

DERECHO Y BIOÉTICA. COVID-19: REFLEXIONES EN TORNO A ALGUNAS MEDIDAS SANITARIAS

Jesús Antonio CAMARILLO HINOJOSA*
Hiram CAMARILLO SILERIO**

SUMARIO: I. *Preliminaria*. II. *El triaje y la discriminación*. III. *Obligación moral y legal de los médicos en tiempo de pandemia*. IV. *El distanciamiento social. Autonomía y restricción*. V. *Conclusión*. VI. *Bibliografía*.

I. PRELIMINARIA

La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto sin precedentes y ha afectado la vida de todos desde su irrupción a finales de 2019. El escenario abierto por la pandemia ha agravado las situaciones a las que cotidianamente se enfrentaba la administración sanitaria y los profesionales de la salud.

Si bien diversas disciplinas tratan de abordar el fenómeno de la pandemia desde diversas aristas, la bioética,¹ que uno de sus sentidos puede ser

* Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1997-3083>.

** Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0098-8544>.

¹ No existe una única definición del concepto de “bioética”. Una de las definiciones más recurrentes es la de la *Encyclopedia of Bioethics*, que la considera como “el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales”. Esta definición pronto se volvió discutible, cuando se introduce la posibilidad de una bioética dialógica y pluralista. Sobre la utilización primigenia del vocablo, Van Rensselaer Potter, a quien se le atribuye la génesis del concepto, señaló: “He considerado a la bioética como el nombre de una nueva disciplina en la que se combinan la ciencia la filosofía. Para ser más específicos, que constituiría un enfoque cibernético a la búsqueda permanente de sabiduría por la humanidad; la cual he definido como el conocimiento de cómo utilizar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar la condición humana. ¿Qué tipo de conocimiento debería reunirse bajo la rúbrica de bioética? He elegido *bio* para indicar el conocimiento biológico, la ciencia sobre los sistemas vivos, y he escogido *ética* para indicar el conocimiento

definida como una rama de la ética normativa que se ocupa de problemas éticos que surgen en el contexto medicina y de las ciencias biomédicas,² está en un punto de reflexión masiva por parte de filósofos alrededor del mundo ante la eventual ausencia de equilibrio entre las necesidades generadas por la pandemia y los recursos disponibles. En ese sentido, a partir del surgimiento de la pandemia, han vuelto a ponerse en el centro de la atención las reflexiones acerca del triaje —proceso de categorización de lesionados o enfermos a partir de la urgencia de sus lesiones o patologías y su posibilidad de supervivencia y que difiere de los criterios o parámetros de atención utilizados en la “normalidad”, en los que, apriorísticamente el lesionado más grave tiene prioridad sin reparar en los pronósticos inmediatos o inclusive, los de largo plazo—, las obligaciones morales de los profesionales de la salud —deberes morales que en muchas ocasiones tienen su asidero en cánones de cuño decimonónico—, así como la justicia en la distribución de los servicios de salud o el aceleramiento en la generación de vacunas.

Los desafíos que en la sociedad ha generado la pandemia, vuelve a traer a colación la estrecha relación entre la bioética y el derecho. Por una parte, para algunos la bioética debe evitar ser regulada por el derecho. Un argumento es que el derecho puede crear obstáculos para el desarrollo científico y que las opiniones de comités éticos y las declaraciones de principios adoptadas por la comunidad internacional por médicos y científicos son suficientes para garantizar la rectitud del obrar. Otro argumento es que no son necesarios instrumentos normativos nuevos con los cuales disciplinar las cuestiones bioéticas en cuanto cada controversia puede ser resuelta recurriendo al derecho que ya existe.³

Por otra parte, están las concepciones que buscan juridificar la bioética. Para esta posición se requiere entonces una legislación que fije modelos rígidos, poniendo prohibiciones y límites rigurosos, una legislación autoritaria que terminará por sancionar la superioridad de una particular concepción moral y no contribuirá para solucionar de manera adecuada los conflictos entre las diversas concepciones morales presentes en las

sobre los sistemas de valores humanos”, disponible en: <http://cancerres.aacrjournals.org/content/35/9/2297.full.pdf>.

² Rivera, Eduardo, “Derecho y bioética”, en Fabra, Jorge y Spector, Ezequiel (eds.), *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015, vol. III, p. 2735.

³ Farali, Carla, “La bioética y los desafíos futuros de la filosofía del derecho”, *Frónesis*, Caracas, vol. 17, núm. 1, abril de 2010, pp. 121-132.

sociedades pluralistas modernas. En el segundo caso, se reconoce la dificultad de apelar a los criterios morales condivisibles y se mira al derecho no como un medio para imponer concepciones morales particulares, sino como un medio para permitir la convivencia social y la confrontación entre posiciones diversas.⁴

Sea cual fuere la posición mejor justificada acerca de la relación entre derecho y bioética, la pandemia del COVID-19 ha evidenciado que abordar ambos conceptos es importante no para juridificar a la primera en un estricto sentido legalista, sino para: 1) revisar la toma de decisiones de carácter bioético a la luz de valores constitucionales o derechos fundamentales, por ejemplo y 2) utilizar a la bioética como una herramienta argumentativa para aplicar, crear o interpretar el derecho.

Este texto tiene como finalidad bosquejar algunos problemas bioéticos en los que la discusión jurídica se ha hecho presente.

II. EL TRIAJE Y LA DISCRIMINACIÓN

El triaje es un procedimiento habitualmente utilizado en los servicios de emergencias médicas y que, a raíz de la irrupción de la pandemia, ha saltado de nuevo a la arena de la discusión pública. Se hace consistir en un conjunto de elementos que permiten identificar, categorizar y priorizar la atención médica en aras de una respuesta adecuada para garantizar que, a pesar de un grave desajuste entre la distribución de la oferta y la demanda de recursos, la prelación sea justa. El triaje tiene su origen en escenarios militares y de guerra, específicamente en el contexto de las guerras napoleónicas. Se considera al médico Dominique Jean Larrey, el precursor de la medida.

Larrey consideró la necesidad de cambiar el criterio de priorización anclado solamente en la jerarquía o cargo del herido, introduciendo el criterio de que la atención debería recaer primero en los heridos más graves. Para su tiempo, era novedosa la siguiente afirmación de Larrey: “los lesionados rescatados por las ambulancias veloces pueden ser llevados rápidamente a un sitio de concentración, en donde los heridos más graves pueden ser operados; siempre empezaremos por los más gravemente lesionados sin importar su rango, distinción o nacionalidad”.⁵ Ya en el siglo XX, durante la Primera y Segunda Guerra Mundial los protocolos de triaje fueron ajustándose a

⁴ *Idem.*

⁵ *Cfr.* Garza Villaseñor, Lorenzo de la y Larrey, Dominique Jean, “La cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio (Parte II)”, *Cirujano General*, vol. 26, núm. 1, 2004, pp. 59-66.

las necesidades del encuentro bélico y no a la perspectiva humanitaria de Larrey. Así, la optimización de la fuerza de combate que se traduce en dar prioridad a los soldados que más rápidamente se puedan reincorporar al campo de batalla, fue una constante.

Ahora bien, el concepto de triaje, de cuño estrictamente militar, se extendió a la faena sanitaria general, dada la existencia de sistemas abrumados con pacientes en situaciones críticas y en donde los médicos deben decidir qué pacientes recibirán los recursos de cuidados intensivos, constituyendo una parte fundamental de la gestión clínica en emergencia cuando la demanda excede la disponibilidad de recursos, ofreciendo un método para asignar prioridad clínica en situaciones de emergencia.

Desde inicios de la pandemia se señaló que, ante tales circunstancias, los médicos priorizarían a algunos pacientes sobre otros, mediante criterios y procedimientos apropiados para hacerlo. Así, ante la crisis sanitaria del COVID-19, la elaboración de guías de triaje ha sido objeto de discusión en la opinión pública.

En el caso de México, la necesidad de una guía bioética para atender en específico la situación hospitalaria en el contexto de la pandemia, se hizo evidente sobre todo ante situaciones de posible discriminación, corrupción y meritocracia. Así, el 12 de abril de 2020 se publicó en la página del Consejo de Salubridad General (CSG) del Gobierno de México una guía de bioética para asignar recursos hospitalarios escasos durante la actual pandemia de COVID-19. El documento titulado “Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia” pretendía ser borrador, aunque la publicación en el sitio *web* no lo describió como tal.

Las versiones preliminar y final de la guía señalaron que ante cualquier intento de asignación de recursos escasos entre dos o más pacientes debe basarse en una evaluación acuciosa del paciente en cuanto a: 1) su situación presente (impacto actual de la infección en sí), 2) su situación pasada (comorbilidades preexistentes de impacto sobre su expectativa de beneficiarse con algún tratamiento), y 3) la expectativa de supervivencia al tratamiento de acuerdo con las características conocidas específicas de la enfermedad.

La publicación suscitó controversia. Si bien el documento utilizaba en su argumentación el principio de la justicia social —todas las personas tienen el mismo valor—, también contenía un criterio de principio de vidas-por-completarse, en el que la edad serviría para romper el empate entre dos o más pacientes médicamente elegibles que necesitaran un ventilador: los pacientes más jóvenes tendrían preferencia sobre los de mayor edad.

La guía aclaraba que si bien el principio de vidas-por-completarse podría parecer injustamente discriminatorio hacia los adultos mayores, esto no era así. En el texto se hacía la pregunta: ¿por qué la muerte es mala para nosotros? Se argumentaba que la muerte es mala para nosotros porque nos priva de oportunidades valiosas futuras. Es 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.

El criterio de edad en las guías de triaje ha sido discutido en varios países. Por ejemplo, las recomendaciones recientemente publicadas por la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva destacan la potencial necesidad de establecer criterios de edad.⁶ El documento de la SIAARTI alude a la edad del paciente en dos recomendaciones: primero, “puede ser necesario establecer un límite de edad para la admisión a cuidados intensivos. No es una mera elección relacionada con valores, sino una reserva de recursos extremadamente escasos para quienes pueden la mayor posibilidad de supervivencia y luego a aquellos quienes pueden tener más años de vida salvados, para maximizar beneficios para el mayor número de personas”, y segundo: “La presencia de comorbilidad y estado funcional debe ser cuidadosamente evaluado además de la edad. Es posible que la corta estancia en las personas sanas podría alargarse y por lo tanto, debe evitarse consumir recursos en caso de personas con edad avanzada, fragilidad o comorbilidad severa”. Es de llamar la atención como el documento de la SIAARTI, elabora la recomendación e intenta no entrar a la encrucijada de los valores en conflicto, advirtiendo explícitamente que no se trata de una elección relacionada con valores, cuando es evidente que todo esquema de triaje lleva inmerso un conflicto deontológico. Por su parte, La Asociación Española de Medicina Intensiva, también sugiere la edad como criterio de clasificación.⁷

En medio de la controversia pública desatada en varios países por la priorización de los pacientes más jóvenes sobre los mayores cuando existe la posibilidad de que esto vulnere el derecho a la no discriminación y el

⁶ Vergano, Marco *et al.*, “Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità prioritarie disponibili”, Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, 2020, disponible en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>.

⁷ Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC, “Recomendaciones bioéticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos”, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, 2020, disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf.

derecho a la dignidad humana y en virtud del apremio de diversas organizaciones la versión final de la de la guía del Consejo de Salubridad General del Gobierno de México eliminó el criterio de la edad y, en cambio, se basó en el principio principal de salud pública, “salvar la mayoría de las vidas”, sin tener en cuenta las características personales.

Pero, ¿efectivamente el criterio de la edad viola el derecho constitucional a la no discriminación? La edad avanzada se asocia con una disminución de la reserva fisiológica o la capacidad de resistir múltiples “golpes” a los mecanismos homeostáticos que regulan el cuerpo humano. Como tal, la edad es un predictor importante de mortalidad a corto plazo. Además si tuviéramos que colocarnos en lo que John Rawls describió como un “velo de ignorancia” y diseñáramos un sistema justo sin conocer nuestras propias características específicas (incluida la edad) y anuláramos los efectos de las contingencias específicas que ponen a los hombres en situaciones desiguales y con la tentación de explotar las circunstancias naturales y sociales en su propio provecho, desconociendo la manera en que las diversas posibilidades pudieran afectar sus propios casos particulares, de tal forma que se vieran constreñidas a evaluar los principios exclusivamente sobre la base de consideraciones generales, no es irrazonable creer que diseñáramos un sistema equitativo,⁸ en el que cada persona mereciera la misma oportunidad de experimentar cada etapa de la vida. Con esta medida, se podría argumentar que un sistema de clasificación debería priorizar a las personas más jóvenes que aún no han tenido la oportunidad de experimentar todas las etapas de la vida.

La versión final de la guía estableció como criterios de desempate los siguientes: en primer lugar tomar en cuenta que la literatura científica muestra que la mortalidad por COVID-19 no es la misma entre los sexos; si lo anterior no resolviera la situación sobre quién recibirá acceso a los recursos escasos entonces la decisión deberá considerar la protección a personas que pertenecen a grupos vulnerables; y, en caso excepcional, como último recurso tomar la decisión de forma aleatoria y transparente.

De cualquier forma, por más que las recomendaciones y declaratorias de las organizaciones de salud establezcan parámetros de decisión, es indudable que la discusión no podrá adjudicarse bajo criterios de atrincheramiento y jerarquización última y absoluta de valores o principios en juego. Más adelante nos detendremos en la idea de que la aproximación bioética en sociedades deliberativas debe excluir una jerarquización estática de principios.

⁸ Cfr. Rawls, John, *Teoría de la justicia*, México, FCE, 1995, p. 135.

III. OBLIGACIÓN MORAL Y LEGAL DE LOS MÉDICOS EN TIEMPO DE PANDEMIA

Si bien los ciudadanos en el ámbito de lo personal, y las autoridades de salud en lo social, enfrentan decisiones que de manera implícita o explícita son decisiones morales, la actitud de los médicos y otros profesionales de la salud adquiere una relevancia especial. ¿Los profesionales de la salud tienen el deber ético de brindar atención en medio de la pandemia de COVID-19, incluso si los expone a daños personales, incluida la muerte?

La pregunta acerca de la obligación moral de los médicos ha sido materia de reflexión por parte de la bioética. Bajo el argumento de que la medicina es una profesión humanitaria se dice que los profesionales de la salud tienen la obligación de cuidar a los enfermos. Al ingresar a la profesión libremente, de manera implícita han aceptado los riesgos.

Por lo general los decálogos y las sociedades médicas han apoyado dicho punto de vista idealista.⁹ Por ejemplo, si bien el *Manual de ética* del American College of Physicians aclara que los médicos deben retirarse de la atención médica directa si se hace evidente que el riesgo asociado con el contacto o una intervención es significativo, este hace hincapié en que los médicos hicieron un juramento de servir a los enfermos: “tradicionalmente, el imperativo ético de que los médicos proporcionen siempre atención médica ha sobrepasado el riesgo que corre el médico tratante, inclusive durante las epidemias”.¹⁰ La American Medical Association señala que de-

⁹ La aceptación de los riesgos iminentes al ejercicio de la medicina, consideramos, va aparejado del carácter ideal que desde sus orígenes ostenta la profesión. El médico irrumpe como una especie de hermeneuta y la medicina como un sistema dotado de completitud de cuantos factores pueden intervenir en un proceso de curación. “Para la mirada del médico que ve a los seres humanos, todo cuanto pueden lograr los especialistas y que no puede llevarse a la práctica sin los servicios de un hospital, puede transformarse en la vida real en medidas aisladas que el médico aconseja de acuerdo con los medios de que dispone. Esta mirada clínica sabe descifrar las situaciones. Le preocupa la naturalidad del hombre en su medio. No deja que el examen del paciente se diluya en una suma de los resultados de estudios de laboratorio, sino que es capaz de evaluar con todo eso, aprovecharlo y subordinarlo. Concede vigencia a estos métodos diagnósticos en sus límites, pero no deja que le hagan perder su juicio. Conoce las imponentes medidas terapéuticas modernas, pero sabe diferenciarlas dentro del rango de su eficacia. Vuelve a poseer algo de la postura hipocrática que no deja de vista los antecedentes personales, que es capaz de dar forma al trato del enfermo con su mal”. Hayward, John Artur, *Historia de la medicina*, México, FCE, 2009, p. 19.

¹⁰ Snyder, Lois *et al.*, *Manual de ética*, 6ta. ed., American College of Physicians, disponible en: https://www.acponline.org/system/files/documents/running_practice/ethics/manual/spanish-ethics-manual-6th-edition.pdf.

bido a su compromiso de atender a los enfermos y heridos, los médicos tienen la obligación de brindar atención médica urgente durante los desastres. Esta obligación se cumple incluso ante riesgos mayores de lo habitual para la seguridad, la salud o la vida de los médicos.¹¹

En un reciente artículo publicado en el *New York Times*, el cardiólogo Sandeep Jauhar señala que la reflexión sobre el deber de tratar a los pacientes durante una epidemia es una idea un tanto moderna.¹² Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, los médicos a menudo huían frente a los contagios generalizados. Durante la peste Antonina, Galeno, uno de los médicos más famosos de la historia, huyó de Roma. Este comportamiento era tan común que, en 1382, en Venecia se aprobó una ley que les prohibía a los doctores escapar en tiempo de plagas. Hace todavía dos décadas atrás, muchos profesionales se negaban a atender enfermos portadores de VIH por creer que su deber profesional no llegaba hasta la obligación de asumir el riesgo de contagiarse con una enfermedad de alta mortalidad.¹³

Ahora bien, sería un error para la sociedad creer que nuestros trabajadores de la salud tienen una obligación moral inequívoca de cuidarnos a toda costa. Esto ha llevado, a que en el contexto de la pandemia del COVID-19, la Organización Mundial de la Salud señale que trabajadores de la salud están en la primera línea de cualquier respuesta al brote y, como tales, están expuestos a los peligros que los ponen en riesgo de infección con un brote de patógeno. Los riesgos incluyen exposición a patógenos, prolongada horas de trabajo, angustia psicológica, fatiga, agotamiento ocupacional, estigma, física y violencia psicológica.¹⁴

Si bien la cuestión de la obligación moral de los médicos compete a la ética, el problema tiene trascendencia jurídica cuando el profesional de la salud se niega a prestar sus servicios ante riesgos inminentes. En el contexto de la pandemia de la COVID-19, médicos y enfermeras han protestado debido a la falta de insumos médicos para su protección.

¹¹ American Medical Association, “Responsibilities in Disaster Response & Preparedness”, *Code of Medical Ethics: Physicians*, 2017, disponible en: <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/opinion%208.3?uri=%2FAMADoc%2FEthics.xml-E-8.3.xml>.

¹² El artículo titulado “In a Pandemic, Do Doctors Still Have a Duty to Treat?”, disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/04/02/opinion/sunday/coronavirus-doctors-duty.html>.

¹³ Beca, Juan, “Una mirada ética a las epidemias”, *Revista Academia*, núm. 9, disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/noticias/2010/08/05/una-mirada-etica-a-las-epidemias/>.

¹⁴ OMS, “Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers, Including Key Considerations for Occupational Safety and Health”, 2020, disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0.

La Ley Federal del Trabajo establece que relaciones laborales pueden rescindirse sin responsabilidad para los trabajadores cuando exista un peligro grave para la seguridad o salud o cuando por imprudencia o descuido de los patrones se comprometa la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentren en él. Otra causa de rescisión es que los patrones exijan la realización de actos, conductas o comportamientos que menoscaben o atenten contra la dignidad del trabajador.

Si bien los profesionales de la salud no tendrían responsabilidades legales en caso de rescindir las relaciones laborales en situaciones de riesgo sin la protección adecuada, lo cierto es que la legislación mexicana también tiene carácter punitivo respecto a las obligaciones de profesionales de salud en situaciones extraordinarias. Por ejemplo, el artículo 468 de la Ley General de Salud establece la pena de seis meses a tres años de prisión al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, que sin causa legítima se rehúse a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general. Por otra parte, el artículo 469 de la misma ley también establece una pena al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida.

Este tipo de disposiciones han sido utilizadas como fundamento durante la pandemia para que directores de hospitales emitan memorándums advirtiendo que se procederá legalmente si se renuncia a atender pacientes con coronavirus. El dilema se presenta ante el desabasto de insumos y mascarillas certificadas para el personal de los hospitales.

La situación de ciertos hospitales ha provocado que médicos se amparen aduciendo la protección a su derecho a la salud, en la mayoría de los casos adultos mayores o profesionales que padecen ellos mismos o sus hijos menores de edad problemas crónicos de salud, reclamando la falta de implementación de medidas y acciones necesarias, falta de aplicación de medidas sanitarias, ausencia de adopción de medidas de contención, así como la omisión de implementación de medidas preventivas para detectar los casos de personas infectadas con el virus. Según se reporta en los medios de comunicación en varios casos se ha determinado otorgar la “suspensión de plano”.

La relación entre las instituciones de salud y los profesionales se tensa cuando la propia Ley de Amparo considera que se siguen perjuicios al interés social o se contravienen disposiciones de orden público, cuando, de concederse la suspensión; cuando, por ejemplo, se impida la ejecución de medidas para combatir epidemias de carácter grave.

Nos encontramos entonces en un conflicto entre el derecho a la salud de la población y el derecho a la salud y la libertad de trabajo del profesional de la salud. Si bien la discusión sobre los límites de la obligación moral de los profesionales de la salud ante situaciones extraordinarias como una pandemia compete a la reflexión bioética, lo cierto es que la discusión puede trasladarse al derecho y complicarse cuando los recursos humanos en los nosocomios escasean.

IV. EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL. AUTONOMÍA Y RESTRICCIÓN

El distanciamiento social ha sido una medida implementada para controlar la pandemia. El propósito del distanciamiento social es reducir las interacciones físicas cercanas con las personas dentro de las comunidades para que se pueda contener la propagación del virus. Mientras más personas puedan abstenerse de entrar en contacto con otras, menos posibilidades hay de que el virus se transmita. Esto a su vez ayuda a evitar una gran afluencia de casos de COVID-19 que se disparan en un corto período de tiempo y que colapsen el sistema de salud. El distanciamiento social incluye una gama de prácticas. Incluye órdenes de permanencia en el hogar por parte del gobierno, cierre de empresas, escuelas y oficinas gubernamentales, restricciones de transporte y eventos públicos.

Acerca de la justificación ética del distanciamiento social, la filósofa Sarah-Vaughan Brakman, publicó un artículo donde contrasta dos virtudes éticas: la solidaridad y el altruismo, así como el interés propio.¹⁵

La solidaridad significa que la voluntad de un individuo se orienta a comprometerse en la protección y promoción del bien común. Al fundamentar el distanciamiento social en una postura ética, no solo aumentamos la probabilidad de aceptación para enfrentar la crisis actual, sino que cultivamos una virtud que asegura que mantendremos el rumbo. La virtud de la solidaridad también implica un compromiso con la justicia social, dado que los grupos vulnerables y marginados necesitan un cuidado y atención particular para asegurar que se cumpla el bien común. Entonces, cuando pedimos a las personas que practiquen el distanciamiento social por el bien de aquellos que tienen más probabilidades de enfermarse gravemente, les

¹⁵ El artículo “Social Distancing isn’t a Personal Choice. It’s an Ethical Duty”, fue publicado en el medio periodístico *Vox*, disponible en: <https://www.vox.com/future-perfect/2020/4/9/21213425/coronavirus-covid-19-social-distancing-solidarity-ethics>.

pedimos que vean su responsabilidad social a la luz de las muchas comunidades superpuestas a las que pertenecen y apreciar que los vulnerables tienen un reclamo ético particular sobre todos.

Por otro lado, fundamentar el distanciamiento social en el altruismo no es una motivación tan sólida como podría pensarse enmarcarlo como un deber ético. Deberíamos considerarlo como un acto opcional que realizamos por nuestra bondad. Luego está el segundo tipo de apelación, referir la medida hacia nuestro propio interés. Si bien no es falso que permanecer allí obviamente redundará en beneficio nuestro y de nuestras familias, tales apelaciones no logran llegar a la naturaleza interconectada del problema que enfrentamos.

Entendida la solidaridad como la virtud esencial que justifica el distanciamiento social en tiempos de COVID-19, y en la que quizá, una posición filosófica kantiana ayudaría a entenderla, en el sentido de concebir una solidaridad que no se contrapone a la autonomía de los sujetos sino que conllevaría una conciencia moral que reclama el bien integral de las personas. Para Kant, los agentes racionales están sujetos a la directriz de que cada uno de ellos debe tratarse a sí mismo y tratar a todos los demás, nunca como simple medio, sino siempre al mismo tiempo como fin en sí mismo.¹⁶ Sin embargo, estamos de acuerdo con la afirmación de que el reconocimiento del principio de autonomía personal excluye la posibilidad de afirmar tesis perfeccionistas o paternalistas no justificadas. Recordemos que:

Tanto el perfeccionismo como el paternalismo suponen que no solo son posibles planes de vida mejores que otros, y que constituyen la realización de ideales de excelencia, sino que en el primer caso se supone que esos ideales han de ser impuestos para obligar a las personas a ser mejores, y en el segundo para evitar daños a sí mismos.¹⁷

Pero la importancia del valor de la solidaridad, como nos recuerda el profesor Rodolfo Vázquez, ha encontrado en la pluma del filósofo contemporáneo, Richard Rorty, un vuelco crítico a la posición kantiana. El punto de partida, para Rorty, debe ser el estado de contingencia del ser humano, inserto en una comunidad históricamente determinada. Con Rorty ya no hay lugar a una racionalidad pura o a una objetividad del valor sino que irrumpe la discusión y tolerancia entre opiniones diversas:

¹⁶ Kant, Immanuel, *Fundamentación metafísica de las costumbres*, México, Grupo Editorial Tomo, 2004, p. 131.

¹⁷ Vázquez, Rodolfo, *Entre la libertad y la igualdad. Introducción a la filosofía del derecho*, México, Trotta, 2010, p. 158.

El punto de vista que estoy ofreciendo afirma que existe algo llamado progreso moral, y que este progreso se orienta en la dirección de una mayor solidaridad humana, sin embargo, esta no está concebida a partir del reconocimiento de algo común, la esencia humana, en todos los seres humanos, sino más bien, entendida como la habilidad de reconocer cada vez más las diferencias tradicionales (tribales, religiosas, raciales, de costumbre, y así por el estilo) como insignificantes cuando se las compara con las similitudes respecto al sufrimiento y a la humillación —la habilidad para pensar en las personas radicalmente diferentes como incluidas en un “nosotros”.¹⁸

En una etapa de pandemia, la situación contingente y vulnerable del ser humano se exagera y muestra un cúmulo de peculiaridades difíciles de percibir a partir de un abstracto escenario de preconditionación o carácter hipotético. Por ello, nos parece pertinente, siguiendo a Rorty, traer a colación que una de las preguntas torales implícitas en un planteo solidario es ¿estás sufriendo? y no una como ¿crees y deseas lo que nosotros creemos y deseamos?¹⁹

Ahora bien, no pasamos por alto que los desafíos éticos que han surgido hasta ahora en la pandemia de coronavirus se orientan también, en gran medida, a la antigua lucha entre las libertades individuales y el bien público. El debate sobre las regulaciones de distanciamiento social ha enfrentado a quienes la critican como una limitación inaceptable en los derechos individuales frente a aquellos que la contemplan como una medida restrictiva para proteger a la comunidad.²⁰ Este enfrentamiento se ha presentado sobre todo en países con una tradición individualista como Estados Unidos.

Los países han tenido que mediar entre la protección al derecho a la salud y la restricción de libertades. En algunos casos los gobiernos han aprovechado la crisis para suspender libertades constitucionales, aprobar leyes de emergencia y gobernar por decreto. Se teme que algunas medidas adoptadas en ciertos países se orientan más a consolidar el control que a proteger la salud pública.

Además, el problema se agrava en países con grandes desigualdades económicas donde las medidas de salud pública como el distanciamiento pueden ser inalcanzables para millones de personas que tienen que salir necesariamente a trabajar para sobrevivir. En ese sentido, las especificida-

¹⁸ Citado por Vázquez, Rodolfo, *op. cit.*, p. 180.

¹⁹ *Idem.*

²⁰ Fairchild, Amy *et al.*, “Vexing, Veiled, and Inequitable: Social Distancing and the Rights Divide in the Age of COVID-19”, *The American Journal of Bioethics*, mayo de 2020, disponible en: <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764142>.

des de cada región delimitan las posibilidades de la eficacia de ciertas medidas sanitarias, como el distanciamiento social. En el norte de México, por ejemplo, la presencia de la industria maquiladora como uno de los ejes fundamentales en torno al cual gira la actividad económica de la mayoría de las ciudades, anticipó desde el surgimiento de la pandemia la relativización de la eficacia de la medida en la vida cotidiana, pues la gran mayoría de estas industrias maquiladoras, consideradas esenciales o no esenciales, suelen funcionar bajo cadenas de producción caracterizadas por un entorno de aglomeración. Esta situación propició, desde los inicios de la pandemia, que en un breve paso se hayan documentado por los medios nacionales e internacionales, alarmantes brotes del virus en algunas de las principales maquiladoras del norte del país.

Precisamente porque las especificidades de la realidad socioeconómica y política determinan la posibilidad de poner en marcha determinadas medidas sanitarias, es conveniente mencionar que el atrincheramiento de principios o valores es poco conveniente a la hora de fijar parámetros anclados en una pretensión de estatismo.

En torno a esa pretensión es usual que se recurra a principios éticos como punto de partida para justificar medidas sanitarias, como la célebre tipología establecida por Beauchamp y Childress: los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y de justicia. El principio de autonomía, afirman, como el derecho a tener opiniones propias, a elegir y realizar acciones basadas tanto en valores como en sus creencias personales.²¹ En sentido negativo, el principio se refiere a que las acciones autónomas no deben ser limitadas por otros;²² en sentido positivo nos obliga a favorecer la adopción de decisiones autónomas;²³ el principio de beneficencia como la obligación moral de ayudar a otros a promover sus intereses importantes y legítimos;²⁴ el principio de no maleficencia como la obligación de abstenerse intencionalmente de realizar acciones que pueden causar daño;²⁵ y finalmente, el de justicia, que hace referencia a la obligación de tratar a cada uno como corresponde, esto es, como un principio de política sanitaria y de reparto equitativo de recursos sanitarios.²⁶

²¹ Beauchamp, Tom L. y Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2001, p. 63.

²² *Ibidem*, p. 64.

²³ *Idem*.

²⁴ *Ibidem*, p. 166.

²⁵ *Ibidem*, p. 115.

²⁶ *Ibidem*, p. 227.

Sin embargo, vistos de manera estática, las tipologías de los principios en el terreno bioético pasan por alto la posibilidad de colisiones entre los mismos y la ambigüedad de su propia significación. Por esa razón, parecería más pertinente encarar la problemática partiendo de procesos dialógicos, pluridisciplinarios y deliberativos, antes que establecer el atrincheramiento apriorístico de un conjunto de principios fijados de manera permanente. Precisamente por ello, la denominada “escuela latinoamericana” considera a la bioética como una disciplina que tiene en el diálogo y la crítica sus herramientas principales, en escenarios de inclusión y solidaridad.²⁷

Francisco Javier León Correa, considera que debemos definir algunas nociones previas al diálogo, que tienen especial importancia en el ámbito de Latinoamérica:

- a) El debate en bioética debe ser plural, tolerante y sin fundamentalismos, por un lado, y sin imponer un laicismo, por un lado militante y excluyente por el otro. Asimismo, se deben excluir los “despotismos ilustrados” de cualquier signo y por lo tanto, se debe exigir la presentación pública de las razones de cada una de las posiciones respetables o tolerables, por lo que es necesario abrir espacios de diálogo para ventilar cualquier medida bioética.
- b) Se debe establecer un consenso previo al debate en torno a los bienes humanos básicos y a los derechos fundamentales, no importando solo la referencia teórica general o constitucional, sino el análisis de las conclusiones prácticas que la experiencia histórica de estas últimas décadas ha aportado a cada país de Latinoamérica.
- c) Debemos estudiar y proponer un nuevo modelo de relación entre el profesional de la salud y la persona atendida. No cabe una aceptación acrítica de modelos externos ni una especie de indiferencia o abstención ante la evolución rápida de nuestras sociedades, desde un paternalismo a formas de contractualismo más o menos individualista, o esquemas neoliberales poco acordes con la experiencia clínica de nuestros países.

²⁷ En la década de los noventa se consolida la bioética como una disciplina académica en buena parte de los países de América Latina. La publicación del Boletín de la Organización Panamericana de la Salud le empezó a dar presencia formal a la bioética. A partir de ahí, se empieza a desarrollar y a consolidar la disciplina en el ámbito latinoamericano, en un principio, influida por los caracteres de los modelos anglosajones pero poco a poco adquiriendo caracteres epistemológicos propios. *Cfr.* León Correa, Francisco Javier, *La bioética latinoamericana en sus textos*, Santiago, Unidad de Bioética OPS/OMS, 2008, pp. 23-25.

- d) Finalmente, León Correa señala que en la asimilación de los contenidos de la bioética norteamericana y europea en nuestros países, debemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales.²⁸

Nosotros consideramos que el carácter dialógico de la perspectiva latinoamericana en bioética, en efecto, debe asumir los primeros tres rasgos expuestos por León Correa, pero no el relativo a una jerarquización de los principios. En una sociedad pretendidamente dialógica, dúctil y pluralista, recordemos con Zagrebelsky, ningún principio debe recibir una jerarquización *a priori*, porque ello significaría su entronización y la ruptura con el carácter abierto y tolerante de las sociedades contemporáneas.²⁹

V. CONCLUSIÓN

La pandemia de COVID-19 trajo aparejada una crisis en los sistemas de salud de algunos países del mundo, específicamente caracterizados por entornos de escasez e incertidumbre frente a las cualidades inéditas del virus al que se intenta hacer frente. La ausencia de equilibrio entre los requerimientos generados por el impacto de pandemia y los recursos disponibles, generó inmediatamente dilemas bioéticos con vínculos específicos en la juridicidad. Las medidas sanitarias que fueron tomando los países conforme el virus fue introduciéndose en sus respectivas poblaciones impactó directamente aspectos bioéticos que tienen que ser analizados a la luz de la especificidades y contextos. En este sentido, las perspectivas que consideran, en tiempos de pandemia, todavía la resolución bioética a la luz de principios o valores atrincherados y estáticos deben dar paso a una perspectiva más deliberativa y pluralista, en donde las obligaciones morales y jurídicas de los prestadores de servicios de salud, así como de la población en general se observen bajo la lupa de la relativización, sin fundamentalismos de ninguna clase y sin condenas morales apriorísticas. Medidas específicas como el triaje y el distanciamiento social, abordados en este texto, conjuntamente con las obligaciones jurídicas y morales de los profesionales de la medicina deben ser abordadas sin las cadenas a las que suelen someter los decálogos decimonónicos y absolutos del quehacer de las disciplinas y alejarse también de cualquier postura perfeccionista y paternalista en torno al comportamiento social.

²⁸ León Correa, Francisco Javier, *op. cit.*, pp. 27 y 28.

²⁹ Zagrebelsky, Gustavo, *El derecho dúctil. Ley, derechos, justicia*, Madrid, Trotta, 1995, pp. 9-20.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, “Responsibilities in Disaster Response & Preparedness”, *Code of Medical Ethics: Physicians*, 2017, disponible en: <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/opinion%208.3?uri=%2FAMADoc%2FEthics.xml-E-8.3.xml>.
- BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2001.
- CÁRDENAS GRACIA, Jaime, *La argumentación como derecho*, México, UNAM, 2005.
- DAHL, Robert, *Los dilemas del pluralismo democrático*, México, Patria, 1991.
- FAIRCHILD, Amy *et al.*, “Vexing, Veiled, and Inequitable: Social Distancing and the Rights Divide in the Age of COVID-19”, *The American Journal of Bioethics*, mayo de 2020, disponible en: <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764142>.
- FARALI, Carla, “La bioética y los desafíos futuros de la filosofía del derecho”, *Frónesis*, Caracas, vol. 17, núm. 1, abril de 2010.
- GARZA VILLASEÑOR, Lorenzo de la y LARREY, Dominique Jean, “La cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio (Parte II)”, *Cirujano General*, vol. 26, núm. 1, 2004.
- GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SEMICYUC, “Recomendaciones bioéticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos”, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, 2020, disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf.
- KANT, Immanuel, *Fundamentación metafísica de las costumbres*, México, Grupo Editorial Tomo, 2004.
- KOH, Harold y SLYE, Ronald, *Democracia deliberativa y derechos humanos*, Barcelona, Gedisa, 2004.
- LEÓN CORREA, Francisco Javier, *La bioética latinoamericana en sus textos*, Santiago, Unidad de Bioética OPS/OMS, 2008.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers, Including Key Considerations for Occupational Safety and Health”, 2020, disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0.

- RAWLS, John, *Teoría de la justicia*, México, FCE, 1995.
- RIVERA, Eduardo, “Derecho y bioética”, en FABRA, Jorge y SPECTOR, Ezequiel (eds.), *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015, vol. III.
- SNYDER, Lois *et al.*, *Manual de ética* 6a. ed., American College of Physicians, disponible en: https://www.acponline.org/system/files/documents/running_practice/ethics/manual/spanish-ethics-manual-6th-edition.pdf.
- VÁZQUEZ, Rodolfo, *Entre la libertad y la igualdad. Introducción a la filosofía del derecho*, México, Trotta, 2010.
- VERGANO, Marco *et al.*, “Raccomandazioni di etica clinica per l’amissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità riores disponibili”, Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, 2020, disponible en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>.
- ZAGREBELSKY, Gustavo, *El derecho dúctil. Ley, derechos, justicia*, Madrid, Trotta, 1995.