidad se coordinara con un gobierno municipal, el cual a su vez tuviera una coordinación estatal, nacional e internacional para precisamente resolver el problema de esa comunidad, pero también de todas las otras comunidades. Lo anterior implica una coordinación, una colaboración, respecto a las medidas que se tienen que tomar.

Ahora bien, existe también el problema de las libertades democráticas. Es de notar que en muchas sociedades democráticas, quiénes más se han quejado del encierro, son los grupos conservadores que critican a un gobierno por haber tomado medidas responsables. Los inconformes están pensando sobre todo en su libertad individual, o en que existe una conspiración internacional para afectar sus libertades, pero no entienden que la lógica de los gobiernos democráticos es la de salvaguardar el interés de todos y eso supone la aplicación de medidas restrictivas para el movimiento o la reunión de grupos. Por supuesto, nadie niega que hay también gobiernos

autoritarios que se aprovechan de la situación para coartar libertades. Pero en términos generales no es lo que está aconteciendo. Lo que sucede es que los gobiernos están tratando de resolver este problema, mientras que los grupos que han rechazado estas medidas, generalmente, tienden al aislacionismo y al rechazo del otro.

En este ajedrez o tablero político, hay movimientos muy generales que están, por supuesto, tratando de lidiar con el coronavirus. Pero al mismo tiempo, están buscando cómo gestionar la pluralidad y los derechos de mayorías y minorías. Y ambas cuestiones están, en el fondo, relacionadas. Así que, insisto, la respuesta global a problemas globales deben ser la solidaridad y la colaboración, a partir de una lógica de responsabilidad social. No nos encerremos, no cerremos fronteras. Abramos espacios y, entendiendo los límites que todo esto tiene, entremos mejor en una lógica de apertura, de cuidado de nuestras libertades, pero, sobre todo, de comprensión de que todos somos uno, en este mundo globalizado, uno somos todos. Asumámoslo como un bien que todos debemos cuidar, como una gran familia, como lo que somos, una especie que podría estar en peligro de extinción, si no toma las medidas adecuadas para su supervivencia.

HACIA UN COSMOPOLITISMO SANITARIO ANTE LA EMERGENCIA DEL COVID-19

Jorge Enrique LINARES SALGADO

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *La crisis ecosocial y sanitaria después de la pandemia*. III. *El cosmopolitismo moderno*. IV. *La reforma de los organismos internacionales*. V. *Los principios de los sistemas públicos de atención a la salud*. VI. *La necesidad de un sistema de salud pública con acceso universal ante la pandemia del COVID-19 en México*. VII. *Referencias*

I. INTRODUCCIÓN

En este artículo me propongo argumentar la necesidad de un *cosmopolitismo ambiental y sanitario*; es decir, un modelo de ética y política de acuerdos mínimos de alcance mundial, que sea capaz de estructurar un orden geopolítico emergente para encarar los enormes retos de la pandemia del COVID-19.

Desde sus inicios la bioética ha tenido una vocación internacionalista y, podemos decir, genuinamente cosmopolita como base de una ética civil planetaria.¹ Ante la falta de una teoría ética unificada en nuestra época, la comunidad internacional había podido llegar a consensos y compromisos éticos de alcance global, mediante las propuestas de organismos como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Asociación Médica Mundial. Tales consensos, surgidos de la voluntad de distintas posiciones políticas para lograr acuerdos mínimos, siguen siendo el paradigma de la de-

¹ Al surgimiento de la bioética antecedieron códigos éticos mundiales que comenzaron a regular la praxis y la investigación biomédicas: la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948), el *Código de Nuremberg* (1947), o el código que proclamó la Asociación Médica Mundial: la *Declaración de Helsinki* (1964). Esos códigos éticos conformaron los cimientos de nuevas normatividades de carácter convencional, pero de alcance verdaderamente global.

liberación bioética, tanto en una pequeña escala (un comité de bioética de un hospital o un centro de investigación) como a gran escala (los comités de bioética nacionales o mundiales). La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005) de la UNESCO, a pesar de las reservas que puedan argumentarse y de que no es un documento vinculante, representa una última manifestación de la necesidad de bases y principios mundiales de carácter ético-político.

En la actualidad el poder de la tecnociencia no está al alcance de todos los pueblos ni beneficia a todas las personas, principalmente en cuanto a las tecnologías médicas y farmacéuticas. Por ello, es necesaria una reorientación social y política de ese poder médico y biotecnológico que, en muchas circunstancias, se distancia de las necesidades de los individuos y de las comunidades. El rumbo de la civilización tecnológica en la que vivimos lo dirigen unos cuantos que, en su ceguera y ambición desmedida, acaparan el poder económico y político, determinan las políticas públicas e impiden acuerdos internacionales para el desarrollo equitativo de todas las naciones.

No obstante, es innegable que el avance tecnocientífico de los últimos años ha contribuido a la integración de todas las naciones y pueblos en *un solo mundo* interrelacionado, con un único sistema económico global, y con graves y comunes problemas ecológicos y sociales. Pero dicha integración no se ha trasladado aún al plano ético y político. Por el contrario, ha provocado reacciones nacionalistas, etnocéntricas y tribalistas como hemos visto ante la emergencia sanitaria.

II. LA CRISIS ECOSOCIAL Y SANITARIA DESPUÉS DE LA PANDEMIA

La triple crisis global que estamos atravesando por la pandemia del COVID-19 no sólo es a) sanitaria (incluyendo la afectación a la salud mental), también es b) económica, y c) ética y política. Ha planteado un enorme desafío a la responsabilidad y a la cooperación internacional e intranacional. Sin embargo, la estrategia predominante para hacer frente a los problemas de orden global sigue siendo localista o, en el mejor de los casos, regional y se sujeta a los intereses de los Estadosnación, a la corta visión de los agentes mundiales de poder hegemónico. No predomina, pese a diversos esfuerzos surgidos en las últimas décadas, una razón práctica común (*frónesis* o prudencia práctica, como decía Aristóteles). Requerimos, por tanto, un *ámbito cosmopolita* para la ética y la política capaz de coordinar y organizar los esfuerzos para contender con las crisis ambientales y geopolíticas que tenemos

que enfrentar, como el caso de una pandemia por un coronavirus nuevo, para el cual nadie poseía defensas naturales ni estaba preparado de manera efectiva.

Las crisis ecológicas globales (el cambio climático que se acelera, la pandemia del COVID-19 y otras posibles pandemias, la recesión económica, el crimen organizado y el narcotráfico con sus redes transnacionales, etc.) causan colapsos en las instituciones y normas ético-políticas, y tienen fundamento en el agotamiento de un modelo civilizatorio ligado a la acumulación y concentración del capital, es decir, a la privatización como tendencia contradictoria en un mundo interdependiente, más que al desarrollo equitativo de los seres humanos.

Una crisis sanitaria y social como la que se ha desatado hace indispensable construir el ámbito cosmopolita para poder resistir adecuada y oportunamente sus efectos negativos (recesión económica generalizada, saturación de sistemas públicos de salud, disputas por los medicamentos y vacunas, inestabilidad política, distorsiones y manipulación de la información pública, tensiones entre sociedad civil y gobiernos, controversias científicas y técnicas sobre tratamientos y vacunas efectivos, debates sobre los criterios éticos para la asignación de recursos médicos escasos, etc.). De otro modo, la política global se seguirá limitando a pactos y alianzas pasajeras de conveniencia que perpetúan a los mismos poderes hegemónicos, pero que nos embargan con una enorme deuda que deberán pagar muchos seres humanos, actuales y futuros, por los desastres ambiental, sanitario y socioeconómico extendidos.

Nos preguntamos cómo es posible una ética-política ambiental y sanitaria que sea cosmopolita; qué requisitos debe reunir y qué experiencias históricas permiten albergar la esperanza de que tenga efectividad. Este cosmopolitismo ambiental y sanitario debe fundarse en principios de justicia global e intergeneracional, así como en nuevas estructuras de democracia participativa mundial en varios niveles: local, regional y global. Por tanto, los principios que fundamentan la necesidad del cosmopolitismo en la situación actual de emergencia sanitaria son:

- mayor interdependencia y necesaria reciprocidad colectiva entre las naciones y personas;
- ampliación del alcance de nuestras responsabilidades individual y colectiva;
- precaución para detener y evitar daños a la biosfera, la salud pública y los sistemas tecnosociales;

- protección de la biodiversidad, de la salud pública, la estabilidad política y económica, así como de la diversidad cultural y la pluralidad moral;
- participación ciudadana deliberativa, que implica la reinención de las instituciones y mecanismos de las democracias representativas convencionales.

III. EL COSMOPOLITISMO MODERNO

El renacimiento del antiguo ideal cosmopolita aconteció, de hecho, durante la ilustración y se plasmó en la *Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano* de la Revolución francesa de 1789.² Unos cuantos años después emerge uno de los impulsos éticos más importantes al cosmopolitismo; se trata del ideal kantiano de una confederación de naciones republicanas que pacten un orden mundial hacia la *Paz perpetua*. Así, el cosmopolitismo moderno surgió, primordialmente, en la filosofía política de Immanuel Kant (1999) y ha continuado en las propuestas de autores contemporáneos que han seguido la misma orientación, como John Rawls (2005), Kwame Appiah (2007) o Thomas Pogge (2013). El propósito fundamental de un cosmopolitismo ambiental y sanitario es superar el “estado de naturaleza” en la geopolítica actual para construir una ciudadanía mundial y un estado de derecho cosmopolita (“*Weltbürgerrecht*”) que proteja a todos por igual y que impulse, mediante el uso adecuado de la ciencia y la tecnología, el bienestar equitativo.

Kant define por primera vez el contenido normativo del cosmopolitismo moderno mediante el modelo de una confederación de Estados republicanos que se apeguen al derecho cosmopolita para preservar, cuanto sea posible, una paz duradera. Según Kant, este proyecto cosmopolita se basa en el hecho de que la Tierra es una esfera que nos vincula a todos en igualdad y que, por tanto, tenemos el mismo derecho a disfrutar de sus beneficios, así como a elegir el sitio de residencia que más convenga. Es el ideal de la hospitalidad y la igualdad universal de todas las personas, que sería la base de un derecho migratorio mundial. El imperativo categórico kantiano

² Hay que señalar que en 1791 Olympe de Gouges formuló la *Declaración universal de los derechos de la mujer y la ciudadana*, como contraparte y complemento necesario de la Declaración original. Hoy más que nunca, las reivindicaciones de los movimientos feministas por la igualdad plena en términos jurídico-políticos y la equidad en términos sociales entre los dos sexos es un objetivo central del cosmopolitismo. Justamente las naciones y gobiernos que son más reactivos o contrarios a las políticas cosmopolitas son los que mantienen y preservan las costumbres, normas y políticas patriarcales de sometimiento y dominación de las mujeres en muchas naciones del orbe.

reafirma el derecho cosmopolita a compartir la Tierra como patrimonio común y a que cada uno sea respetado como un fin en sí mismo en cualquier lugar del planeta.

Ahora bien, en la actualidad una confederación mundial de naciones tiene que implicar la participación ciudadana en la conducción y evaluación del desarrollo tecnocientífico y de sus aplicaciones sociales, económicas y ambientales. Conlleva, por ende, la transformación de las democracias representativas de las repúblicas actuales, de sus mecanismos internos de distribución del poder, de sus contrapesos, así como una revisión profunda de las bases de la legitimidad del poder público. Pero una *democracia participativa cosmopolita* no podría alcanzarse sólo desde una visión universalista abstracta o desde los intereses predominantes de los Estado-nación, pues la mayoría de los problemas que debe resolver son de carácter tanto global como local. Un cosmopolitismo renovado exige la construcción de un *nuevo pacto mundial* que se legitime directamente en la ciudadanía global. Es decir, la única manera de enfrentar las principales adversidades sociales y ambientales del mundo globalizado reside en una perspectiva cosmopolita, que implique acuerdos y normatividades generales aplicables internacionalmente mediante el convencimiento y la fuerza de todas las naciones conjuntas; pero, al mismo tiempo, parte desde un cosmopolitismo multicultural que proteja y revalore la pluralidad epistémica, cultural y moral de las comunidades humanas al interior de cada nación.

Ante este nuevo contexto mundial que ha traído la emergencia sanitaria es necesario repensar una vez más el añejo proyecto cosmopolita para conformar una comunidad mundial con un estado político global. Aquí únicamente me concentraré en argumentar sintéticamente su necesidad ineludible y señalar las limitaciones éticas que han impedido la realización de este ideal cosmopolita, pero esas mismas limitaciones constituyen, paradójicamente, la clave de su necesidad y su posibilidad.

Tiene sentido repensar una nueva forma de cosmopolitismo que no puede suplantarse a los *ethos* convencionales de los pueblos, ni a las culturas ni a las identidades nacionales, pero que debe superponerse como una red envolvente capaz de desactivar la discordia y aminorar la creciente desigualdad entre naciones y comunidades. En la Antigüedad, el cosmopolitismo surgió como la afirmación de la autonomía individual frente a la comunidad política. Era un cosmopolitismo abstracto, escéptico o irónico, como el de los cínicos griegos. Ser un “ciudadano del cosmos” (*cosmopolites*) significaba renegar de la propia comunidad y de otras vecinas. Ahora tiene que reconstruirse como un modelo ético-político de efectividad práctica para edificar

una nueva comunidad mundial, intercultural, diversa pero solidaria y justa. El cosmopolitismo contemporáneo resguarda también la dignidad y la autonomía inalienables de cada persona, pero no se opone a las culturas o a las etnias de origen, sino que relativiza sus valores y normas y, ante todo, critica su cerrazón e intolerancia. Pero el problema sigue siendo el mismo al que se enfrentaron los estoicos o los cínicos antiguos: ¿cómo ser un ciudadano del mundo si no existe un “estado político mundial”? Aún más, ¿es conveniente, es deseable que exista un tipo de “gobierno” mundial? Ya Kant sostenía que era no solo imposible sino indeseable que se erigiera un único gobierno mundial en la figura de un soberano o de un grupo de poder. La alternativa viable, como sostiene Kant en *Hacia la paz perpetua*, es la confederación de naciones “republicanas” (bien ordenadas jurídica y políticamente con una autoridad legítima) que puedan acordar políticas comunes y, ante todo, que pacten convenios de paz, cooperación y desarrollo para sus habitantes, a la vez que reconozcan el derecho cosmopolita de todos a recibir los beneficios básicos de los sistemas sociotécnicos, como son los servicios de salud y medios de atención a las enfermedades. El cosmopolitismo, en la tradición moderna, implica el derecho de comercio e intercambio pacíficos para buscar el bienestar (nunca la invasión de un territorio o la guerra comercial ni de conquista, como sucedió en el pasado) y el principio de hospitalidad global para todos los ciudadanos del planeta. La emergencia de una nueva enfermedad epidémica de alcance mundial hace resurgir la necesidad de una configuración cosmopolita de las relaciones internacionales y de los derechos básicos de toda la humanidad.

Según Kwame Anthony Appiah (2007), dos ideas básicas han alimentado a lo largo de la historia el cosmopolitismo: a) que tenemos obligaciones con todos los humanos, más allá del estrecho marco de nuestra comunidad cultural o política, b) que debemos considerar en igualdad los intereses de todas las personas, sin esperar ni desear que cada persona o cada sociedad deba converger en una sola forma de vida o vivir conforme a nuestros valores. El cosmopolitismo se basa en los ideales morales de una consideración universal y respeto a la diferencia entre las personas, no importando su nacionalidad o etnicidad, lengua, cultura o religión, sexo, preferencia sexual o identidad sexo-genérica.

Pero estos dos ideales suelen colisionar. O bien triunfa la diferencia como división y antagonismo que refuerza la intolerancia entre los grupos humanos, o bien se afirma una uniformidad u homogeneidad de modos de vida y valores con el fin de lograr la igualdad abstracta y la cohesión de una nación. El cosmopolitismo contemporáneo debe partir, según Ap-

piah, de una idea simple: el hecho de que, en la comunidad fáctica de naciones, requerimos desarrollar hábitos de coexistencia pacífica: potenciar la conversación como forma de asociación, como forma de vida común entre las diferentes culturas y tradiciones. El cosmopolitismo responde así ante las posiciones extremas muy atractivas del etnocentrismo, nacionalismo, la xenofobia, y el chovinismo, que lamentablemente hemos visto “viralizarse” en la crisis sanitaria actual. Una vía básica para lograrlo es destacar valores comunes subyacentes a todas las culturas; valores y principios transculturales, intersubjetivos, para la convivencia social y ahora para la sostenibilidad mundial. Dichos valores y principios³ se encuentran expresados, de algún modo, en los principios de la bioética y en el sentido común que surge ante una situación de pandemia. Cualquier persona es consciente de que hoy deben prevalecer los valores de cooperación, responsabilidad, solidaridad y precaución sobre los valores de beneficio egoísta, lucro económico, nacionalismo, xenofobia, y sobre toda acción desesperada del “sálvese quien pueda”.

Ahora bien, es cierto que, como muchos han criticado, se impuso durante el siglo XX una versión abstracta y parcial del cosmopolitismo moderno que fracasó en su vocación internacionalista. Esta forma tergiversada de cosmopolitismo fue en realidad un *universalismo* que trataba de imponer los valores e intereses de las naciones más poderosas de Occidente. Pero reveló su auténtica cara de *particularismo* colonial (es decir, se ha manifestado como occidentalismo) en muchas de sus acciones, convenciones y políticas de carácter mundial. Pero este fracaso no significa que la humanidad no se pueda poner de acuerdo de modo intercultural, con argumentos científicos y demostrables empíricamente, en aquellos principios y valores necesarios para construir una comunidad global ético-política. La catastrófica situación de crisis sanitaria y sus efectos nos obliga a ello hoy más que nunca.

Los rasgos negativos del *universalismo occidental moderno*, también denominado *eurocentrismo colonialista*, fueron:

- a) Sistema restrictivo y excluyente, sólo entraban en dicho “contrato social” los varones propietarios, blancos, racionales, heterosexuales, y únicamente se formulaba para los seres humanos; quedaron excluidos las mujeres, los desposeídos (los que sólo *poseen* su propia fuerza

³ Los principios básicos de la bioética aplicables a la tecnomedicina e investigación biomédica: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía. Podemos agregar los principios ambientales y tecnológicos de responsabilidad, precaución, justicia ambiental e intergeneracional, protección y remediación ambiental. Véase Linares 2008.

- de trabajo), los pueblos “salvajes” y todos los demás animales y seres vivos; pero también personas con discapacidades, las personas homosexuales y las personas transgénero y transexuales. Este modelo civilizatorio universalista se impuso por la violencia y la fuerza militar, la explotación económica y la hegemonía política.
- b) El universalismo occidental se concibió a sí mismo como domesticador de la rebelde naturaleza animal del ser humano; el Estado era como un gran ogro civilizador, pero luego abandonó su proyecto de formación universal y homogénea. Con las políticas neoliberales también dejó atrás su papel rector en la educación, la ciencia, el desarrollo técnico o las instituciones de salubridad pública. Lo que habían logrado, principalmente, los Estados europeos de posguerra en la construcción de un estado de bienestar y de equidad social, se ha puesto en peligro con el avance del capitalismo depredador y monopolístico en los últimos años. En particular, los sistemas públicos de salud han sufrido deterioros y obsolescencias graves, y han sido casi desmantelados, como ha sucedido en varios países de Latinoamérica.
- c) Como consecuencia de que el universalismo occidental no propició el despliegue de una comunidad mundial equitativa y multicultural que revalorara y rescatara saberes y técnicas tradicionales efectivas, el desarrollo científico y tecnológico se sacralizó y se convirtió en un poder supremo que se subordinó a los intereses del capital y del dominio político. Por eso, la crisis de la pandemia se precipitó en una situación social en la que se extiende la desconfianza hacia las políticas de los gobiernos, las recomendaciones de la ciencia y las acciones sanitarias basadas en evidencias y estudios científicos. La crisis sanitaria nos tomó por sorpresa porque muchos pensaban que vivíamos aún en el mundo ordenado por las verdades científicas y las acciones racionales y justificadas de los gobiernos. Por el contrario, descubrimos que habitamos en el mundo de la manipulación mediática de la verdad, reducida ahora a “datos” sujetos a la interpretación, a la mera doxa sin suficiente demostración empírica, que cualquier puede creer o negar en las redes sociales, en un ambiente de virulentas reacciones sociales porque desconfiamos de un *mundo común* regido por una razón práctica colectiva. La crisis de ese universalismo epistémico representa el ocaso de la Ilustración y el eclipse de la razón pública autocrítica, plural y tolerante.⁴

⁴ Sin embargo, en los últimos 50 años emergieron muy diversos movimientos sociales, muchas disidencias locales que han cuestionado de raíz los fundamentos del dominio occi-

Todo este contexto tiene sentido para comprender en qué terreno germinó la pandemia global de COVID-19, y con qué barreras socioculturales y políticas tendremos que lidiar. Ha llegado, pues, la hora de un nuevo proyecto cosmopolita que tiene como referencia la utopía de una *comunidad política mundial*. Pero esta vez ya no puede estar fundado en el dominio de unas naciones sobre otras, el saqueo colonial, la desigualdad en el acceso al conocimiento y a los beneficios de la ciencia y la tecnología, la explotación de la naturaleza y el exterminio de la biodiversidad; sino en unas bases ético-políticas de autocontención de los impulsos “racionalizados” de barbarie, y en el control social y democrático del poder tecnocientífico y político en un debate público abierto y permanente.

En esta época del libre mercado global, de los monopolios transnacionales y del comercio injusto, los poderes hegemónicos (el G8, los organismos financieros internacionales, el crimen organizado, los países con arsenales nucleares, los productores de petróleo, los acaparadores de medicamentos y vacunas, etc.) “gobiernan” y se imponen, pero no tienen ni la legitimidad ni la fuerza suficiente para controlar la dinámica imparable de la globalización en todas sus manifestaciones. Ha pasado a la historia la época de los grandes imperios que dominaron el planeta. No existe, pues, un estado de derecho mundial ni un “Estado político” internacional. En el plano global, pese a avances significativos, seguimos en un “estado de naturaleza”: priva la ley del más fuerte. Esto será terrible si para el desarrollo y aplicación de las vacunas para la COVID-19 prevalece este sistema mundial de la desigualdad y la confrontación de intereses nacionales y regionales.

Podemos observar la paradoja de la situación actual. Por un lado, la colaboración científica entre diversos grupos de investigación, públicos y privados, y diferentes gobiernos ha posibilitado el desarrollo de vacunas en tiempo récord; por otro, subsiste la disputa y las tendencias egoístas de acaparar las vacunas para los países más ricos y los gobiernos más poderosos en beneficio solo de un sector de sus ciudadanos. Por tanto, no existe en este momento una autoridad, liderazgo ni un consenso mundial capaz de dirimir y resolver eficazmente, tanto los conflictos entre las naciones como los graves problemas ambientales, sanitarios y socioeconómicos. Pero la necesidad es creciente y crucial para asegurar el futuro de toda la humanidad.

dental del mundo y sus narrativas hegemónicas; así se iniciaron los movimientos feministas, ecologistas, el de los derechos civiles de minorías étnicas, de diversidad sexual, de comunidades indígenas marginadas, etc. La modernidad occidental se volvió multicultural, multimoral, plurisexual, multívoca y ello ha constituido la base de la crítica al modelo civilizatorio y a las acciones y políticas de los Estados.

Nuestra *comunidad planetaria* aún carece de un Estado mundial o de una estructura política internacional adecuada. Todos los problemas de *orden global*, como ha sido claramente la pandemia del COVID-19, han desbordado por completo las capacidades y recursos de los Estados-nación (como ha sido evidente en las crisis y colapsamientos de los sistemas nacionales de salud, incluso de países poderosos como los EE. UU.). No existe en este momento una autoridad mundial capaz de dirimir y resolver eficazmente (no lo ha sido, a pesar de sus esfuerzos, la OMS ni la ONU en general), tanto los conflictos entre las naciones como los graves problemas socioeconómicos y sanitarios que se derivan de la pandemia.

Los principios que fundamentan la necesidad de una “macroética” cosmopolita son los de la interdependencia y la ampliación del alcance de nuestra responsabilidad individual y colectiva. Gracias a la red global de interacciones tecnológicas, cada persona puede afectar y ser afectada por cualquier otra en el mundo entero, como ha sucedido con la expansión planetaria del nuevo coronavirus en menos de tres meses; pero, además, la humanidad está dañando las condiciones de vida de muchas otras especies y de ecosistemas enteros, destruyéndolos y entrando en contacto peligroso con microorganismos y virus que estaban lejos del alcance de los seres humanos. Por ello, este nuevo cosmopolitismo tendrá que dejar de ser antropocéntrico; debemos hacernos cargo de la nueva responsabilidad por preservar las condiciones de supervivencia y equilibrio de los ecosistemas. Así, el cosmopolitismo sanitario supone cuatro proyectos y objetivos mundiales indispensables:

- a) La construcción de un *sistema mundial de atención a la salud*, público y con costos razonables, con servicios gratuitos en situaciones de emergencia sanitaria, como el de una pandemia. Cada ciudadano del mundo tendría derecho a estar registrado en un sistema público de salud de su nación y a recibir tratamientos en cualquier parte del mundo, mediante un esquema de intercambios y copagos internacionales. El sistema de salud universal debe garantizar por lo menos la atención de los padecimientos de mayor alcance y afectación en cada nación, y la atención en situación de epidemias y pandemias. La obligación de cada ciudadano es contribuir, mediante el esquema tributario de su nación, con un impuesto adecuado a sus ingresos, participar en campañas de vacunación y mantenerse informado y concernido de las recomendaciones e indicaciones para el autocuidado de la salud. Ciertamente, las enfermedades derivadas de adicciones y de accidentes físicos por riesgos asumidos voluntariamente implicarán impuestos adicionales o contribuciones directas de los ciudadanos.

- b) Una autoridad internacional con capacidad de decisión global para establecer medidas necesarias de mitigación ante pandemias y situaciones catastróficas que repercutan en la salud pública.
- c) Una comunidad unificada de investigación científica y tecnológica que no esté dominada por los intereses económicos de la industria médica y farmacéutica, mediante consorcios públicos internacionales, como el que se creó para la secuenciación del genoma humano.
- d) Acuerdos de política económica mundial para regular las patentes de medicamentos y tecnologías médicas, y para suspenderlas en situación de emergencia sanitaria. Asimismo, acuerdos internacionales de orden jurídico para evitar la privatización vía patentes de organismos vivos no modificados genéticamente, genomas o partes del genoma humano o de otros animales y el intercambio de biotecnologías para el desarrollo humano, la agricultura, alimentación y salud, mediante patentes de uso común que eviten la privatización, la concentración y el lucro excesivo.

IV. LA REFORMA DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

Los objetivos cosmopolitas de las Naciones Unidas quedaron establecidos desde su fundación en 1945 y siguen siendo plenamente vigentes.⁵ Estos objetivos deben ratificarse y ampliarse ahora con la clara conciencia de la responsabilidad humana por la salud pública mundial, la alimentación suficiente y adecuada, la preservación de los ecosistemas y la biodiversidad de la Tierra. A partir de la creación de la ONU y de sus múltiples instancias de mediación y negociación internacional, así como el surgimiento de organismos globales que comenzaron a ejercer poder sobre los Estados-nación (el FMI, el Banco Mundial, la OMC) y a contrarrestar poco a poco su pretendida soberanía absoluta, se ha ido formando una estructura, todavía incipiente, para contener los efectos negativos (algunos no intencionales) de la crisis ambiental y climática, y del conflicto político entre naciones. De este modo, a partir de la ONU se habían edificado los cimientos de una confederación mundial de naciones capaz de autorregularse mediante un auténtico “parlamento de la humanidad”. Sin embargo, estos impulsos éticos hacia el cosmopolitismo no han tenido el éxito deseado y, en gran parte, se puede decir que entraron en retroceso al perderse el equilibrio

⁵ A saber: el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales, el fomento del progreso económico y social mediante la cooperación internacional, la promoción y defensa de los derechos humanos y el respeto a la libre determinación de los pueblos.

geopolítico de la Guerra Fría. Las Naciones Unidas no cuentan con el poder autónomo ni con la capacidad operativa para ello (tampoco la Unión Europea). Cualquier acción global depende (y seguirá dependiendo) de la voluntad de las potencias mundiales y de su frágil capacidad de cooperación (EE. UU., China, Rusia, la UE o países emergentes que quisieron entrar en el juego geopolítico como Brasil, India o las potencias asiáticas). Por ello es requisito insuperable la transformación democrática de la ONU⁶ y de los organismos supranacionales como la OMS para conferirles mayor poder de acción e intervención, y para establecer nuevos mecanismos legítimos de equilibrios y contrapesos entre los países miembros, que redunden en una mayor equidad internacional.

La ONU, y sus instancias de decisión como el Consejo de Seguridad, ameritan ya una remodelación profunda para convertirla en un sistema parlamentario mundial en el que se expresen, deliberen y lleguen a acuerdos diversas tendencias políticas mundiales, como de hecho sucede en varios organismos internacionales. El derecho cosmopolita ha comprendido tres campos esenciales: la protección de los derechos humanos, la mediación para evitar o resolver las guerras (que incluye el juicio y sanción a los crímenes de guerra), y la sanción por los crímenes de lesa humanidad.⁷ Un cuarto y quinto campos son indispensables: 1) la conservación ambiental y la protección de la biodiversidad y del patrimonio biocultural que pertenece a toda la humanidad, y no a los Estados nacionales. 2) el acceso universal a los servicios de salud y la acción conjunta de políticas sanitarias ante situaciones de emergencia mundial, como la pandemia del COVID-19.

V. LOS PRINCIPIOS DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

Parte esencial de un orden cosmopolita puede consistir en un sistema mundial de atención a la salud de acceso verdaderamente universal. Según la OMS, un sistema público de salud debería basarse en estos principios:⁸

⁶ No obstante, para que ese nuevo orden político global surja se requerirá de la voluntad de las potencias tradicionales (EE. UU., Gran Bretaña, Francia, China y Rusia), así como de las potencias emergentes (Alemania, Italia, Japón, Australia, India, Sudáfrica o Brasil y México) para respaldar los necesarios acuerdos mundiales de cooperación y desarrollo equitativo.

⁷ Existen algunas bases ético-jurídicas para la consolidación del derecho cosmopolita: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención para la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio, el Estatuto de la Corte Penal Internacional.

⁸ OMS, “Sistemas de salud”, disponible en: <https://www.who.int/healthsystems/topics/es/>.

- Acceso universal y equitativo a los servicios de salud (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación), independientemente de la capacidad de pago individual;
- Justicia distributiva e igualdad de oportunidades en el acceso a tecnologías médicas, tratamientos, vacunas y medicamentos;
- Sustentabilidad financiera y subsidiariedad social (que podría ser mediante un impuesto mundial a todas las personas de ingreso medio a alto);
- Atención de las enfermedades de mayor incidencia, morbilidad y mortalidad, como las epidemias y pandemias;
- Atención especializada y prioritaria ante casos de urgencia o emergencia sanitaria;
- Reducción y prevención de riesgos y daños mediante políticas preventivas, educativas y de autocuidado de la salud;
- Personal sanitario suficiente y bien capacitado, en evaluación constante y con incentivos adecuados para mejorar su servicio;
- Investigación sobre las condiciones y problemas principales de la salud de cada comunidad;
- Desarrollo de sistemas de información médica personalizada para fomentar el cuidado responsable y la investigación epidemiológica;
- Protección de la autonomía de las personas, así como de su información privada en el uso de *big data* de carácter sanitario para monitorear enfermedades y detectar y controlar epidemias.

La OMS informa que cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios sanitarios básicos: “En algunos países, hasta el 11% de la población sufre este tipo de dificultad financiera grave cada año y hasta el 5% se ve arrastrada a la pobreza. A nivel mundial, alrededor de 150 millones de personas sufren catástrofes financieras anualmente y 100 millones se ven obligadas a vivir por debajo del umbral de pobreza. Únicamente el 5-10% de las personas están cubiertas en el África subsahariana y en Asia meridional, mientras que en los países de ingresos medios los índices de cobertura varían entre el 20% y el 60%”.⁹ En 2005 todos los miembros de las Naciones Unidas habían acordado tratar de lograr la cobertura sanitaria universal a más tardar en 2030, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, pero esa meta aún está muy lejana. En 2010, un total de 79 países destinaron a la asistencia sanitaria menos del

⁹ OMS, “Cobertura sanitaria universal”, disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

10% del gasto gubernamental. Sin embargo, tan solo 8 de los 49 países más pobres del mundo tendrán alguna posibilidad de financiar servicios básicos de salud¹⁰ con sus propios recursos. De entre las 30 naciones más pobladas del mundo,¹¹ sólo 9 tienen un sistema de salud suficiente y podrían enfrentar adecuadamente una emergencia sanitaria.¹²

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras. Para ello se requiere que el sistema de salud cosmopolita se desarrolle paulatinamente, de nación en nación, mediante convenios y acuerdos de cooperación y transferencia de tecnologías y de personal especializado. Las dificultades principales que señalan la OMS para la cobertura universal son: *a)* la baja disponibilidad de recursos, pues “ningún país, con independencia de su riqueza, ha sido capaz de garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida”; *b)* la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia, “aun disponiendo de algún tipo de seguro médico, puede ser obligatorio contribuir en forma de copagos, coaseguros o deducibles”; *c)* el uso ineficiente y no equitativo de los recursos, pues “se malgasta el 20-40% de los recursos destinados a la salud”. Así, la OMS planteó que los países deben recaudar los fondos suficientes, disminuir la dependencia de los pagos directos para financiar los servicios de salud y mejorar la eficiencia y la equidad, para evitar los desperdicios y disparidades.¹³

La realidad que reveló la pandemia es que en países en desarrollo los sistemas de salud están en malas condiciones, y por lo que no garantizan un

¹⁰ La OMS utiliza 16 servicios de salud esenciales como indicadores del nivel y la equidad de la cobertura en los países, que agrupa en cuatro categorías: salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y los niños; enfermedades infecciosas; enfermedades no transmisibles; acceso a servicios hospitalarios básicos. OMS, *op. cit.*

¹¹ Que suman cerca de 5,950 millones de habitantes, más del 77% de la población mundial.

¹² China, EE. UU. (parcialmente), Japón, Alemania, Reino Unido, Francia, Italia, Corea del Sur y España, y en parte Rusia. En conjunto, representan unos 2,381 millones de habitantes, solo el 30% de la población mundial. Países muy poblados (con más de 50 millones) que no tienen capacidades suficientes en sus sistemas de salud: India, Indonesia, Pakistán, Nigeria, Bangladesh, Brasil, México, Filipinas, Egipto, Etiopía, Vietnam, Irán, Turquía, República del Congo, Tailandia, Sudáfrica, Tanzania, Myanmar, Colombia, suman más del 46% del total mundial. Estos datos de 2019 son de la ONU: World Population Prospects, disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.

¹³ Objetivos primarios de la OMS para la cobertura universal: aprovechar al máximo las tecnologías y los servicios sanitarios, incrementar y pagar mejor al personal sanitario, mejorar la eficiencia hospitalaria; reduciendo los errores médicos; eliminar el desperdicio de recursos y la corrupción.

acceso justo y de calidad, intensifican la desigualdad social y la injusticia, y afectan severamente los niveles de desarrollo humano y bienestar general de la población. Pero en algunos países desarrollados, como los EE.UU., una parte considerable de la población carece de acceso a la atención pública sanitaria por el predominio de la inequidad inherente al mercado, implicando una erogación personal muy alta para los sectores desprotegidos. Por ello, una condición y objetivo esencial de un orden cosmopolita es la cobertura de salud universal en un sistema global, en condiciones de equidad, costos justos, oportunidades y ayudas diferenciadas en función de las necesidades de cada sociedad y de cada persona. Ello implica la necesidad de establecer mecanismos de colaboración y cooperación médica¹⁴ internacional entre los sistemas públicos de salud, la producción de tecnologías médicas a costo accesible y el mejoramiento de las condiciones ambientales de vida, así como la investigación biomédica destinada a solucionar los más graves y extendidos problemas de salud de cada comunidad mediante consorcios público/privados, por ejemplo, para producir vacunas ante una nueva pandemia.

Los países que no puedan financiar sus propios sistemas públicos de salud deberían recibir ayudas directas de la comunidad internacional, como asistencia de personal sanitario en misiones y campañas especiales; no mediante créditos, sino una contribución vía un impuesto internacional a todas las personas con ingreso medio-alto y alto en el mundo entero. Asimismo, un sistema de salud global puede construirse progresivamente mediante financiamiento social, vía mayor recaudación de impuestos y aportaciones de las empresas, los gobiernos y las personas. No es posible que de un día para otro logremos ese sistema mundial de salud, pero sí es factible que comencemos a edificarlo con objetivos y principios básicos cosmopolitas.¹⁵

VI. LA NECESIDAD DE UN SISTEMA DE SALUD PÚBLICA CON ACCESO UNIVERSAL ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN MÉXICO

La pandemia de COVID-19 ha puesto en dificultades extremas a los sistemas de salud por la saturación de sus UCI y la falta de atención a otras enferme-

¹⁴ Las misiones heroicas que realizan ONGs como Médicos sin fronteras (<https://www.msf.mx/>), deberían constituir la norma de un sistema mundial de cooperación e intercambio de personal sanitario en los países más pobres, y no basarse en programas ideológicos y propagandísticos de algunas naciones.

¹⁵ Véase OMS, *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*, 2010, pp. 8 y 9, disponible en: <https://www.who.int/whr/2010/es/>.

dades graves. Por ello, se ha reavivado en muchos países el debate sobre la necesidad de conformar un sistema público de salud con acceso universal, equitativo y sustentable para contender con todo tipo de epidemias y, ante todo, emergencias sanitarias.

Los países con sistemas públicos de salud robustos y de mayor cobertura tienen la capacidad de superar eficazmente las emergencias sanitarias. A ello se suman el uso adecuado de tecnologías digitales para la vigilancia epidemiológica, sin que esto signifique el abuso por parte de los gobiernos para usarlos como medios de intrusión en la vida privada de las personas.

Ahora bien, en México la pandemia de COVID-19 puso de relieve un factor adicional de riesgo, pues también son epidémicas la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. Era previsible que las personas con menos recursos que las padecen constituyan el grupo de mayor riesgo (además de los adultos mayores). El sistema de salud pública se ha venido transformando por efecto de políticas neoliberales que beneficiaron la mercantilización de la atención para sujetarlos al mercado global de fármacos y tecnologías médicas, en lugar de fortalecer la medicina social preventiva y el autocuidado, que son indispensables para mitigar el efecto de las epidemias. La política neoliberal favoreció al sistema privado y ahogó al sistema público por falta de inversión y de formación de personal médico competente y suficiente. Con ello se ha reafirmado el “estado natural” de injusticia que se mantiene en la mayoría de los países en desarrollo, en cuanto a la igualdad de oportunidades. Esta “selección natural” de las enfermedades incrementa las brechas de desigualdad y distribuyen inequitativamente sus efectos deletéreos.

Hoy es posible, sin embargo, con los recursos materiales y humanos de los que dispone México, que se amplíe la cobertura hasta que sea universal, de acuerdo con las necesidades específicas, y con las aportaciones económicas de los ciudadanos en la medida de sus posibilidades, sin que ello implique costos onerosos para las familias. Asimismo, es esencial incrementar la formación y justa distribución nacional de personal sanitario especializado. Pero la pregunta difícil de responder es ¿cómo financiar y sostener los sistemas de salud públicos de los países de desarrollo bajo, principalmente el África, sur de Asia y Latinoamérica? ¿Cómo formar más personal médico y de investigación biomédica que atienda las necesidades más urgentes?

México se encuentra, de acuerdo con la OMS, entre los 79 países que destinan a la asistencia sanitaria menos del 10% del gasto presupuestal, y está en los últimos lugares entre los miembros de la Organización para la Coope-

ración y el Desarrollo Económico (OCDE).¹⁶ Parte fundamental de la inversión debería destinarse no sólo a la infraestructura, sino también a la formación continua de personal médico. Todos los países han estado innovando en los últimos años formas mixtas de obtener ingresos para financiar sus sistemas salud, mediante mecanismos de recaudación de impuestos y de combinación de infraestructuras públicas y privadas.¹⁷ Tanto políticas intranacionales como convenios internacionales de intercambio de médicos podrían impulsar el desarrollo y combinación de servicios de salud básicos para enfermedades epidémicas y de mayor persistencia y gravedad. Podemos transitar del sistema de patentes y mercado tecnomédico mundial (caso de los ventiladores mecánicos) a un sistema de cooperación y de inversión públicoprivada para proveer los servicios de salud, junto con otros servicios básicos como energía, alimentos y agua potable.

Se debe buscar distribuir equitativamente el uso de los recursos sanitarios, siempre inferiores a la demanda y localizar los recursos en donde más se necesiten. Por ejemplo, los institutos nacionales de salud sólo se ubican en la Ciudad de México, cuando debería haber cinco regiones nacionales con sedes de estos hospitales de tercer nivel e investigación. A pesar de que México ha intentado la “cobertura universal” en lo formal, mediante la creación del Seguro Popular y ahora con el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que se suma a los sistemas IMSS, ISSSTE, ISSFAM, Marina, Pemex y los sistemas estatales, la cobertura es muy desigual y la capacidad de acceso a atención médica de calidad sigue siendo muy deficiente. Lamentablemente, podemos decir que en México sobrevivimos en el peor de los dos mundos posibles: por un lado, un sistema público con muchas carencias y deficiencias y, por otro, un sistema privado de calidad muy desigual, cuyos buenos servicios son absurdamente caros, los baratos de muy mala calidad, y en el que dominan las compañías privadas de seguros.

Para ello se requiere formar un consenso nacional para que por fin la salud pública sea una prioridad del Estado mexicano. De este modo, estaríamos en la ruta de contribuir a un sistema cosmopolita de salud pública, y en posibilidad de cooperar y de realizar intercambios con países menos

¹⁶ Según datos de la OCDE, México destina sólo el 5.9% del Producto Interno Bruto (PIB) al sector salud, casi la mitad de lo que invierten países como Austria, Bélgica, Alemania, Suiza y casi una tercera parte de lo que gasta Estados Unidos.

¹⁷ También se ha considerado aplicar impuestos a la venta de tabaco y bebidas alcohólicas, así como de los alimentos procesados con altos contenidos de azúcares, grasas y conservadores que representan altos riesgos para la salud. Pero en México no han sido aplicados eficazmente. Hay países que han gravado incluso los servicios de telefonía celular, boletos de avión o transacciones financieras para este fin.

desarrollados. En conclusión, la salud es tan prioritaria que no debería seguir dependiendo de los intereses del mercado global de medicamentos y tecnologías médicas, y de la extendida privatización y mercantilización de los servicios de salud. El desafío global consiste en fortalecer los sistemas públicos de salud en todo el mundo para volverlos más eficaces, equitativos, sustentables y accesibles para todos para avanzar hacia un cosmopolitismo sanitario.

VII. REFERENCIAS

- APPIAH, Kwame Anthony, 2007, *Cosmopolitismo. La ética en un mundo de extraños*, Buenos Aires, Katz.
- GRANJA, Dulce María y LEYVA, Gustavo, 2009, *Cosmopolitismo. Democracia en la era de la globalización*, México, Anthropos/UAM.
- KANT, Immanuel, 1999, *Hacia la paz perpetua. Un esbozo filosófico*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- LINARES, Jorge Enrique, 2008, *Ética y mundo tecnológico*, México, FCE-UNAM.
- Organización Mundial de la Salud, 2010, *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, OMS, disponible en: <https://www.who.int/whr/2010/es/>.
- POGGE, Thomas, 2013, *Hacer justicia a la humanidad*, México, FCE-UNAM.
- RAWLS, John, 2005, *El derecho de gentes*, Barcelona, Paidós.

“SOY EL MESSIAS PERO NO HAGO MILAGROS”: RELIGIÓN Y POLÍTICA EN AMÉRICA LATINA EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Pauline CAPDEVIELLE

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Laicidad, secularización y populismo religioso en América Latina*. III. *Religión, discursos y cultura política en América Latina en tiempos de COVID-19*. IV. *Bioética, ciencia y cultura laica en América Latina en contexto de pandemia*. V. *Conclusiones*. VI. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

América Latina registró su primer caso de COVID-19 en São Paulo, Brasil, el 26 de febrero de 2020. Desde entonces se ha convertido en la región con más casos confirmados, representando un cuarto de los casos a nivel mundial¹ y contabilizando, a inicios de agosto, aproximadamente 200,000 muertos². Para contener la pandemia, los gobiernos nacionales han implementado diversas medidas: cuarentenas (con grados variables de obligatoriedad), organización de campañas de prevención, uso obligatorio de cubrebocas, etc. Sin embargo, de forma paralela a la adopción de medidas respaldadas por la evidencia científica, llama la atención la activación de una narrativa de índole religiosa por parte de muchos dirigentes de la región, que hace énfasis en las creencias y prácticas religiosas (o espirituales) como un factor de protección y sanación de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2.

Este trabajo se enfoca en las relaciones entre política y religión en América Latina en las primeras semanas de la pandemia de COVID-19, entre

¹ Horwitz, Luisa, Nagovitch, Paola, Sonneland, Holly K. y Zissis, Carin, “The coronavirus in Latin America”, *America Society Council of the Americas*, 12 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.as-coa.org/articles/coronavirus-latin-america>.

² Guerrero, Kay, “América Latina y el Caribe superan las 200.000 muertes por covid-19”, *CNN Español*, 2 de agosto de 2020, consultado el 4 de octubre de 2020, disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/08/02/america-latina-y-el-caribe-superan-las-200-000-muertes-por-covid-19/>.

los meses de marzo y agosto de 2020. Su objetivo consiste en describir y arrojar algunas pistas de análisis en torno a la activación de un discurso religioso en la esfera política, en particular, por parte de los mandatarios y respecto a la gestión de la crisis sanitaria. Se hará énfasis en cómo lo religioso ha permeado el discurso político de los dirigentes, en una región que se caracteriza a la vez por el avance de un consenso en torno al carácter laico (o secular) del poder político, y por la persistencia de lo religioso como elemento de legitimación de los Estados y de los gobiernos, en una región desigualmente secularizada. Así las cosas, el trabajo buscará responder a las siguientes preguntas: ¿cómo interpretar la utilización de la narrativa religiosa como fenómeno común a muchos países de la región en las primeras semanas de la pandemia?, ¿cuáles son los riesgos asociados con la movilización de este tipo de discurso? La hipótesis que guía nuestro análisis es que la COVID-19 no constituye, *per se*, el disparador del entusiasmo religioso de los dirigentes, sino que la exacerbación del discurso religioso surge en el marco de condiciones estructurales preexistentes, que se agudizan en el contexto de la crisis sanitaria, especialmente, ante la respuesta endeble de las instituciones estatales.

El trabajo se divide en tres apartados. En el primero, se esboza el contexto general de las relaciones entre la política y la religión en América Latina, a partir de algunas herramientas conceptuales que nos parecen útiles para plantear las coordinadas de la problemática, en particular, el desajuste entre laicidad y secularización en el marco de la presencia histórica del populismo religioso en la región. En un segundo momento, el trabajo se enfoca a la recopilación y análisis de algunas de las declaraciones de los líderes regionales que nos parecen más ilustrativas de un reblandecimiento de la laicidad en la contingencia sanitaria, y que buscan subsanar respuestas institucionales insuficientes. Al respecto, se hace una distinción entre los discursos orientados a pedir una intervención divina para frenar los contagios y las muertes, y una tendencia hacia la mesianización de los liderazgos, especialmente, en los casos mexicanos y brasileños. El tercer acápite busca ofrecer una reflexión en torno a la necesidad de consolidar un pensamiento bioético y una cultura laica en la región, especialmente en un contexto de crisis sanitaria.

II. LAICIDAD, SECULARIZACIÓN Y POPULISMO RELIGIOSO EN AMÉRICA LATINA

La imbricación de lo religioso y lo político no es un fenómeno novedoso en América Latina. Se inscribe en un marco histórico de legitimación religiosa

del poder político en la región, que remonta por lo menos al proceso de colonización. Asimismo, la unión entre política y religión constituye un rasgo de origen de los Estados en la región, los cuales, en varios casos, no lograron del todo romper esta tradición en los procesos de consolidación de los Estados modernos, a pesar de las luchas políticas entre Estados e Iglesia en los siglos XIX y XX.³ La región se presenta como un escenario complejo, en el cual cada país transitó por sus propias experiencias en materia de relación entre el Estado, la religión y la sociedad, dando lugar a un amplio espectro de situaciones y manifestaciones.⁴ A pesar de esta diversidad, es posible trazar continuidades (o contrastes) entre ellos, especialmente, al movilizarse los conceptos de laicidad, secularización, cultura política y populismo religioso.

La laicidad, de acuerdo con Roberto Blancarte, puede definirse como “un régimen social de convivencia, cuyas instituciones están legitimadas principalmente por la soberanía popular y (ya no) por elementos religiosos”.⁵ Esta definición resulta útil para nuestro análisis, puesto que se centra en la cuestión de la legitimidad del poder político, esto es, el vínculo de obediencia entre el Estado y los individuos. El Estado laico hace énfasis en la cuestión de la ciudadanía como espacio universal, relegando la cuestión de las creencias religiosas al ámbito privado de los individuos. Como horizonte normativo, busca, mediante la autonomía entre el Estado y las iglesias, asegurar las libertades fundamentales de las personas y la toma de decisiones colectivas basada en la deliberación y el debate, y no a partir de sustratos religiosos. Al respecto, cabe mencionar que no existe un solo modelo de laicidad, sino que cada Estado que se ostenta como laico o secular tiene sus propias configuraciones de relación entre el Estado y las iglesias, construidas con base en los conflictos y consensos que surgieron a lo largo de su historia particular. Sin embargo, ya sea en sus versiones liberales o republicanas, la laicidad implica la exclusión de todo contenido religioso de las instituciones del Estado y de los discursos políticos,⁶ lo anterior, para garantizar las con-

³ Sobre este tema y su complejidad, véase Bohoslavsky, Ernesto, *Laicidad y América Latina*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2013, Colección de Cuadernos “Jorge Carpizo. Para Entender y Pensar la Laicidad”, disponible en: <http://catedra-laicidad.unam.mx/detalle-jorge-carpizo/43/11-Laicidad-y-América-Latina>.

⁴ Blancarte, Roberto, “Definir la laicidad (desde una perspectiva mexicana)”, *Revista Internacional de Filosofía Política*, s. l. i., núm. 24, 2004, pp. 15-28, disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20121213010651/Crucesinterseccionesconflictos.pdf>, p. 12.

⁵ Blancarte, Roberto, “Definir la laicidad...”, *op. cit.*

⁶ Rivera, Faviola, *Laicidad y liberalismo*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2013, Colección de Cuadernos “Jorge Carpizo. Para Entender y Pensar la Laicidad”, p. 8.

diciones de pluralismo que han de guiar la deliberación democrática y la plena vigencia de los derechos humanos.⁷

A diferencia del principio de laicidad como un modelo normativo que se mueve entre lo político y lo jurídico, la secularización atañe a los procesos sociales y culturales de la pérdida de centralidad de la religión en la sociedad. Utilizado en los años sesenta y setenta del siglo pasado como paradigma de la desaparición progresiva y ineluctable de lo religioso en contextos de modernidad, ha sido objeto de reformulaciones que siguen siendo útiles para entender la recomposición del fenómeno religioso en la actualidad. Asimismo, para José Casanova, la secularización puede ser entendida desde diferentes aristas, como declive de las creencias, privatización de la religión y separación y autonomización de las diferentes esferas sociales (política, ciencia, religión, etcétera).⁸ Esta distinción entre diferentes significados permite mostrar las diferentes combinaciones que pueden coexistir en la práctica, poniendo de relieve la complejidad del fenómeno religioso en las sociedades, el cual, lejos de haber desaparecido, se ha adaptado a las múltiples formas que la modernidad ostenta en la región.

Felipe Gaytán insiste en la relevancia de la categoría de cultura política para construir un puente entre la laicidad, entendida como las configuraciones político-jurídicas entre poder político y religioso, y la secularización como conjunto de procesos sociales y culturales en torno a la religión.⁹ El concepto de cultura política busca estudiar los patrones, orientaciones y valores que caracterizan determinados sistemas políticos. De acuerdo con Sidney Verba, se puede definir como un “sistema de creencias empíricas, símbolos expresivos y valores, que definen la situación dentro de la cual se da la acción política. Proporciona la orientación subjetiva de la política”.¹⁰ Asimismo, dicho concepto podría fungir como llave de comprensión del desfase que puede existir entre el carácter laico de un Estado, y la utilización de una narrativa religiosa por parte de los dirigentes políticos, en el marco de sociedades desigual y parcialmente secularizadas.

Al respecto, aunque un gran número de Estados latinoamericanos han eliminado las disposiciones relativas a una Iglesia de Estado y han expresado

⁷ Salazar Ugarte, Pedro, *La laicidad: antídoto contra la discriminación*, México, Conapred, Cuadernos de la igualdad núm. 8, 2007, pp. 39 y ss.

⁸ Casanova, José, “Reconsiderar la Secularización: Una perspectiva comparada mundial”, *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, México, UAM-AEDRI, núm. 7, 2007, disponible en: https://ceir.net/files/1299066933_casanova_reconsiderar_la.pdf.

⁹ Gaytán Alcalá, Felipe, *La inmaculada política de los salvos. Moral y religión en la agenda política de los partidos políticos*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas (en prensa).

¹⁰ Verba, Sidney, “El estudio de la ciencia política desde la cultura política”, *Revista de Estudios Políticos*, México, núm. 138, 1964, p. 5.

en sus constituciones referencias explícitas a la laicidad (o conceptos afines), siguen siendo numerosas las invocaciones religiosas en los preámbulos,¹¹ enturbiando el sentido y los alcances del principio de laicidad. Algunos especialistas han llamado la atención en el surgimiento, en América Latina, de Estados pluri-religiosos o pluri-confesionales, esto es, configuraciones estatales que, lejos de organizar una separación nítida entre la esfera pública y religiosa, extienden una serie de beneficios a determinado número de denominaciones religiosas, impulsando modelos de colaboración entre ellos y el Estado, y privilegiando, de esta manera, una visión religiosa del mundo por encima de una secular.¹² Al respecto, Felipe Gaytán apunta que este enfoque, lejos de garantizar un mayor pluralismo en la deliberación pública, genera un espacio político en el cual la discusión ciudadana es desplazada en beneficio de las instituciones religiosas, las cuales invocan legitimidades externas a lo político y alejadas del uso de la razón pública.¹³ Cabe mencionar que este fenómeno se inscribe en un proceso de diversificación religiosa de América Latina en el cual las iglesias evangélicas lograron tomar mayor protagonismo, y en varios casos fueron exitosas en acercarse a las esferas de poder e influir en los discursos, valores y comportamientos políticos.

Otra categoría de análisis sin duda fundamental para entender el recurso a lo religioso en la esfera política es el de populismo. Como señala Shmuel Eisenstadt, el populismo es un elemento imprescindible para entender los procesos de construcción de la esfera pública en América Latina, en particular, de las identidades claves a nivel nacional.¹⁴ Se caracteriza, a grandes rasgos, por la apelación al pueblo como unidad orgánica, una concepción maniquea de la política y la relación inmediata entre el líder y el *pueblo vs. la élite*.¹⁵

¹¹ Para un panorama completo de las previsiones legales en materia de laicidad en América Latina, véase la Plataforma “Mira que te miro”, disponible en: <https://miraquetemiro.org/>.

¹² Véase, sobre este tema, Huaco, Marco, “Perú hacia un modelo pluriconfesional: el caso de la nueva ley de libertad religiosa”, *Revista del Centro de Investigación, México*, Universidad La Salle, vol. 9, núm. 36, julio-diciembre, 2011, pp. 93-109; Esquivel, Juan, “Laicidades relativas, avatares de la relación Estado Iglesia en Brasil”, en Blancarte, Roberto (ed.), *Los retos de la laicidad y la secularización en el mundo contemporáneo*, México, El Colegio de México, 2008.

¹³ Gaytán Alcalá, Felipe, *Manuales de redentores: Laicidad y derechos, entre populismo y neojacobinismo*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2016, p. 8.

¹⁴ Eisenstadt, Shmuel N., “América Latina y el problema de las múltiples modernidades”, *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, México, vol. 58, núm. 218, mayo-agosto, 2013, disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182013000200007.

¹⁵ Salmorán Villar, María de Guadalupe, “Populismo: una ideología antidemocrática”, *Teoría política*, Italia, núm. 7, Annali VII, 2017, pp. 128-154, disponible en: <https://journals.openedition.org/tp/533>.

Al respecto, Esquivel y Malimacci notan que dicho populismo no puede entenderse sin considerar el papel que la religión ha jugado en la religión, puesto que no sería otra cosa que una versión contemporánea del imaginario carismático de tipo católico construido a lo largo de la historia.¹⁶ De esta manera, estos autores hacen hincapié en la importancia de la utilización de los símbolos religiosos en la discursiva de algunos líderes en América Latina, en particular, los temas del sacrificio, esperanza, recompensa, redención y salvación, aspectos que aparecen con fuerza en algunos de los pronunciamientos de los dirigentes latinoamericanos respecto a la pandemia. En el imaginario populista latinoamericano, la feligresía se confunde con el pueblo *vs.* el ateísmo de las élites, y en algunos casos, la intermediación del líder asume rasgos mesiánicos, como se verá a continuación. También, el discurso parece adoptar cada vez más los códigos de la cultura evangélica, en una región en la que ahora uno de cada cinco persona pertenece a una iglesia no católica. Asimismo, la idea de un Dios activo en el mundo, las prácticas mágico-religiosas, la continua acción sanadora de Jesús, la intercesión y el milagro como experiencia cotidiana permea cada vez más la cultura política.¹⁷

Existen, por lo tanto, las condiciones preexistentes a la adopción de un lenguaje religioso por parte de los dirigentes en el contexto de la pandemia. Lejos de generar una ruptura con esta tradición, la crisis exacerba los patrones estructurales prevalecientes de la relación entre gobernantes y gobernados. Al respecto, Paul B. Preciado, en su ensayo “Aprendiendo del virus”,¹⁸ nota que la pandemia actúa a nuestra imagen y semejanza, no hace más que replicar, materializar, intensificar las formas dominantes de gestión de la biopolítica. En otras palabras, el virus no produce una nueva realidad, sino que pone en evidencia los resortes del poder y de la obediencia, las dinámicas sociales y las fragilidades y fracturas de las sociedades. El examen de las narrativas activadas en las primeras semanas de la crisis sanitaria en las primeras semanas de pandemia parece confirmar esta línea de análisis:

¹⁶ Esquivel, Juan Cruz y Mallimaci, Fortunato, “Políticas y religiones en América Latina y el Caribe: recomposiciones históricas, epistemológicas y conceptuales”, *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras*, vol. 23, núm. 2, Bucaramanga, julio-diciembre de 2018, disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-20662018000200013.

¹⁷ Sobre este tema, véase la obra colectiva Pérez Guadalupe, José Luis y Grundberger, Sebastian (ed.), *Evangélicos y Poder en América Latina*, Instituto de Estudios Social Cristianos/Konrad Adenauer Stiftung, 2018, disponible en: <https://cpalsocial.org/documentos/926.pdf>.

¹⁸ Preciado, Paul B., “Aprendiendo del virus”, *El País*, 27 marzo 2020, disponible en: https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html, consultado el 16 de agosto de 2020.

la exacerbación de un discurso religioso y populista ante la fragilidad de las instituciones estatales para hacer frente a la crisis sanitaria.

III. RELIGIÓN, DISCURSOS Y CULTURA POLÍTICA EN AMÉRICA LATINA EN TIEMPOS DE COVID-19

El discurso político se entiende como medio de acción y de intervención política. No solamente transmite información, sino que construye y modifica las relaciones de los individuos en el mundo social. Permite hacer hincapié en contexto en el cual surge, y encontrar claves para entender la realidad mediante la expresión de valores, visiones y representaciones.¹⁹ De acuerdo con van Dijk, el discurso político modifica las formas de pensar la realidad, por lo que debe entenderse desde el concepto de poder y como forma de control social.²⁰ Bourdieu lo expresa en los siguientes términos: “si el trabajo político es, en lo esencial, un trabajo sobre las palabras, es que las palabras contribuyen a formar el mundo social”.²¹

Respecto a la activación desde el poder político del discurso religioso en contexto de pandemia, puede distinguirse dos fenómenos distintos que guardan relaciones entre sí: por un lado, discursos en los cuales los líderes regionales piden, mediante la promoción de oraciones y ayunos, una intervención divina para frenar la propagación del virus; por el otro, una tendencia a la mesianización de algunos líderes regionales, es decir, una sacralización de sus personas con base en la movilización del imaginario religioso.

1. *El llamado a la intervención divina: entre impotencia y control social*

A finales del mes de abril de 2020, la presidente interina del Estado Plurinacional de Bolivia, Jeanine Áñez, convocó a los bolivianos a observar un día de oración y ayuno en familia, asegurando que “para Dios nada es imposible”.²² Se organizaron sobrevuelos de bendición religiosa en diferen-

¹⁹ Gutiérrez, Silvia, *Discursos políticos y argumentación*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2006, disponible en: http://web.uchile.cl/facultades/filosofia/Editorial/libros/discurso_cambio/72Gutie.pdf.

²⁰ Van Dijk, Teun, *Sociedad y discurso*, Barcelona, Gedisa, 2011.

²¹ Bourdieu, Pierre, “El discurso es resultado de la reunión entre un habitus lingüístico y el mercado”, *Liberation*, 19 de octubre de 1982, disponible en: http://www.periodismo.undav.edu.ar/asignatura_lic/cs215_radio_2/material/que_significa_hablar-pierre_bourdieu.pdf.

²² EFE, “Presidente de Bolivia pide jornada de «ayuno y oración» para vencer pandemia”, *Milenio*, 27 de abril de 2020, disponible en: <https://www.milenio.com/internacional/>

tes ciudades del país desde el helicóptero presidencial, a la vez que patrullaron camionetas de la policía portando imágenes religiosas de yeso.²³ De acuerdo con el artículo 4o. de su constitución, Bolivia es un Estado laico, al ser el Estado independiente de la religión.²⁴ Estos hechos generaron una ola de críticas, con el posicionamiento, en las redes sociales, de las etiquetas #NiAyunoNiOración y #EstadoLaico.²⁵

En Guatemala, el presidente Alejandro Giammattei, ubicado a la derecha conservadora del espectro político, convocó y declaró un “sábado de ayuno y oración nacional” para pedirle a Dios que libere a Guatemala de la COVID-19, cerrando sistemáticamente su espacio informativo sobre la pandemia con la expresión “Qué Dios bendiga a Guatemala”.²⁶ En el vecino Honduras, el controvertido presidente Juan Orlando Hernández (derecha) llamó a los hondureños, en vivo en la televisión nacional y desde su página de Facebook, a ayunar y rezar durante el “Gran día de oración para la salud y la unidad del pueblo hondureño”.²⁷ Durante el mes mayo, en El Salvador, el joven y pragmático presidente Nayib Bukele impulsó la publicación, en el *Diario Oficial*, de un día nacional de oración “Para que Dios sane nuestra tierra y nos permita vencer a la pandemia que está golpeando el mundo entero”. Preciso que la participación a dicho evento era de cumplimiento voluntario —“como toda verdadera oración”—, que era legal y con vigencia en todo el territorio nacional.²⁸ Ya en marzo había llamado a

latinoamerica/coronavirus-presidenta-bolivia-pide-jornada-ayuno-oracion, consultado el 14 de agosto de 2020.

²³ AFP, “Bolivia pide ayuda a Dios para vencer a Covid-19”, *El Economista*, 28 de abril de 2020, disponible en: <https://www.economista.com.mx/internacionales/Bolivia-pide-apoyo-a-Dios-para-vencer-a-Covid-19-20200428-0156.html>, consultado el 14 de agosto de 2020.

²⁴ “Artículo 4o. El Estado respeta y garantiza la libertad de religión y de creencias espirituales, de acuerdo con sus cosmovisiones. El Estado es independiente de la religión”. Constitución Política del Estado, disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Constitucion_Bolivia.pdf, consultado el 14 de agosto de 2020.

²⁵ AFP, “Bolivia pide ayuda a Dios...”, *op. cit.*

²⁶ López, Esvin, “¿Cómo se hace el ayuno? ¿Qué significa? ¿Cuál es su propósito?”, *Publineews.gt*, 21 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.publineews.gt/gt/noticias/2020/03/21/ayuno-iglesias-guatemala-21-marzo-2020.html>, consultado el 21 de agosto de 2020.

²⁷ Orlando Hernández, Juan, “#EnVivo: Gran Jornada de Oración por la Salud y la Unidad del Pueblo Hondureño. De la mano de Dios, ¡vamos a salir adelante!”, *Facebook*, 17 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.facebook.com/124300620957187/videos/199347784683431/>, consultado el 21 de agosto de 2020.

²⁸ Europa Press, “El presidente de El Salvador decreta un día nacional de oración en el que pedir ayuda a Dios para vencer al coronavirus”, *Notimérica*, 22 de mayo de 2020, disponible en: <https://www.notimerica.com/sociedad/noticia-presidente-salvador-decreta-dia-nacional-oracion-pedir-ayuda-dios-vencer-coronavirus-20200522200218.html>, consultado el 14 de agosto de 2020.

los creyentes a rezar por el país, explicando saber que el país es laico, pero que “habemos muchos creyentes”.²⁹

En Nicaragua, la vicepresidenta Rosario Murillo, esposa del mandatario Daniel Ortega, utilizó los canales de comunicación del gobierno para convocar a la población a una serie de eventos masivos titulados “Amor en tiempos del COVID-19”, para comunicar sobre los gestos de protección ante la pandemia. Justificó la iniciativa explicando que “Vamos a caminar con la fuerza de la fe y la esperanza en todo el país, en oración permanente y solidaridad con todos los pueblos, familias y hermanos en el mundo afectados por el coronavirus”. Las imágenes de las marchas multitudinarias fueron retomadas por los medios de comunicación de la región y del mundo.³⁰

En 25 de marzo, en Colombia, el presidente Duque (Partido Nacional, derecha), da inicio a los primeros diecinueve días de cuarentena obligatoria, pidió a cada hogar y a cada colombiano, de acuerdo con sus creencias, llevar al país en sus oraciones o pensamientos, destacando la importancia, para el país, de la Virgen del Rosario de Chiquinquirá y el Sagrado Corazón de Jesús.³¹ Tras una serie de mensajes religiosos publicados por el presidente desde su cuenta personal de Twitter, un ciudadano interpuso un recurso ante las autoridades judiciales contra uno de ellos, al considerarlo discriminatorio. El Tribunal Superior de Cali pidió al mandatario “abstenerse de realizar este tipo de alegorías a cultos en particular, desde las redes sociales”, señalando que

Para esta corporación el mensaje emitido por el Presidente no cumple con los mínimos de justificación y razonabilidad, por ser un claro discurso en materia religiosa cuya divulgación es prohibida, pues implica el desconocimiento del derecho de libertad de culto, y el deber de neutralidad del Estado, y en consecuencia, es vulneratorio del principio de laicidad del Estado.³²

²⁹ Elsalvadorgram, “Bukele llama a los «creyentes» a orar por el país: «Pidamos a Dios que nos ayude a afrontar este problema», *elsalvadorgram*, 15 de marzo de 2020, disponible en: <https://elsalvadorgram.com/2020/03/bukele-llama-a-los-creyentes-a-orar-por-el-pais-pidamos-a-dios-que-nos-ayude-a-afrontar-este-problema/>, consultado el 14 de agosto de 2020.

³⁰ EFE, “El gobierno de Nicaragua desafía al coronavirus con una marcha multitudinaria”, *Agencia EFE*, 15 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.efo.com/efe/espana/sociedad/el-gobierno-de-nicaragua-desafia-al-coronavirus-con-una-marcha-multitudinaria/10004-4196161>, consultado el 14 de agosto de 2020.

³¹ Cantillo, Jorge, “Ivan Duque pidió encomendarse al Sagrado Corazón y a la Virgen de Chiquinquirá durante la cuarentena de Colombia por el coronavirus”, *Infobae*, 25 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2020/03/25/ivan-duque-pidio-encomendarse-al-sagrado-corazon-y-a-la-virgen-de-chiquinquira-durante-la-cuarentena-de-colombia-por-el-coronavirus/>, consultado el 15 de agosto de 2020.

³² Infobae, “Iván Duque escribió un tuit sobre la Virgen y la justicia le ordenó borrarlo”, *Infobae*, 27 de julio de 2020, disponible en: <https://www.infobae.com/america/colom->

Desde luego, uno de los casos más emblemáticos es el Brasil de Bolsonaro (ultraderecha), tanto por la amplitud de la crisis sanitaria que vive el país, como por la utilización sistemática de la religión en el contexto de la pandemia. El mandatario, famoso por sus declaraciones polémicas, describió en un primer tiempo la enfermedad como una *gripezinha* (gripita) e incluso como una invención de los medios dominados por la izquierda global.³³ Aún a falta de evidencia científica, defendió a ultranza la utilización de la hidroxiclороquina como tratamiento eficaz contra la COVID-19, apoyado en ello por sus aliados evangélicos, los cuales han promocionado una receta que mezcla dicho fármaco con semillas de frijol, invocaciones a Jesús y oraciones colectivas.³⁴

Incluso en el muy laico Uruguay, el presidente Luis Alberto Lacalle Pou participó a una “Oración interreligiosa por la Patria” en la Catedral de Montevideo, y declaró que, si bien el Estado es laico, no es laicista, por lo que “Todas las iniciativas a favor de la nación y del país son bienvenidas, las religiosas, las laicas, todas”.³⁵ México, otro referente de Estado laico en la región, no se quedó atrás. El presidente de la República, que se presenta a la vez como el heredero de la tradición juarista y de la doctrina cristiana, presumió en una conferencia matutina durante el mes de marzo, sus escudos protectores: un escapulario del Sagrado Corazón de Jesús, un trébol y un billete de dos dólares. Expresó: “Detente enemigo, que el Corazón de Jesús está conmigo. Pero no hay siquiera enemigos, son adversarios. Yo no tengo enemigos ni quiero tenerlos. El escudo protector es como el detente, es la honestidad, eso es lo que protege: no permitir la corrupción”.

En una misma veta, y retomando la crisis sanitaria al servicio de su proyecto de moralización del país, señaló un par de meses después que “estar

bia/2020/07/27/ivan-duque-escribio-un-tuit-sobre-la-virgen-y-la-justicia-le-ordeno-a-borrarlo/, consultado el 14 de agosto de 2020.

³³ Redacción, “Bolsonaro da positivo por coronavirus: 8 polémicas frases con las que el presidente de Brasil minimizó el impacto del covid-19 antes de contagiarse”, *BBC News Mundo*, 7 julio 2020, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53313893>, consultado el 10 de agosto de 2020.

³⁴ Arias, Juan, “La receta medieval contra el coronavirus que mezcla a Jesús, cloroquina, semillas milagrosas, ayunos y oraciones”, *El País*, 21 de mayo de 2020, disponible en: <https://elpais.com/opinion/2020-05-21/la-receta-medieval-contr-a-el-coronavirus-que-mezcla-a-jesus-cloroquina-semillas-milagrosas-ayunos-y-oraciones.html>, consultado el 14 de agosto de 2020.

³⁵ Uruguay Presidencia, “Presidente Luis Lacalle participó en la «Oración interreligiosa por la patria» en la Catedral de Montevideo”, *Uruguay Presidencia*, 2 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/presidente-lacalle-pou-catedral-montevideo-sturla-oracion-interreligiosa>, consultado el 13 de agosto de 2020.

bien con nuestra conciencia, no mentir, no robar, no traicionar, eso ayuda mucho para que no dé el coronavirus”.³⁶ Estas declaraciones causaron revuelo en el país, al considerarse incompatibles con el régimen laico e irresponsables en contexto pandémico.³⁷

Como lo expresó el tribunal colombiano, las referencias a la religión por parte de los mandatarios parecen en abierta contradicción con el consenso laico constitucional que prevalece en la religión, y que implica una autonomía efectiva entre potestades civil y religiosa, teniendo como consecuencia la exclusión de los sectores de la población que no comparten las posturas religiosas de sus representantes. También, la recopilación de estos ejemplos permite identificar algunos elementos que no dejan de ser significados en el contexto de la pandemia:

- i. Llama la atención, en primer lugar, la irrupción de un discurso que se mueve entre magia y religión. Mientras la primera se presenta como un conjunto de actos orientados a la consecución de fines determinados y el control sobre la naturaleza, la segunda constituye una rutinización o institucionalización de las creencias y prácticas, en el marco habitual de los oficios culturales.³⁸ Asimismo, la organización de jornadas de oración y ayunos colectivos desbordan del marco institucionalizado de la religión y buscan actuar de manera sobrenatural y instrumentalizar el deseo, algo que aparece con fuerza con la ostensión de grisgrís protectores por parte del presidente mexicano y que rompe claramente con la racionalidad y responsabilidad que ha de ostentar el liderazgo político.
- ii. Es difícil no percibir en estos llamados a la oración y el ayuno una forma de expiación colectiva, que difunde entre la población un sentimiento difuso de culpa y responsabilidad colectiva ante lo que puede aparecer como un castigo divino. Lo anterior tiene como consecuencia una disolución de la responsabilidad de los gobernantes, que

³⁶ Redacción, “No mentir, no robar y no traicionar ayuda mucho para que no dé el coronavirus”: AMLO”, *Animal Político*, 4 de junio de 2020, disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2020/06/amlo-no-mentir-robar-traicionar-ayuda-contracovid/>, consultado el 10 de agosto de 2020.

³⁷ Véase, por ejemplo, Blancarte, Roberto, “Un decálogo inmoral”, *Milenio*, 16 abril 2020, disponible en: <https://www.milenio.com/opinion/roberto-blancarte/perdon-pero/un-decalogo-inmoral>, consultado el 11 de agosto de 2020.

³⁸ Gutiérrez-Martínez, Daniel, “Max Weber: las relaciones sociológicas con el pluralismo cultural”, *Estudios Sociológicos*, núm. 72, vol. XXIV, septiembre-diciembre, 2006, p. 713, disponible en: [file:///Users/pcapde/Downloads/Dialnet-MaxWeber-6164246%20\(1\).pdf](file:///Users/pcapde/Downloads/Dialnet-MaxWeber-6164246%20(1).pdf).

entregan el destino de la nación entre las manos de Dios y se deslizan de rendir cuenta respecto a la gestión de la pandemia. La religión es utilizada a fines instrumentales para fortalecer la unión nacional y desalentar la crítica, presentada como factor de división.

- iii. Algunos observadores han externado en medios de comunicación³⁹ que el llamado a los cielos por parte de algunos dirigentes latinoamericanos ha de leerse como una confesión de impotencia de los Estados en el manejo de la crisis sanitaria, en el marco de escenarios nacionales calamitosos, caracterizados por sistemas de salud insuficientes e ineficientes. Al respecto, el especialista mexicano en religiones, Bernardo Barranco, apuntó en *La Jornada*:

Pienso que la región latinoamericana está rebasada con un aparato de salud abandonado. Hay incapacidad de los estados para dar respuestas ante la crisis. Recurren al pensamiento mágico como consuelo ante la incapacidad de atender la urgencia sanitaria. Los gobiernos utilizan el universo simbólico de lo religioso como recurso manipulador apelando la resistencia cultural de la población pobre, excluida de los servicios inexistentes del Estado.⁴⁰

- iv. Como ya se mencionó, la activación de la narrativa religiosa desde el Estado vulnera el principio de laicidad, el cual es sacrificado en beneficio de los sentimientos religiosos de la población y del discurso de la fe, esperanza y redención en tiempo de crisis. En algunos países formalmente laicos, como Uruguay y Ecuador, los presidentes expresaron que ante la situación no podían excluirse ningún tipo de ayuda, incluso la religiosa, dando paso a una especie de excepcionalidad religiosa en contextos políticos seculares.

2. *La mesianización de los liderazgos regionales*

De forma paralela a la exacerbación del discurso religioso en la esfera política, asistimos también a la consolidación de procesos políticos carismáticos. En su clásico ensayo “La política como vocación” (1919) Max Weber

³⁹ Véase, por ejemplo, EFE, “La fe contra el virus, la otra receta latinoamericana frente a la pandemia”, *Agencia EFE*, Bogotá, 28 de abril de 2020, disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-fe-contra-el-virus-otra-receta-latinoamericana-frente-a-pandemia/20000013-4233497>, consultado el 20 de agosto de 2020.

⁴⁰ Barranco, Bernardo, “Jefes de Estado recurren a Dios para enfrentar el Covid-19”, *La Jornada*, México, 10 de junio de 2020, disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/06/10/opinion/018a2pol>, consultado el 14 de agosto de 2020.

identifica tres tipos de legitimidad política: la legitimidad tradicional, del “eterno ayer”; la del carisma, basada en la autoridad de la gracia, y finalmente la racional-legal, característica de los Estados modernos.⁴¹ Respecto a la segunda, hace énfasis en sus relaciones con lo religioso, al acercar la figura del profeta con los grandes demagogos, los gobernantes plebiscitarios y los jefes de los partidos políticos. La crisis de la COVID-19 hizo más estridente este fenómeno en México y Brasil, donde los presidentes Andrés Manuel López Obrador y Jair Bolsonaro aprovecharon la coyuntura para fortalecer el carácter mesiánico de sus liderazgos.

En México, la estrategia del presidente ha sido minimizar la situación sanitaria y negarse a modificar las condiciones normales del ejercicio del poder. En estas circunstancias, su negativa a usar cubrebocas y a someterse a detección de temperatura corporal no es fortuita, puesto se puede leer a la vez como oposición a cualquier símbolo que enfatice la gravedad de la crisis y como consolidación de su imagen de líder inmune al virus, debido a su fortaleza moral. A mediados del mes de junio, presentó a la ciudadanía un “Decálogo para salir del coronavirus y enfrentar la nueva realidad”, documento en el cual recomienda a la población actuar con optimismo, dar la espalda al egoísmo y al individualismo, no dejarse envolver por lo material, alimentarse bien, eliminar las actitudes racistas, clasistas, sexistas y discriminatorias, y *last but not least*:

10. Tengas o no una religión, seas creyente o no, busca un camino de espiritualidad, un ideal, una utopía, un sueño, un propósito en la vida, algo que te fortalezca en lo interno, en tu autoestima, y que te mantenga activo, entusiasmado, alegre, luchando, trabajando y amando a los seres queridos, al prójimo, a la naturaleza y a la patria.⁴²

Retomando las categorías weberianas, la narrativa del presidente desplaza los fundamentos racional-institucionales del poder político, para reforzar un liderazgo de tipo carismático, basado en los dotes excepcionales del líder, designado como el Elegido. Una línea que se hace evidente desde su campaña presidencial en 2018, y que se ha reforzado en el contexto pandémico.

⁴¹ Weber, Max, *La política como vocación*, 1919, disponible en: <http://www.copmadrid.es/web-copm/recursos/pol1.pdf>.

⁴² “El Decálogo para salir del coronavirus y enfrentar la nueva realidad”, fechado del 12 de julio de 2020, está disponible en el sitio de la Presidencia de la República, en el siguiente vínculo: <https://presidente.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/Deca%CC%81logo-para-salir-del-coronavirus-y-enfrentar-la-nueva-realidad.pdf>, consultado el 13 de agosto de 2020.

El caso de Jair Bolsonaro es también ilustrativo de este fenómeno. Tras minimizar también el virus en las primeras semanas de la pandemia, y afirmar que “el brasileño no se contagia”,⁴³ el presidente multiplicó las alusiones religiosas en sus mensajes públicos, siempre respaldado por sus aliados evangélicos. Una de las declaraciones más controversiales y emblemáticas de su gestión de la crisis ha sido la siguiente. Interrogado por periodistas respecto al incremento de fallecidos en el país a finales del mes de abril, el presidente contestó: “Lo lamento. ¿Qué quieres que haga? [...] Soy Mesías, pero no hago milagros”, refiriéndose a su segundo nombre, Messias.⁴⁴ En una misma línea discursiva, e insistiendo en la necesidad de mantener activa la economía del país, señaló: “Tenemos que trabajar. Hay muertes, pero eso depende de Dios, no podemos parar”.⁴⁵ Tras la destitución de dos ministros de salud por divergencias respecto a la gestión de la pandemia,⁴⁶ el presidente nombró en junio de 2020 a un militar, alejando definitivamente los enfoques científicos de la gestión de la pandemia, en aras de un manejo autoritario de la misma.⁴⁷

Tanto en México como en Brasil, el proceso mesianización de los estilos de gobernabilidad es palpable. En ambos casos, destacan las posturas que minimizaron la pandemia, desmeritaron el discurso científico y ostentan al líder como inmune a la pandemia.⁴⁸ Ambos mandatarios fueron reacios a

⁴³ Europa Press, “Bolsonaro dijo que el brasileño «no se contagia» de coronavirus porque «bucea en alcantarillas y no le pasa nada»”, Infobae, América Latina, 26 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/03/27/bolsonaro-dijo-que-el-brasileno-no-se-contagia-de-coronavirus-porque-bucea-en-alcantarillas-y-no-le-pasa-nada/>, consultado el 14 de agosto de 2020.

⁴⁴ Alessi, Gil y Rossi, Marina, “Brasil registra su mayor número de muertos en un día y Bolsonaro reta: «¿Y qué?»”, *El País*, Sociedad, 29 de abril de 2020, disponible en: https://elpais.com/sociedad/2020-04-29/brasil-registra-su-mayor-numero-de-muertos-en-un-dia-y-bolsonaro-reta-y-que.html?utm_source=Facebook&utm_medium=social&utm_campaign=FB_CM#Echobox=1588149808, consultado el 14 de agosto de 2020.

⁴⁵ Reuters, “«Hay muertes, pero eso depende de Dios, no podemos parar»: Bolsonaro”, *La Jornada*, 29 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/03/29/de-visita-en-mercado-bolsonaro-dice-que-201cbrasil-no-puede-parar201d-3662.html>, consultado el 17 de agosto de 2020.

⁴⁶ Galarraga Cortázar, Naiara, “Bolsonaro destituye a ministro de salud en plena crisis del coronavirus”, *El País*, 16 abril 2020, disponible en: <https://elpais.com/internacional/2020-04-16/el-ministro-de-salud-de-brasil-afirma-que-el-presidente-bolsonaro-lo-ha-destituido.html>, consultado el 14 agosto 2020.

⁴⁷ Jucá, Beatriz, “Bolsonaro militariza la sanidad y desplaza a los técnicos de la gestión de la pandemia”, *El País*, 14 de julio de 2020, disponible en: <https://elpais.com/internacional/2020-07-14/bolsonaro-militariza-la-sanidad-y-desplaza-a-los-tecnicos-de-la-gestion-de-la-pandemia.html>, consultado el 17 de agosto de 2020.

⁴⁸ Al respecto, es altamente probable que el liderazgo Bolsonaro salga fortalecido tras su contagio y recuperación de la COVID-19.

limitar sus apariciones públicas, incluso en eventos multitudinarios, ingrediente útil a su estilo de gobierno. En ambos casos también, las referencias a la espiritualidad, la protección y la curación son evidentes.

Ahora bien, si en un primer momento la cuestión de las cuarentenas obligatorias fue colocada el centro del debate político y de la polarización entre diferentes estilos de gobierno, la discusión se desplazó, a la hora en que escribimos estas líneas, a la cuestión de la utilización de los cubrebocas como medida preventiva del SARS-CoV-2. Como mencionamos, el presidente López Obrador, a contracorriente del consenso científico internacional prevaleciente, se ha mostrado renuente a utilizar cubrebocas, al considerar que mantener la sana distancia era suficiente. A finales de julio, señaló que no existía evidencia científica que su uso disminuyera los contagios.⁴⁹ Unos días después, reaccionando a la presentación de un amparo por parte del Partido Acción Nacional para obligarlo a utilizar dicho dispositivo, expresó que lo usará cuando no haya corrupción, “para que ya no hable”.⁵⁰ En Brasil, el presidente también ha despreciado en varias ocasiones la utilización de mascarillas, llegando a declarar que “es cosa de gays”.⁵¹ Asimismo, vetó parte de una ley sobre el uso de cubrebocas que determinaba su obligatoriedad en lugares cerrados, tales como establecimientos comerciales e industriales, templos y centros de enseñanza, censurando también su distribución gratuita para las poblaciones más vulnerables.⁵² Durante el mes de junio, un juez federal dictaminó que el gobernante tenía que usar una mascarilla en sus apariciones en público, sin embargo, dicha sentencia fue anulada en segunda instancia, al considerar que la decisión era innecesaria, dado que su uso ya era obligatorio.⁵³ Cabe mencionar que en la prensa

⁴⁹ Redacción, “Si uso de cubrebocas ayudara, entonces lo utilizaría, pero no está científicamente demostrado: AMLO”, *El Financiero*, 24 de julio de 2020, disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/si-uso-de-cubrebocas-ayudara-entonces-lo-usaria-pero-no-esta-cientificamente-demostrado-amlo>, consultado el 13 de agosto de 2020.

⁵⁰ HM, “Me pondré un cubrebocas cuando no haya corrupción: AMLO”, *El Universal*, 31 de julio de 2020, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/amlo-me-pondre-cubrebocas-cuando-no-haya-corrupcion>, consultado el 14 de agosto de 2020.

⁵¹ La Razón Online, “Usar cubrebocas «es cosas de gays»: Bolsonaro”, *La Razón*, 9 de julio de 2020, disponible en: <https://www.razon.com.mx/mundo/usar-cubrebocas-es-cosa-de-gays-bolsonaro-396960>, consultado el 14 de agosto de 2020.

⁵² EFE, “Jair Bolsonaro veta el uso obligatorio de mascarillas en los comercios, templos y escuelas de Brasil”, *El Mundo*, 3 de julio de 2020, disponible en: <https://www.elmundo.es/internacional/2020/07/03/5eff4e4efdddff95818b4751.html>, consultado el 14 de agosto de 2020.

⁵³ AFP, “Juez anula fallo que obligaba a Bolsonaro a usar cubrebocas”, *Informador.mx*, 30 de junio de 2020, disponible en: <https://www.informador.mx/internacional/juez-anula-fallo-que-obligaba-a-Bolsonaro-a-usar-cubrebocas-20200630-0139.html>, consultado el 20 de agosto de 2020.

se hizo eco de diferentes apariciones del mandatario contagiado de COVID-19 sin el uso requerido de la mascarilla, especialmente, con motivo del anuncio de su infección ante los medios de comunicación.⁵⁴ Así las cosas, aparece claramente que el uso del cubrebocas se ha politizado. Al respecto, Diego Fonseca nota que:

Trump, AMLO, Bolsonaro, Johnson, entre otros, son líderes mesiánicos que se vanaglorian de ir a contracorriente. Son personalistas mágicos: la realidad debe ajustarse a su deseo, y su deseo a menudo dista de ser razonable. Tienen visiones invariables del mundo, se han educado en la oposición permanente, hijos de una comprensión del poder vetusta, donde el jefe no puede ser vulnerable. Para un macho, protegerse es de blandengues.⁵⁵

En los inicios de la crisis sanitaria, Júlia Aslina subrayaba la escenificación de las posturas negacionistas de Andrés Manuel López Obrador y Bolsonaro, traducidas en baños de masas, besos y abrazos como aspectos claves de una comunicación que se apoya en el campo de las emociones.⁵⁶ Sin lugar a duda, el rechazo a utilizar el cubrebocas se inscribe en un mismo registro narrativo, el cual insiste en el líder salvador, que *da la cara* a pesar de los peligros y de los adversarios políticos.

IV. BIOÉTICA, CIENCIA Y CULTURA LAICA EN AMÉRICA LATINA EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Ciencia y religión no necesariamente entran en conflicto en el marco de la contingencia sanitaria generada por la COVID-19. Para los creyentes, el elemento religioso resulta sin duda fundamental para encarar la incertidumbre y la pérdida de seres queridos. Por otro lado, la religión no necesariamente

⁵⁴ Infobae, “Sin mascarilla ni distancia social: las imágenes que muestran como Jair Bolsonaro minimizó los riesgos del coronavirus”, *Infobae*, 13 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.infobae.com/america/fotos/2020/07/07/sin-mascarilla-ni-distancia-social-las-imagenes-que-muestran-como-jair-bolsonaro-minimizo-los-riesgos-del-coronavirus/>, consultado el 14 de agosto de 2020.

⁵⁵ Fonseca, Diego, “Tápense la boca”, *The New York Times*, Opinión, 6 de agosto de 2020, disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2020/08/06/espanol/opinion/cubrebocas-guerra-cultural.html>, consultado el 10 de agosto de 2020.

⁵⁶ Alsina, Júlia, “Bolsonaro, Trump, AMLO y Johnson, el liderazgo negligente”, en Gutiérrez-Rubí, Antoni y Pont Sorribes, Carles (coords.), *Comunicación política en tiempos de coronavirus*, Barcelona, Cátedra Ideograma-UPF de Comunicación Política y Democracia, 2020, p. 64, disponible en: <https://www.upf.edu/documents/220602201/233560922/Definitiu+Comunicaci%C3%B3n+Coronavirus/1c1d3def-34ae-f65d-0019-ef40c936b0e3>.

se enfrenta a la ciencia, sino que en muchos casos se presenta como un vector de racionalidad, como lo atestigua el protagonismo de las instituciones religiosas, las cuales, en su gran mayoría, acataron las medidas de suspensión del culto, y llamaron a la feligresía a quedarse en casa y a participar en las ceremonias religiosas vía remota.

La cuestión ha de centrarse, más bien, en la movilización de una bioética laica como eje de gobierno para frenar los contagios y la mortalidad asociada con el SARS-CoV-2. La bioética se presenta como un discurso que moviliza las aportaciones de diferentes disciplinas, tal como las ciencias de la vida, la medicina, la filosofía, el derecho, la sociología, etcétera, para reflexionar en torno a la conducta humana y sus repercusiones en su entorno. Sus aportaciones resultan fundamentales en un contexto de pandemia, especialmente, desde su vertiente social,⁵⁷ al impulsar una reflexión en torno a los aspectos colectivos de la enfermedad y al replantear las responsabilidades del Estado, de las personas y de la sociedad en general frente a una problemática que rebasa por mucho los aspectos individuales de la enfermedad.

Frente a la utilización instrumental de la religión por parte de los líderes latinoamericanos, el enfoque en el carácter laico de la bioética es fundamental, al permitir (re)centrar el debate en torno al protagonismo que debe asumir el aparato del Estado respecto a la crisis sanitaria, a partir de la evidencia científica, y desde una perspectiva de salud pública y de derechos humanos. Al respecto, la bioética laica no busca invisibilizar lo religioso o negar su relevancia para los creyentes, sino simplemente considera que los actos de fe corresponden a la esfera privada de las personas y que no pueden constituir el eje de las políticas públicas o de los discursos políticos.⁵⁸ De esta manera, la bioética ha de ser autónoma de las consideraciones religiosas y dogmáticas en general, para poder cumplir con su objetivo que consiste en buscar los elementos de un conocimiento certero basado en el método científico y aportar soluciones aceptables para todos, más allá de las adscripciones particulares.⁵⁹ Así las cosas, se presenta como el vector de una política de salud pública inteligible, transparente, consensuada entre diferentes niveles de gobierno y basada en una pedagogía

⁵⁷ Vázquez, Rodolfo, “Bioética y derecho. Retos para una agenda de discusión en México”, s/r, p. 2, disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/noticias/2/docs/2013/2/bioetica_y_derecho.pdf.

⁵⁸ Medina Arellano, María de Jesús, “Laicidad y bioética”, en Arlettaz, Fernando y Capdevielle, Pauline, *Escenarios actuales de la laicidad en América Latina*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2019, p. 198.

⁵⁹ *Idem*.

científica. Ello no es evidente en un mundo caracterizado por el incremento de los discursos donde la creencia está colocada a un mismo nivel que la evidencia.⁶⁰ En este mundo que algunos califican de postverdad, cualquier opinión, sea o no respaldada por hechos, vale lo mismo que cualquier otra.

El movimiento anticubrebocas es un buen ejemplo de ello. Su rechazo no se limita a los líderes políticos. En diferentes partes del globo, con especial éxito en Estados Unidos y en algunos países de Europa, han surgido grupos organizados que resisten a su obligatoriedad. Si bien los perfiles de los inconformes son diferentes, es posible encontrar ciertas continuidades entre diferentes líneas argumentativas. En primer lugar, no es infrecuente el recurso a teorías conspiracionistas, en particular el tema del control social y la imagen del cubrebocas como mordaza o bozal. Otra veta argumentativa, a veces combinada con la anterior, es la ineficacia e incluso la peligrosidad de las mascarillas, las cuales causarían una falta de oxigenación y un riesgo de hipoxia. También ha aparecido con fuerza, especialmente en Estados Unidos, la temática de la libertad individual, frente a lo que se percibe con colectivismo estatal, e incluso comunismo. Finalmente, la retórica religiosa también ha sido utilizada al considerar que la protección divina hace innecesario dicho dispositivo preventivo, pero también, como en el caso de algunos residentes de Florida, al argumentar que las autoridades quieren “malograr el magnífico sistema respiratorio de Dios”.⁶¹ Un video que circula en las redes sociales, y que muestra la audición de algunos habitantes de dicho estado en el marco de una audiencia de revocación de una decisión de obligatoriedad del cubrebocas, ofrece una buena muestra de los diferentes argumentos utilizados.⁶²

Ante este escenario, urge también una mayor difusión de una cultura laica y bioética entre la población. La idea de cultura laica es una expresión atinada por Diego Valadés, que hace referencia a una ciudadanía respetuosa del pluralismo tanto religioso, como filosófico o ético, pero también al desarrollo de un pensamiento crítico y científico. Al respecto, es patente la grave crisis de fe en la ciencia en América Latina y en el mundo, con un escepticismo cada vez más extendido y el éxito de las teorías conspiracionistas, que mezclan hábilmente realidades y fantasías. México es un buen ejemplo de ello, con una población que se mostró muy escéptica en cuanto

⁶⁰ Alsina, Júlía, *op. cit.*

⁶¹ Véase The Telegraph, “Florida residents reject face masks: ‘They want to throw God’s wonderful breathing system out’”, *YouTube*, 25 de junio de 2020, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=DaFSH0K4BdQ>, consultado el 16 de agosto de 2020.

⁶² *Idem.*

a la existencia misma del virus y reacia a atender las recomendaciones de las autoridades sanitarias. Las agresiones hacia el personal de salud, y la renuencia de la población a llevar a sus enfermos a los centros de la salud pusieron en evidencia la desconfianza hacia la ciencia y las autoridades sanitarias.

Sin lugar a duda, esta situación habla de un fracaso de la educación científica y laica en México, plasmada en el artículo 3o. párr. 2 de la constitución, que enfatiza que “El criterio que orientará a esa educación se basará en los resultados del progreso científico, luchará contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios”. El fortalecimiento de una cultura laica y científica es indispensable para cerrar el paso a conductas peligrosas que prevalecen en algunos lugares de América Latina. Al respecto, uno de los casos más dramático en los últimos meses fue la administración a al menos 5,000 personas en la región amazónica de Perú, de un antiparásito veterinario presentado a la población como cura al virus. La distribución de dicha “vacuna” fue impulsada por un alcalde local y por algunas misiones evangélicas de la región, que vinculan el nuevo coronavirus con el demonio y el fin del mundo, y ofrecieron esas inyecciones “como una salvación”. Algunas de las personas que recibieron la ivermectina veterinaria sufrieron efectos secundarios, en particular, la aceleración del ritmo cardiaco.⁶³ En Nicaragua, un pastor evangélico alentó a la población a salir a rezar por la calle, preguntándose públicamente por qué la gente tiene miedo a morir, ya que si se mueren van al cielo y “¡Es ganancia!”. Recomendó a los fieles el uso de “agua con sal” para prevenir la enfermedad.⁶⁴

V. CONCLUSIONES

Como se ha argumentado en estas páginas, la utilización del discurso religioso por parte de los líderes latinoamericano para responder a la emergencia sanitaria causada por el SARS-CoV-2 surge en el marco de una cultura política regional caracterizada por una fuerte influencia de la religión y del

⁶³ Fowks, Jacqueline, “Un grupo evangélico peruano inyecta un medicamento veterinario a miles de personas para la covid-19”, *El País*, 19 de junio de 2020, disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-06-19/un-grupo-evangelico-peruano-inyecta-un-medicamento-veterinario-a-miles-de-personas.html>, consultado el 14 de agosto de 2020.

⁶⁴ Vázquez, Vladimir, “Evangélicos reabrirán templos pese a pandemia que ha sido fatal para decenas de sus pastores”, *Confidencial*, 13 de julio de 2020, <https://confidencial.com.ni/evangelicos-reabriran-templos-pese-a-pandemia-que-ha-sido-fatal-para-decenas-de-sus-pastores/>, consultado el 15 de agosto de 2020.

populismo como estrategia de gobierno. Sin embargo, no es casual la exacerbación de las narrativas religiosas en el marco de Estados que no supieron, en las primeras semanas de la crisis, responder de manera ordenada e institucional a los desafíos planteados por la pandemia, y que voltearon hacia los cielos en búsqueda de una intervención divina. La movilización de este discurso político permite una dilución de la responsabilidad de los gobernantes, y una evasión de la rendición de cuentas ante el aumento de los contagios, la saturación de los hospitales, y el incremento de muertes. También, el contexto pandémico ha sido utilizado por diferentes mandatarios para fortalecer una legitimidad política de tipo carismática o mesiánica, que encuentra un terreno propicio a su desarrollo en momentos de incertidumbre y de fragilidad institucional.

La utilización instrumental de la religión para fortalecer los liderazgos regionales genera riesgos a nivel sanitario, pues no permite capacitar y empoderar las ciudadanías en la lucha contra el virus. Pero también tiene como posibles peligros el fortalecimiento de los gobiernos personales, el dogmatismo de los dirigentes y la concentración del poder. Habrá que recordar que el principio de laicidad no es un capricho, sino que permite asegurar las condiciones del desarrollo de un pensamiento crítico, científico, que constituye hoy en día nuestra mejor herramienta para frenar la pandemia.

SEMBLANZAS CURRICULARES

ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO

Maestra en Psicología y doctora en Ciencias en el campo de Bioética por la UNAM. Profesora e investigadora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la UNAM. Sus líneas de investigación son la muerte en la práctica médica y dilemas éticos de las decisiones sobre el final de la vida. Es autora de *Práctica y ética de la eutanasia* (FCE), coautora con E. Cerón de *Un adiós en armonía* (Grijalbo) y con I. González y J. Gutiérrez de *Decisiones médicas sobre el final de la vida en pacientes con enfermedad de Alzheimer* (Fontamara). Desde mayo de 2018 publica en *El Semanario Sin Límites* una columna mensual bajo el título Por un mejor final. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores y del Colegio de Bioética. Es consejera de la asociación Por el Derecho a Morir con Dignidad, DMD México y vicepresidente de la World Federation of Right to Die Societies.

GABRIELA ARGUEDAS RAMÍREZ

Es licenciada y doctora en Farmacia, por la Universidad de Costa Rica. Cuenta con una maestría en Bioética, por la Universidad Nacional de Costa Rica y la Universidad de Costa Rica. Egresada del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura, de la Universidad de Costa Rica. Premio 2014 al primer promedio de los doctorados interdisciplinarios de la Universidad de Costa Rica. Directora del Programa de Posgrado en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica. Docente de la Escuela de Filosofía de la Universidad de Costa Rica, desde el año 2010. Profesora de los cursos de ética profesional para ciencias de la salud, introducción a la bioética, ética y educación sexual y seminario de temas feministas.

ROBERTO BLANCARTE

Licenciado en Relaciones Internacionales por El Colegio de México. Maestría en Historia y civilizaciones y Doctorado en Ciencias Sociales por

la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, en París, Francia. Actualmente es profesor-investigador del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México. Es también Investigador Asociado del Grupo Sociedades, Religiones, Laicidades, de la Escuela Práctica de Altos Estudios, en París. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel III), lo ha sido también del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética y de la Junta de Gobierno y la Asamblea Consultiva del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred). Ha sido profesor de diversas materias relacionadas con la historia y la sociología de las religiones en El Colegio de México, El Colegio Mexiquense, la Escuela Práctica de Altos Estudios en París, Dartmouth College y la Universidad Stanford. Ha publicado varios libros, como *Historia de la Iglesia católica en México*, *Entre la fe y el poder, religión y política en México*, *Sexo, religión y democracia*, *Laicidad en México. La construcción de la República laica*. Es autor de docenas de capítulos de libros y artículos en revistas especializadas en las revistas de mayor prestigio en la materia. También es columnista en periódicos de circulación nacional. Actualmente escribe semanalmente para los diarios *Milenio* y *Noroeste*.

RAYMUNDO CANALES DE LA FUENTE

Médico cirujano por la UNAM, especialista en ginecología y obstetricia por la misma universidad, y especialista en medicina perinatal por el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Ha sido profesor de posgrado en ciencias médicas en el INPer. Ha sido médico especialista por más de veinte años en el mismo Instituto, donde ha sido presidente de la Sociedad de Médicos, así como presidente del Comité de Ética en Investigación. Está certificado para formar parte de comités de ética hospitalarios por los National Institutes of Health de EUA. Ha colaborado con la Organización Panamericana de la Salud y ha participado activamente en diversos programas académicos nacionales e internacionales sobre reducción de muerte materna. Es miembro del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Autor de numerosas publicaciones en su área y en bioética. Es columnista del periódico *Excélsior*. Es miembro del Colegio de Bioética.

PAULINE CAPDEVIELLE

Es doctora en Derecho público por la Universidad Aix-Marseille III, en Francia, con estudios posdoctorales en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Entre 2014 y 2018 fue coordinadora de la Cátedra

Extraordinaria “Benito Juárez” de la UNAM sobre laicidad. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I, y es miembro del Colegio de Bioética. Actualmente, se desempeña como investigadora de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Sus líneas de investigación giran en torno al Estado laico, la libertad de conciencia, la objeción de conciencia, y los derechos sexuales y reproductivos.

ARTHUR CAPLAN

Es profesor de bioética, ocupa la cátedra William F. y Virginia Connolly Mitty de la División de Ética Médica de la Facultad de Medicina Grossman de la Universidad de Nueva York, de la que es director fundador. Es miembro del Hastings Center y del consejo asesor del Hastings Center. Es autor y editor de más de 35 libros y más de 750 artículos en revistas revisadas por pares de medicina, ciencia, filosofía, bioética y políticas de salud.

ANDRÉS CASTAÑEDA PRADO

Actualmente coordina la casa de salud y bienestar en Nosotrxs A.C. y profesor titular en la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad La Salle. Médico cirujano por la Universidad La Salle, maestro en Ciencias Sociomédicas con especialización en Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México y maestro en Economía del comportamiento por la Universidad Middlesex en Londres. Ha trabajado como consultor en diversos proyectos relacionados a la salud pública y la administración hospitalaria y como asesor de la Subsecretaría de Promoción y Prevención de Salud en la Secretaría de Salud Federal.

IRENE CÓRDOVA JIMÉNEZ

Es abogada por la Universidad de Guadalajara, maestra en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona y doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Es profesora de tiempo completo, miembro de la Junta Académica de la Maestría en Bioética y presidenta del Comité de Ética de Investigación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Es perfil PRO-DEP. Fue directora jurídica del Consejo Estatal de Trasplantes y secretaria técnica de la Comisión Estatal de Bioética e Investigación, ambos del estado de Jalisco.

JOSÉ RAMÓN COSSÍO DÍAZ

Es doctor por la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid. Maestro en Derecho Constitucional y Ciencia Política en el Centro de Estudios Constitucionales de Madrid y maestro en Derecho por la UNAM. La licenciatura en Derecho la obtuvo en la Universidad de Colima. Fue jefe del Departamento de Derecho del Instituto Tecnológico Autónomo de México. Es autor y coordinador de más de 30 libros. Además, es columnista en los periódicos *El País* y *El Universal*, así como colaborador regular de la revista *Proceso*. Es miembro de integrante el Sistema Nacional de Investigadores como Investigador Nacional, nivel III y miembro de El Colegio Nacional, la Academia Nacional de Medicina, el Fondo Patrimonial en Beneficio de El Colegio de México, entre otras instituciones. Actualmente es ministro en retiro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Es profesor investigador asociado de El Colegio de México, profesor de la Facultad de Derecho de la UNAM, y dirige el Instituto para el Fortalecimiento del Estado de Derecho.

JUAN A. CRUZ PARCERO

Es Investigador en el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM. Es doctor en derecho por la Universidad de Alicante, España. Ha sido profesor del Posgrado de la Facultad de Derecho de la UNAM. Ha realizado estancias de investigación en las universidades de Alicante, Oxford, Torcuato di Tella, Pompeu Fabra y en el Institute for Science, Ethics and Innovation de la Universidad de Manchester. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel III y miembro del Colegio de Bioética. Entre sus libros se encuentran *El concepto de derecho subjetivo* (Fontamara, 1999), *El lenguaje de los derechos* (Trotta, 2007), *Hacia una teoría constitucional de los derechos humanos* (IECEQ, 2017) y con Z. A. Fajardo, *Derechos de personas jurídicas* (IJCNDH-UNAM, 2018).

LUIS ALFONSO DURÁN MONTES

Es médico internista con subespecialidad en neumología, realizó una estancia de perfeccionamiento clínico en fisiología pulmonar y endoscopia respiratoria en el Hospital Clínico de Barcelona. Es maestro en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara, Fue coordinador delegacional de Investigación en Salud 2011-2015 del IMSS de la Delegación

Jalisco y vocal del Comité de Ética de Investigación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud Pública.

AMPARO ESPINOSA RUGARCÍA

Doctora en Desarrollo Humano por la Universidad Iberoamericana, y en Psicoanálisis por el Instituto Mexicano de Psicoanálisis. Maestra en Bioética por la Universidad Católica de Ávila. Es catedrática de Teoría Monetaria y Ética Profesional en la Universidad Iberoamericana. Preside actualmente Por el Derecho a Morir con Dignidad A. C.; Documentación y Estudios de Mujeres, A.C. (DEMAC); Fundación Espinosa Rugarcía y Centro de Estudios Manuel Espinosa Yglesias. Tiene varias publicaciones y ha impartido pláticas en diversas instituciones.

KYLE FERGUSON

Es profesor adjunto en el Departamento de Estudios Ambientales de la Universidad de Nueva York (NYU) y becario postdoctoral en la División de Ética Médica de la Facultad de Medicina Grossman de NYU. Tiene un doctorado en Filosofía de The Graduate Center, City University of New York (CUNY), y un B. A. en Filosofía de Augustana College. Sus proyectos de investigación actuales se encuentran en la ética de las vacunas, la ética de la salud global y la ética de la investigación en el contexto de emergencias de salud pública y en el contexto del desarrollo de estrategias para mitigar y adaptarse al cambio climático. Anteriormente enseñó filosofía en Hunter College y Baruch College, ambos de CUNY, y ética médica en Icahn School of Medicine en Mount Sinai.

LUIS F. FERNÁNDEZ RUIZ

Actualmente es director ejecutivo de Nosotrxx, un movimiento de exigencia colectiva de derechos. Es profesor de la Escuela de Gobierno del Tecnológico de Monterrey y columnista de *Animal Político*. Asimismo, es consultor especializado en el desarrollo de estrategias y políticas públicas que fomenten la participación ciudadana y la inclusión de la ciudadanía en procesos de toma de decisión. Es maestro en Administración y Políticas Públicas por el Centro de Investigación y Docencia Económicas y tiene una licenciatura en Ciencia Política y Relaciones Internacionales por la misma universidad. Fue consejero electoral del Instituto Nacional Electoral en el

Distrito 9 de la Ciudad de México para el proceso de integración de la Asamblea Constituyente y para los procesos electorales de 2012 y 2015.

BERNARDO GARCÍA CAMINO

Doctor en Derecho por la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ). Se ha desempeñado en los ámbitos del litigio y en la administración pública, tanto en gobierno federal como estatal. En 1997 inició como docente universitario, a nivel licenciatura, especialidad, maestría y doctorado, en diversas materias de derecho y de ética, Es profesor de tiempo completo de la Universidad Autónoma de Querétaro. Actualmente imparte clases también en la Universidad Anáhuac en Querétaro y en la Universidad Mondragón; es profesor invitado en la Universidad de Clarkson, en Nueva York. Es integrante de la Unidad de Bioética de la Facultad de Filosofía de la UAQ, y presidente del Comité de Ética de Investigación de la Dirección de Investigación y Posgrado de la UAQ. Tiene dos libros, 18 capítulos de libro, 14 artículos de revista indizadas nacionales e internacionales.

JULIETA GÓMEZ ÁVALOS

Médica por la Universidad Nacional Autónoma de México. Cofundadora y colaboradora del Seminario Permanente de Bioética, UNAM. Miembro del Colegio de Bioética. Durante sus estudios de licenciatura realizó una estancia de investigación en bioética en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM bajo la tutoría de Asunción Álvarez del Río. Coautora con Asunción Álvarez del Río y María Luisa Marván de “Facing Death in Medical Training: A View from Students in Mexico”, *Omega* 80(3) (2017): 340-354. Es compiladora, junto con M. J. Medina Arellano, P. Santillán-Doherty y F. Blancarte Jaber del libro *Ciencia y conciencia. Diálogos y debates sobre derechos humanos: controversias en bioética* (México: Fontamara, 2017). Actualmente, cursa la subespecialidad de Oncología Médica en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE.

ROBERT HALL

Es codirector de la Unidad de Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro. Es doctor en Filosofía y Teología por la Drew University y en Sociología por la Universidad de Pittsburgh, en Estados Unidos. Fue pro-

esor de Sociología y Filosofía en la Universidad Estatal de West Virginia y profesor visitante en universidades de Dayton y Pittsburgh, Oxford, UNAM (como becario Fulbright) y la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha publicado seis libros en inglés, siete en español y varios artículos. Es ciudadano mexicano.

ADALBERTO DE HOYOS BERMEA

Es coordinador académico del Doctorado en Innovación en Ambientes Locales del Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales (CIECAS) y profesor de la Maestría en Bioética de la Escuela Superior de Medicina (ESM), ambos posgrados del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I. Es doctor en filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Sus intereses de investigación están enfocados en temas de bioética, ética de la investigación, así como los estudios sociales sobre la ciencia, la tecnología y la innovación.

ITZIAR DE LECUONA

Doctora por la Universidad de Barcelona (UB), profesora del Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona. Coordinadora del Master de Bioética y Derecho de la UB y Subdirectora del Observatorio de Bioética y Derecho de la UB. Es autora de diversos artículos sobre temas de bioética en revistas especializadas, así como del libro *Los comités de ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: análisis del régimen jurídico español* (Thomson Reuters-Aranzadi, 2011), y coautora (junto con M. Casado, M. Patrão, A Carvalho y J Araújo) de la *Declaración sobre integridad científica en investigación e innovación responsable* (Barcelona-Porto, Edicions de la Universitat de Barcelona, 2016).

JORGE ENRIQUE LINARES SALGADO

Es doctor en filosofía por la UNAM y profesor titular de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Ha sido profesor en dicha facultad desde 1996. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores, nivel III. Es miembro regular de la Academia Mexicana de Ciencias, del Colegio de Bioética, de la Asociación Filosófica de México y de la International Association of Bioethics. Su trabajo de investigación y docencia se concentra en temas de ética de la ciencia y la tecnología, bioética y ética contempo-

ránea. Entre sus más recientes publicaciones destacan *Adiós a la naturaleza, la revolución bioartefactual* (Madrid, Plaza y Valdés, 2019) y la compilación, con E. Arriaga, *Aproximaciones interdisciplinarias a la bioartefactualidad* (México, UNAM, 2016).

FLORENCIA LUNA

Doctora en Filosofía por la Universidad de Buenos Aires. Master of Arts por Columbia University en la ciudad de Nueva York. Investigadora principal del CONICET. Directora del área Ética, Derechos y Bienes Públicos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) desde el 2012 y del Programa Bioética (FLACSO) desde el año 1996 hasta la actualidad. Directora del Centro Colaborativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 2016. Presidenta de la red de Centros Colaborativos de la OMS-OPS (2020-2022). Experta en numerosas ocasiones para la OMS (desde 1998) y la OPS (desde 2016). Presidente de la International Association of Bioethics (IAB) (2003-2005). Fellow de la John Simon Guggenheim Memorial Foundation (2006-2007). Premio Konex en ética (2006). Autora, entre otros, del libro *Reproducción asistida, género y derechos humanos en Latinoamérica* (San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos), *Ensayos de bioética: reflexiones desde el Sur* (México, Fontamara, 2001).

RUTH MACKLIN

Es profesora emérita de bioética en el Albert Einstein College of Medicine en la ciudad de Nueva York. Tiene más de 270 publicaciones académicas sobre el sida, ética en la reproducción humana, ética de la investigación en seres humanos, políticas de salud, entre otros temas. Es autora de varios libros, entre los que se encuentran *Ethics in Global Health: Research, Policy, and Practice* (2012), *Double Standards in Medical Research in Developing Countries* (2004), *Against Relativism: Cultural Diversity and the Search for Ethical Universals in Medicine* (1999). Macklin es miembro elegida de la Academia Nacional de Medicina en los Estados Unidos. Ha sido asesora de la Organización Mundial de la Salud, presidenta del Comité de Revisión Ética de ONUSIDA, y ha sido la presidenta de la Asociación Internacional de Bioética. Macklin es miembro del Hastings Center, una institución independiente de investigación en bioética.

AMARANTA MANRIQUE DE LARA

Egresada de la Licenciatura en Ciencias Genómicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Participó en el Diplomado de Bioética, Salud y Bioderecho impartido por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, como alumna y posteriormente como asistente y expositora. Ha publicado artículos en revistas arbitradas, con temáticas relacionadas a aspectos éticos, legales y sociales de pruebas genéticas, cuestiones bioéticas del *big data*, y bioética y género. Es becaria Fulbright-García Robles generación 2020, con la cual actualmente estudia la maestría de Bioética y Política Científica en la Universidad de Duke, en Carolina del Norte.

JAVIER MARTÍN REYES

Actualmente se desempeña como profesor asociado en la División de Estudios Jurídicos y como coordinador de la Licenciatura en Derecho del CIDE. Es autor del libro *Reforma en materia de justicia cotidiana* (FCE, 2018) y coautor de *La República laica y sus libertades: Las reformas a los artículos 24 y 40 constitucionales* (IIJ-UNAM, 2015). Se ha desempeñado como profesor de Derecho Constitucional, Derechos Humanos, Instituciones Electorales, Lógica y Análisis de Normas en el CIDE, la Universidad Iberoamericana y el INACIPE. Sus líneas de investigación están relacionadas con el derecho constitucional, la interpretación y argumentación jurídicas, el derecho electoral, la laicidad, así como con el estudio empírico de las cortes y los jueces.

CUAUHTÉMOC MAYORGA MADRIGAL

Licenciado, maestro y doctor en Filosofía. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Profesor Investigador adscrito al Departamento de Filosofía de la Universidad de Guadalajara. Profesor en la Maestría en Estudios Filosóficos, del Doctorado en Humanidades y de la Maestría en Bioética, de la cual participó en su creación. Es miembro de la Asociación Mexicana de Filosofía y miembro fundador de la Academia Mexicana de Lógica. Participa como vocal del comité de ética clínica del Centro Médico de Occidente del IMSS, del Hospital Civil de Guadalajara y del Comité de Investigación del Hospital Civil de Guadalajara. Su actual línea de investigación es bioética y argumentación. Ha coordinado los libros *Bioética entre la cosificación y el respeto*, *Aspectos filosóficos y sociales del trasplante de órganos*, *Universidad y Bio/ética y Argumentación y tipos de racionalidad*. Es autor del libro *Factores epistemológicos del desarrollo tecnológico*.

MARÍA DE JESÚS MEDINA ARELLANO

Es investigadora titular 'A' del Instituto de Investigaciones Jurídicas (IIJ) de la UNAM. Doctora en Bioética y Jurisprudencia Médica por la Universidad de Manchester. Investigadora nivel II del Sistema Nacional de Investigadores, Conacyt. Coordinadora académica del Diplomado en Bioética, Salud y Bioderecho del IIJ. Desde 2013, es miembro del Colegio de Bioética, Salud y Bioderecho del IIJ. Desde 2017, es miembro del Consejo Directivo de la Asociación Internacional de Bioética (IAB), en donde es secretaria. Desde 2019 es miembro del Comité Universitario de Ética de la UNAM. Desde 2016 es consejera del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética en México y desde diciembre de 2019 es miembro del Comité de Ética del Consejo de Salubridad General en México. En 2019 fue galardonada con el premio Sor Juana Inés de la Cruz en la UNAM. En 2020 le fue otorgado el Reconocimiento Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos.

EUGENIO MIRANDA GARCÍA

Médico general por la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, especializado en cirugía general por la UNAM, con subespecialidad en endoscopia gastrointestinal en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE. Maestro en Administración de Instituciones de Salud por la Universidad IEU de Puebla. Estudios en Bioética en la Universidad Anáhuac Norte. Maestrante en Bioética en la Unidad de Bioética de la Facultad de Filosofía de la Universidad Autónoma de Querétaro. Miembro del Colegio Médico de Querétaro, miembro del Comité de Bioética del Hospital San José de Querétaro, miembro fundador de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, capítulo Querétaro. Ejerce como cirujano y endoscopista gastrointestinal en el Hospital San José de Querétaro. Es asesor médico de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Querétaro (CAMEQ) en Gobierno del Estado de Querétaro.

LUIS MUÑOZ FERNÁNDEZ

Médico cirujano por la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Especialista en Anatomía Patológica por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán/UNAM. Médico adscrito al Servicio de Anatomía Patológica del Centenario Hospital Miguel Hidalgo, en Aguascalientes. Máster en Oncología Molecular por el Centro Nacional de Investigaciones

Oncológicas (Madrid, España). Máster en Bioética y Derecho por el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, España. Profesor de Bioética e Historia y Filosofía de la Medicina en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Cuauhtémoc, Plantel Aguascalientes. Miembro del Colegio de Bioética.

GUSTAVO ORTIZ MILLÁN

Es investigador en el Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, y miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Conacyt. Es doctor en filosofía por Columbia University en Nueva York. Ha enseñado filosofía en Columbia University, New York University, Brooklyn College, el CIDE y la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. También ha sido investigador visitante en la Universidad de California en Berkeley y en la Universidad de Duke, en Carolina del Norte. Ha sido becario Fulbright en dos ocasiones. Es autor de los libros *La moralidad del aborto* (Siglo XXI, 2009), *Aborto, democracia y empoderamiento* (Fontamara, 2014); es compilador y editor de varios libros, el más reciente de los cuales es *Mind, Language, and Morality* (Routledge, 2018). Asimismo, es autor de más de 50 artículos y capítulos en libros colectivos. Trabaja temas de metaética, psicología moral y ética aplicada. Es miembro de distintas asociaciones, como la Asociación Filosófica de México, la Asociación Latinoamericana de Filosofía Analítica, la American Philosophical Association, la International Association of Bioethics, la Academia Mexicana de Ciencias, el Colegio de Bioética, entre otras.

ROCÍO PRECIADO GONZÁLEZ

Es médico general, maestra en terapia familiar y doctorante en Ciencias del Desarrollo Sustentable por la Universidad de Guadalajara, profesora de tiempo completo, secretaria del Comité de Ética de Investigación y presidenta de la Academia de Bioética y Legislación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Preside el Comité de Bioética de la Unidad Médica de Alta Especialidad en Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS.

NASHIELI RAMÍREZ HERNÁNDEZ

Especialista en Investigación Educativa y Ejercicio de la Docencia por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ha participado en el diseño, instrumentación y operación de programas y estudios en los ám-

bitos de derechos humanos y desarrollo social, tanto en la administración pública (SEP, SPP, Sedesol), como en el no gubernamental (Ririki Intervención Social). Fungió como consejera honoraria de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, de la cual actualmente es presidenta. En la actualidad es además presidenta de la Federación Mexicana de Organismos Públicos de Derechos Humanos, integrante del Consejo Directivo de la Alianza Global del Ombudsperson Local (AGOL) y socia del Instituto Latinoamericano del Ombudsman-Defensor del Pueblo (ILO).

EUNICE RENDÓN

Doctora y maestra en Sociología Política y Políticas Públicas por el Instituto de Estudios Políticos de París. Cuenta con posgrado en Ética Médica y Psicosocial por la Universidad de Chile-Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estudió la licenciatura en Relaciones Internacionales con doble diploma en el Instituto de Estudios Políticos de Lille y la Universidad de las Américas, Puebla. Es experta en migración, prevención social de la violencia y trabajo en poblaciones vulneradas. Ha sido consultora de diversos organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas y fellow de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos en temas de bioética y salud pública. Directora general de Relaciones Internacionales, secretaria técnica de Normas en Prevención y Promoción de la Salud, y asesora del secretario, todos ellos en la Secretaría de Salud. Asimismo, fue directora general de Coordinación Intersecretarial en la Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana de la Secretaría de Gobernación y encargada de dicha Subsecretaría en el 2015. Fue directora del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, órgano desconcentrado de la Secretaría de Relaciones Exteriores en 2016. En la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana fungió hasta abril del 2019 como secretaria ejecutiva adjunta del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Es Coordinadora de “Agenda Migrante”, iniciativa ciudadana para el empoderamiento y la defensa de derechos de los migrantes. Es fundadora de Red VIRAL para la prevención del delito y la violencia y es consultora internacional en temas de migración y seguridad.

DAVID JESÚS SÁNCHEZ MEJÍA

Es Health Law LL.M. por Loyola University Chicago. Se graduó de la maestría de Derecho Constitucional y Derechos Humanos de la Universi-

dad Panamericana. Obtuvo la licenciatura en el Instituto Tecnológico Autónomo de México. Es autor y coautor de diversas publicaciones sobre las relaciones entre el derecho y la salud. Es integrante externo de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Academia Mexicana de Cirugía e integrante del grupo sobre análisis casos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Profesionalmente, desempeñó diversos cargos dentro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Actualmente profesor en la Facultad de Medicina de la UNAM y socio de Ceballos, Cossío y Sánchez S.C., despacho especializado en consultoría y acompañamiento jurídico en salud.

PATRICIO SANTILLÁN-DOHERTY

Director médico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas en la Ciudad de México. Profesor de la especialidad de cirugía torácica, tutor académico de posgrado y profesor del curso de ética en investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM. Editor en jefe de *Neumología y Cirugía de Tórax*. Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México, de la Academia Mexicana de Cirugía, el American College of Surgeons, el Sistema Nacional de Investigadores y el Colegio de Bioética. Autor de numerosos artículos en revistas especializadas y de capítulos de libros colectivos.

CARLOS SANTOS-BURGOA

Médico egresado de la UNAM, con maestría en Salud Pública y Doctorado en Epidemiología por la Universidad de Johns Hopkins. Ex director general de la Escuela de Salud Pública de México, en el Instituto Nacional de Salud Pública. Actualmente es profesor y director del Programa de Políticas en Salud Global de la Universidad de George Washington. Durante 10 años fue director general en varias posiciones de la Secretaría de Salud, incluyendo la conformación de la Cofepris y la Dirección General Planeación y Desarrollo, así como el encargado de transformar la Dirección General de Promoción de la Salud. En esta última, tuvo la responsabilidad de preparar y luego conducir la respuesta no farmacológica (no médico-curativa) de la pandemia de influenza A(H1N1). Encargado de cerrar y reabrir la zona metropolitana de la Ciudad de México en 2009, así como las medidas intersectoriales nacionales tomadas. Posteriormente por cinco años fue oficial de

la Organización Panamericana de la Salud en Washington. Es miembro del Consejo de Salubridad General desde 2018.

RAFFAELA SCHIAVON

Médica por la Universidad de Padua, y ginecóloga por la Universidad de Trieste, Italia, certificada por el Consejo Mexicano de Endocrinología y Nutrición y por la Federación Internacional de Ginecología Infanto-Juvenil, ha trabajado en varios hospitales públicos, y como directora general adjunta de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. Por más de diez años fue directora general de Ipas México, una organización internacional dedicada a la defensa y promoción de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, niñas y adolescentes. Fue secretaria técnica del Comité Promotor de la Iniciativa para una Maternidad Segura en México; miembro del Regional Advisory Panel para América Latina y el Caribe de la Organización Mundial de la Salud, y del Gender Advisory Panel de la misma OMS. Desde 2017, es miembro del International Medical Advisory Panel de la Federación Internacional de Planificación Familiar. Desde 2018, es también miembro del Colegio de Bioética de México, y desde 2019, de la Comisión Nacional de Bioética. Es autora de más de 100 publicaciones nacionales e internacionales y ha servido en el comité de revisores de varias revistas nacionales e internacionales.

ADRIÁN SOTO MOTA

Actualmente es investigador en Ciencias Biomédicas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y candidato al Doctorado en Fisiología, Anatomía y Genética en la Universidad de Oxford. Médico Cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM y especialista en Medicina Interna egresado del INCMNSZ. Ha trabajado como docente para la Facultad de Medicina de la UNAM, la Escuela de Medicina de la Universidad de Oxford. Autor de más de 10 publicaciones en revistas científicas con revisión por pares y 6 capítulos en libros de texto para estudiantes de posgrado.

BEATRIZ VANDA CANTÓN

Es médico veterinario zootecnista con especialidad y maestría en Patología comparada, y doctora en Bioética por la Universidad Nacional Au-

tónoma de México (UNAM). Trabaja como profesora de tiempo completo de licenciatura y posgrado en la Facultad de Medicina Veterinaria de la UNAM, donde también coordina la asignatura Seminario de Bioética, y realiza labores de diagnóstico en anatomía patológica. Participa como profesora y tutora del Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de Salud, de la UNAM. Ha formado y forma parte de varios comités de ética en investigación en humanos y en animales, es miembro del Colegio del Bioética, y del Comité de Bienestar Animal del Consejo Consultivo Nacional de Sanidad Animal.

COVID-19 y bioética, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, se publicó en versión digital el 2 de septiembre de 2021. En su composición tipográfica se utilizó tipo *Baskerville* en 9, 10 y 11 puntos.

La pandemia de COVID-19 constituye uno de los desafíos más importantes a los que se enfrenta el mundo actual. También constituye un desafío para la bioética, dado que se nos han presentado conflictos éticos que requieren ser analizados desde esta perspectiva: ¿cómo llegar a un balance entre derechos individuales y bienestar colectivo al adoptar medidas de salud pública?, ¿cómo proteger a la gente que está en situación de vulnerabilidad?, ¿qué principios de justicia distributiva usar para asignar recursos escasos de medicina crítica?, ¿hay límites a las obligaciones del personal sanitario al combatir la enfermedad?, ¿es moralmente permisible que la gente se infecte intencionalmente para desarrollar vacunas?, ¿qué hacer con la proliferación de información falsa? Éstas son, entre muchas otras, cuestiones que exigen un profundo análisis ético que nos ayude a tomar decisiones. En este libro, reconocidos especialistas de muy diversas disciplinas escriben sobre estas cuestiones tanto en el contexto mexicano como en el internacional. Muchos expertos nos han advertido que vendrán más pandemias en el futuro y será necesario que estemos preparados. La bioética nos puede ayudar en esa labor.



www.juridicas.unam.mx



ISBN 978-607-30-4916-0



9 786073 049160 >