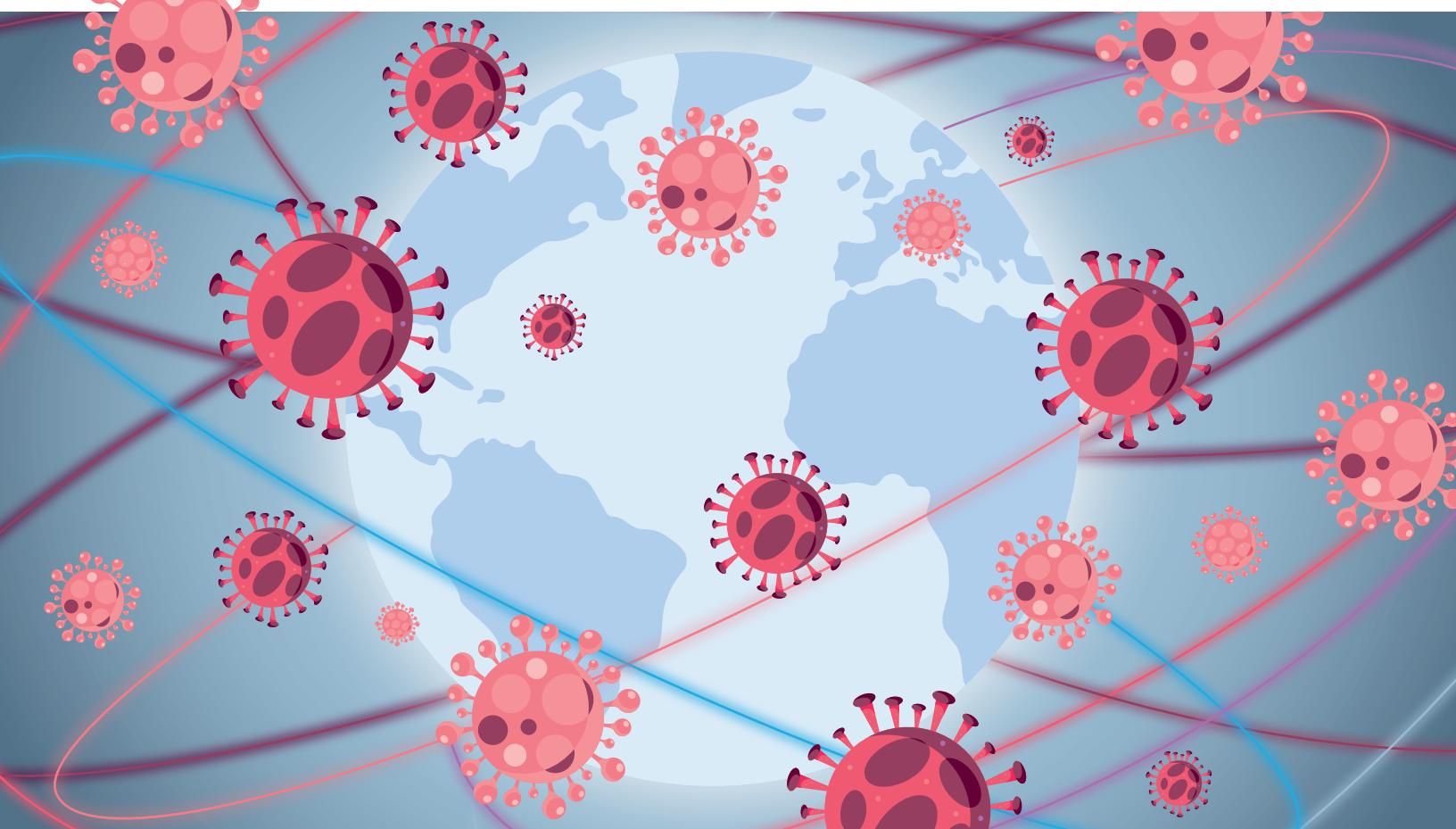


Víctor M. Martínez Bullé Goyri
y Carlos Viesca y Treviño
Coordinadores

Reflexiones desde la **bioética** en la **pandemia** de **COVID-19**



Reflexiones

desde la

bioética

en la

pandemia

de

COVID-19

Universidad Nacional Autónoma de México
Programa Universitario de Bioética
Instituto de Investigaciones Jurídicas

Reflexiones desde la **bioética** en la **pandemia** de **COVID-19**

Víctor M. Martínez Bullé Goyri y
Carlos Viesca y Treviño
Coordinadores



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa Universitario de Bioética
Instituto de Investigaciones Jurídicas
Ciudad de México, 2025

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales y de Información.

Nombres: Martínez Bullé Goyri, Víctor M. (Víctor Manuel), editor. | Viesca y Treviño, Carlos, 1942-, editor.

Título: Reflexiones desde la bioética en la pandemia de COVID-19 / Víctor M. Martínez Bullé Goyri y Carlos Viesca y Treviño, coordinadores.

Descripción: Primera edición electrónica. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Bioética : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2025. -- Cubierta.

Identificadores: LIBRUNAM 2273215 (libro electrónico) | ISBN 9786075879529.

Temas: Pandemia de COVID-19, 2020-2023 -- Aspectos morales y éticos. | Pandemia de COVID-19, 2020-2023-- Aspectos sociales. | Bioética.

Clasificación: LCC RA644.C67 (libro electrónico) | DDC 614.592414—dc23

Primera edición electrónica: 17 de octubre de 2025

Reflexiones desde la bioética en la pandemia de COVID-19

Coordinadores: Víctor M. Martínez Bullé Goyri y Carlos Viesca y Treviño

D.R. © 2025 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, C.P. 04510,
Ciudad de México, México.

Programa Universitario de Bioética

Sótano del edificio del Centro de Ciencias de la Complejidad, Centro Cultural Universitario,
Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.
www.bioetica.unam.mx

Instituto de Investigaciones Jurídicas

Círculo Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510,
Ciudad de México, México.

ISBN: 978-607-587-952-9

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.

Hecho en México.

Índice

- | | |
|------------|---|
| 011 | Presentación |
| 013 | 01. Reflexiones bioéticas en relación con las vivencias y el manejo de epidemias: una visión desde la historia hacia el COVID-19
<i>Carlos A. Viesca y Treviño, María Blanca Ramos de Viesca</i> |
| 034 | 02. La pandemia por COVID-19 como un factor adverso para la construcción de paz en México
<i>María Elizabeth de los Ríos Uriarte, Antonio Cabrera Cabrera, Alejandro Sánchez Guerrero y David Cerdio Domínguez</i> |
| 061 | 03. La condición humana frente a la pandemia COVID-19. Vulnerabilidad, soledad y solidaridad
<i>María de la Luz Casas Martínez</i> |
| 079 | 04. La pandemia de COVID-19 y la vulnerabilidad de los derechos humanos
<i>Víctor M. Martínez Bullé Goyri</i> |
| 098 | 05. Reflexiones sobre la pandemia COVID-19 desde una perspectiva de género
<i>Lourdes Velázquez González</i> |
| 110 | 06. Tanatopolítica en la emergencia por COVID-19: el intento de instaurar una guía para asignación de recursos en situación de contingencia
<i>Carolina Consejo y Chapela</i> |
| 138 | 07. Experiencia y acciones de los comités de ética en investigación y comité hospitalario de bioética durante la pandemia por COVID-19
<i>Samuel Weingerz Mehl</i> |

- 
- 149** 08. Cuidados paliativos domiciliarios de excelencia. Instrumento ideal para la atención de pacientes COVID en fase terminal
Michelle Charlotte Coulon Herbelin, Mónica Jaimes Palomera y Luz María Guadalupe Pichardo García
- 168** 09. Pandemia por COVID-19. Pendiente el rediseño de las estructuras gubernamentales y de la organización académica y social
Juan Garza Ramos
- 183** 10. Bioética, educación y COVID: enseñanzas y aprendizajes
Ana Lilia Higuera Olivo
- 196** 11. Casos de COVID-19 desde la bioética narrativa. Una perspectiva socio-médica
Ricardo Paulino José Gallardo Díaz
- 228** 12. Reflexiones emitidas durante el Seminario de Formación de Emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2
Octavio Márquez Mendoza, Alfredo Camhaji Samra, Laura Villavicencio Pérez, Patricia Hernández Valdez, Rodrigo Brugada De San Jorge, Alejandra Tovar López y Jorge Margolis

Presentación

La presente obra es producto de un esfuerzo colectivo del Seminario Interdisciplinario de Bioética (SIB), el cual surgió a partir de la organización y celebración del I Congreso Internacional de Bioética, impulsado por la Facultad de Medicina de la UNAM, y que se desarrolló con un gran éxito en la Ciudad de México en enero de 2020. Los integrantes del Comité Organizador del Congreso nos reunimos días después de su celebración para evaluar los resultados y acordamos dar continuidad a la reflexión en torno de la Bioética, mediante un seminario permanente interdisciplinario e interinstitucional que se reuniría de manera mensual para comentar y discutir los temas bioéticos relevantes que surgían cotidianamente en el ámbito público y académico, abriendo también la puerta a otros proyectos por realizar de manera conjunta.

La razón principal para constituir el Seminario fue que el Congreso había logrado reunir a un grupo representativo de distintas instituciones y corrientes bioéticas en el país; además de sumar la participación de varios muy distinguidos colegas extranjeros.

Antes de que pudiéramos iniciar con las reuniones del Seminario se desató la pandemia por COVID-19 y el consecuente aislamiento. Esta situación, lejos de hacernos desistir, nos obligó a rediseñar el funcionamiento del Seminario para realizar las sesiones en línea, lo que nos permitió incrementar el número de sesiones de una a dos por mes. Esto de alguna manera redefinió la manera de trabajar, ya no con reuniones presenciales, sino que nuestro Seminario adoptó el trabajo en línea con muy buenos resultados.

Una vez lanzado el Seminario, la respuesta de los colegas que se ocupan de la Bioética en nuestro país y en el extranjero fue más que buena, y hoy el Seminario cuenta con más de cien miembros nacionales e internacionales.

La pandemia nos afectó a todos y nos enfrentó de manera brutal al dolor de la pérdida de vidas humanas y al deterioro de las condiciones de vida, así como a situaciones inéditas. La manera en la que las autoridades la enfrentaron se orientó, en muchas ocasiones, más a salvaguardar sus propios intereses que los de la salud y bienestar de la población. Ante ello, se hizo indispensable la reflexión ética, que ofreciera luz y orientación a las autoridades y a las personas para afrontar la situación que vivíamos. La pandemia nos presentó de manera dramática una gran cantidad de temas y situaciones que requerían abordaje bioético, y todos fueron tratados en las distintas sesiones del Seminario.

La pandemia fue sin duda un reto para la medicina, la cual enfrentó un virus desconocido con graves consecuencias en la salud (también desconocidas); la carencia de tratamientos y medicamentos específicos obligó a utilizar con prudencia los conocimientos para atender a los afectados. La infraestructura sanitaria se vio desbordada en todos los países y obligó incluso a tomar decisiones éticamente difíciles ante la carencia de insumos para la atención médica. Dicho periodo nos mostró la fragilidad de las personas, de las instituciones y de los propios Estados, así como nuestra vulnerabilidad ante situaciones imprevistas. Muchas personas murieron por la falta de atención médica oportuna

e incluso por las malas decisiones que tomaron las autoridades. Con buenas decisiones se podrían haber salvado muchas vidas.

La investigación biomédica se enfrentó al reto de desarrollar una vacuna para combatir el nuevo virus, lo que se logró con una velocidad que se pensaba imposible, pero una vez contando con la vacuna vinieron otros retos igual de difíciles, su producción masiva y su distribución, buscando equidad para que llegara también a países con menos recursos, lo que no se consiguió como se esperaba, pues los países ricos acumularon enormes cantidades de vacunas, lo que impidió el acceso oportuno a las mismas para millones de personas.

Una vez con la vacuna, los países tuvieron que desarrollar una logística muy específica para su aplicación con la velocidad y eficiencia que se necesitaba. En muchas ocasiones sin contar con la infraestructura para hacerlo y enfrentando la toma de decisiones tan relevantes como a quién se le debía dar preferencia para recibirla, ya que inicialmente no había para todos en la mayoría de los países.

Más allá del ámbito sanitario la pandemia significó la crisis de muchas estructuras del Estado que debieron limitar su capacidad o directamente suspender su actividad. Especialmente grave fue el impacto económico y

laboral, así como en educación. La productividad se desplomó en todos los países, millones de personas perdieron sus empleos y fuentes de trabajo, y en algunos países, como en México, la pandemia significó un retroceso de 10 años en el desarrollo económico y social; en educación significó al menos la pérdida de un año escolar para toda una generación.

La vida y existencia de nuestro Seminario estuvo desde su origen estrechamente ligado a la pandemia de COVID-19; el grupo académico nació precisamente con el inicio de la emergencia sanitaria, las condiciones y restricciones que se impusieron a la vida cotidiana definieron nuestro método de trabajo.

Nuestras reuniones colmadas de discusiones desde la bioética exigieron la reflexión urgente, así como el análisis de los constantes dilemas éticos y morales que se fueron presentando. Lo anterior sumado a la terrible desazón frente al dolor y al sufrimiento de la enfermedad, más la incertidumbre e inquietud por el futuro más inmediato nos invitaron a reflexionar. El presente volumen nos ofrece parte de las preocupaciones de los miembros del Seminario respecto a lo vivido y reflexionado en torno de la pandemia, con la intención de que este ejercicio sirva para que la siguiente pandemia nos encuentre mejor preparados.

Víctor M. Martínez Bullé Goyri y Carlos Viesca y Treviño



01

CAPÍTULO

Reflexiones bioéticas en relación con las vivencias y el manejo de epidemias: una visión desde la historia hacia el COVID-19

Carlos A. Viesca y Treviño. Seminario Interdisciplinario de Bioética; Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Academia Nacional de Medicina; Academia Mexicana de Cirugía; Academia Mexicana de Ciencias; International Society for the History of Medicine (ISHM); Academia Panamericana de Historia de la Medicina; Academie International de Philosophie de la Science (AIPS).

María Blanca Ramos de Viesca. Seminario Interdisciplinario de Bioética; Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM; International Society for the History of Medicine (ISHM); Academia Panamericana de Historia de la Medicina.

En la historia de la humanidad las epidemias han sido siempre motivo de gran preocupación y de reacciones de muy variado género, especialmente ante la posibilidad de una muerte cercana o inminente, sobre todo cuando se trata de una muerte colectiva; y en particular de la muerte de cada uno de quienes viven donde se presenta la enfermedad. Hablar en primera persona de la posibilidad de morir entraña reacciones y compromisos diferentes a hablar en segunda o tercera persona.

La pandemia de COVID-19 ha conmocionado al mundo en términos de confrontar a la humanidad con una enfermedad emergente, debida a un virus ya conocido en años previos, pero del que nunca se pensó que pudiera provocar una pandemia y menos con las características de gravedad y mortalidad que alcanzó, y para el que la ciencia médica actual no disponía de ningún medicamento específico. El abordaje, las investigaciones al respecto y el manejo de la pandemia hacen recordar situaciones similares ocurridas a lo largo de la historia, y obligan a reflexionar en los problemas éticos, hoy en día bioéticos, que han afectado y están afectando la evolución de la pandemia, su pretendido control y las perspectivas que se abren.

A tal efecto faremos una breve revisión de la pandemia de peste bubónica de 1348 y la de COVID-19, a fin de documentar y analizar las características de ambas, cómo se vivieron; las respuestas que se dieron para controlarlas y limitar su impacto; el manejo de los enfermos y los tratamientos a los que se acudió. Todo ello con la finalidad de poner en relieve las dimensiones éticas, tanto de los médicos y personal participante en la atención de la salud, como de la sociedad en general y los gobiernos.

La pandemia de peste bubónica de 1348

La peste negra, denominada así por las grandes áreas necróticas en el cuerpo de los enfermos —conocida también como peste bubónica debido a los ganglios infartados, muy especialmente en las ingles, conocidos como bubones— trajo consigo, además de una gran cantidad de muertes, la conciencia de que todos podrían morir en cualquier momento, y provocó serios cambios en el modo de vivir y en cómo enfrentar médica y socialmente una enfermedad desconocida y de gran impacto social y cultural.

La epidemia se originó en Asia Central, donde quince años antes de su difusión en Occidente, se presentaron brotes que alcanzaron a China, la India y otros países asiáticos, dejando un saldo de alrededor de 25 millones de muertes. En 1347 apareció en los puertos del Mar Negro y Constantinopla, luego en Egipto y el norte de África, llegando a Dalmacia, en la actual Dubrovnik, entonces Ragusa, sobre el mar Adriático, a fines de ese mismo año, y de allí a los grandes puertos e islas del Mediterráneo: Venecia, Nápoles, Génova, Marsella, Chipre y Sicilia, en particular Mesina, antes de penetrar al interior. En junio de 1348 se reportaron los primeros casos en París y, meses más tarde, afectó a todos los países europeos, no sólo los mediterráneos: España, Portugal, Inglaterra, Irlanda, Rusia y para 1350 los países nórdicos.¹

Se ha señalado que durante el primer embate de la peste hasta 1351, murió por esta causa entre 25 % y 45 % de la población de Europa, calculada en alrededor de 75 millones, lo que daría

¹ Jean-Noël Biraben, "Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens". Paris, Thèse de Doctorat Ès-Lettres (*Annales de démographie historique*, 1976), vol. I, 74 y ss.; George C. Kohn, *Encyclopedia of Plague and Pestilence* (Wordsworth Editions Ltd., 1995), 25 y ss. 251-252; Carlos Viesca Treviño y María Blanca Ramos de Viesca, "Las epidemias y su prevención y atención: una visión histórica desde la salud pública" (UNAM, 2022).

una cifra oscilante entre 18.75 y 35 millones de personas fallecidas.² En 1347, la ciudad de Florencia contaba con 120 mil habitantes; de acuerdo con el cronista Giovanni Morelli, al año siguiente murieron las tres cuartas partes; según Boccaccio fueron 100 mil.³ Hubo regiones enteras, como la costa que va desde Ostia, puerto de Roma, hasta el límite sur de Génova, en las que perecieron hasta nueve de cada 10 habitantes en muchos poblados. Otros datos sostienen que durante estos mismos años murió 80 % de la población de Marsella, así como la mitad de los 200 mil habitantes de Londres y las dos terceras partes de los estudiantes de Oxford.⁴

Los testamentos ofrecen datos indirectos, pues si bien no indican número de fallecimientos, sí el temor de morir pronto a causa de la enfermedad. Los *Libri Memoriali* de Bolonia dan la cifra de poco más de 1 200 testamentos formalizados en 1348, que descendió a poco menos de 500 en 1362, y se mantuvo en alrededor de 20 por año en el periodo que va de 1389 a 1423.⁵

La reacción cultural a tan terrible realidad se manifestó, por una parte, en la creación de la Danza de la Muerte, en representaciones y en música, donde la muerte baila con todos: monarcas y súbditos, pobres y ricos, mujeres y varones, niños y viejos; y, por otra, en asumir que la vida podría vivirse de una manera diferente a como se acostumbraba en años o, incluso, en siglos anteriores. Boccaccio reúne en su *Decamerón* actitudes que marcan fuertes contrastes ante la muerte: sus relatos mencionan diversas maneras de disfrutar la vida o cuentan de las legiones de flagelantes que recorren regiones y ciudades a golpes de látigo clamando que todos se arrepintieran y pidieran perdón por sus pecados.

En cuanto al control sanitario y médico, fueron planteadas medidas derivadas de los conceptos entonces vigentes para explicar la enfermedad. En primer término, contagio, entendido sólo como una enfermedad que pasa de una persona a otra o de un animal a otro o a una persona. En segundo lugar, el modelo derivado de los olores fétidos despedidos por los enfermos y los cadáveres, y los provenientes de los pantanos —paludes en latín, de lo que se deriva paludismo, y malaria en referencia al mal aire proveniente de ellos— condujo a creer que la trasmisión de la enfermedad se daba a través del aire. Siendo así, lo primero que se planteó y llevó a cabo fue el aislamiento de los enfermos y a separar a los sanos de todo aquello que fuera sospechoso de contagiar la enfermedad.

En cuanto al aislamiento, se cerraron los puertos y luego las aldeas y ciudades a las personas procedentes de áreas donde se sabía que estaba presente la peste. Muchas veces esto resultó inútil, pues el contagio ya había penetrado a través de viajeros no identificados como provenientes de dichas regiones. Este aislamiento llevó al viejo concepto de cuarentenas, propuesto por la medicina hipocrática veinte siglos atrás, según el cual las enfermedades agudas podían durar hasta siete días y las subagudas hasta siete veces siete, tomando como base de esto el que hubieran pasado los ciclos celestes de los siete planetas conocidos entonces. Siendo así y considerando un lapso de siete semanas como una posible garantía de que los individuos así aislados o retenidos fuera de los poblados no fueran portadores de la enfermedad, fueron establecidos sitios especiales para ello. En Oriente existían, al parecer desde antes, lugares donde las caravanas llegaban y permanecían por un tiempo antes de entrar a las ciudades con sus mercancías y animales para

2 Robert S. Gottfried, *The Black Death: Natural and Human Disaster in Medieval Europe* (The Free Press, 1983), 77.

3 Samuel K. Cohn, Jr., *The Black Death transformed. Disease and Culture in the Early Renaissance Europe* (Arnold and Oxford University Press, 2002), 65.

4 Kohn, *Encyclopedia of Plague and Pestilence*, 25.

5 Cohn, *The Black Death transformed. Disease and Culture in the Early Renaissance Europe*, 192.

vender. En los puertos y ciudades europeas se crearon sitios con ese mismo propósito, los llamados *lazaretos*, retomando el nombre de los lugares donde se aislaba a los leprosos, nombrados así en recuerdo de San Lázaro que, según la tradición evangélica, padeció dicha enfermedad.

Se sabe que, en esta primera oleada de la peste negra de 1348, Venecia y Génova, ante la urgencia de protegerse, contaron con pequeños establecimientos para mantener aislados a los viajeros y migrantes procedentes de sitios en los que se sospechaba estaba presente la enfermedad. Venecia lo ubicó en una pequeña isla, dentro de la laguna véneta, y Génova lo hizo en un recinto en sus afueras, cerrado a todo acceso hacia y desde la ciudad.⁶ Sin embargo, cabe señalar que los *lazaretos*, como establecimientos formales, sólo fueron fundados medio siglo más tarde y conservaron el nombre. Actualmente, se sigue llamando de esta manera a los sitios donde se aíslan a las personas que proceden de lugares en los que está presente alguna enfermedad trasmisible, sea endémica o epidémica, o a los individuos afectados por ellas.

La República de Venecia fue pionera en establecer y poner en práctica políticas sanitarias. Es notable y digno de alabanza haber establecido un comité sanitario cuya función fue dictar las medidas de aislamiento de los enfermos y para el manejo de los cadáveres, así como mantener vigentes las restricciones de entrada y salida del puerto. El establecimiento de esta comisión con tres miembros —tres sabios decía el documento oficial— tenía la finalidad de “examinar diligentemente sobre todo modo y manera que viera por la conservación de la salud”.⁷

En este mismo sentido, el gobierno de Ragusa dio otro ejemplo. Hacia los años setenta de ese mismo siglo XIV tomó la decisión de establecer *lazaretos* en dos islas razonablemente alejadas del puerto; por espacio de un mes, en ellos se mantenían las naves que provenían de sitios donde estaba presente la enfermedad o había sospecha de ello.⁸

Sin embargo, hubo que esperar tres cuartos de siglo después del primer impacto de la peste bubónica para que en Venecia fuera construido el primer *lazareto* permanente, es decir con una construcción exprofeso hecha con materiales duraderos, desechándose definitivamente la construcción de cabañas y albergues cuya destrucción y remplazo por otros semejantes estaba prevista de inicio. Esto sucedió en 1423 ante la aparición de un nuevo brote de peste. El lugar seleccionado fue una isla cercana a aquella en la que se había alojado a los leprosos desde el siglo XIII, cuando se decidió alejarlos de la ciudad, donde se les había destinado una casa situada en Corte de San Gervasio y San Protasio.⁹ La acción fue de suma importancia y constituye un antecedente primordial de múltiples hechos que hasta hoy en día han contribuido y continúan haciéndolo en la lucha para el control de epidemias y pandemias. Como señalábamos, hubo de pasar un buen lapso entre la pandemia de peste negra de 1348 y la instalación de este primer *lazareto*, tiempo durante el cual fueron prescritas y no dejaron de observarse medidas de aislamiento de los enfermos y el manejo de los cadáveres, sepultándolos fuera de las poblaciones y entre capas de cal viva, así como la quema de sus ropas y pertenencias íntimas.

6 Carlos Viesca y Mariblanca Ramos de Viesca, “Las epidemias y su prevención y atención: una visión histórica desde la salud pública”, (8 de octubre de 2021), 9.

7 Nelli-Elena Vanzan Marchini, *Guardarsi da chi non si guarda. La Repubblica di Venezia e il controllo delle pandemie*, (Cierre Edizioni, 2022), 26.

8 Richard J. Palmer, “L’azione della Repubblica di Venezia nel controllo della peste. Lo sviluppo della politica governativa”, en *Venezia e la peste. 1348-1797* (Marsilio Editori, 1979), 103-110.

9 Vanzan, *Guardarsi da chi non si guarda. La Repubblica di Venezia e il controllo delle pandemie*, 34.

Un segundo lazareto, denominado *Lazareto Nuovo*, construido en una isla situada al interior de la laguna veneciana, pero suficientemente alejado y aislado, tanto de la ciudad como de tierra firme, para impedir la difusión del contagio llegado por vía marítima; data de mediados del siglo XVI y siguió en funciones hasta entrado el siglo XX, siendo transformado en un museo donde se exhiben grabados de época y todos los aparatos y vestimentas entonces diseñados para protegerse del contagio.

Resulta definitivamente claro que las autoridades de la Serenísima República de Venecia asumieron la responsabilidad moral de los gobiernos en lo tocante al cuidado y protección de sus poblaciones ante la amenaza a la salud colectiva; de lo que se desprende, obviamente, la atención de los individuos de acuerdo con los sistemas entonces vigentes. No deja de llamar la atención, y obliga a pensar en lo que ha sucedido en pandemias posteriores, que las medidas de protección no fueron inmediatas; llevó muchos años implementarlas paulatinamente. Limitándonos al escenario de Venecia, que hemos seleccionado como ejemplo, dado el impacto de la pandemia en esta ciudad y su prioridad en la aplicación de medidas para controlarla, cabe señalar que los lazaretos fueron formalmente instalados sólo cuarenta y cinco años después de la aparición de la primera epidemia de peste negra y esto ante la presencia de un nuevo brote. El *Ufficio della Sanità*, encargado de vigilar las acciones preventivas y de control, fue establecido hasta 1489, es decir ciento cuarenta años después de la epidemia de 1348, y sólo casi tres cuartos de siglo después fueron establecidos los cargos de superintendentes nominados para tales efectos.¹⁰ En términos de ética y responsabilidad en las políticas dictadas por los gobiernos, éste del estado véneto es un soberbio ejemplo, y es digno de señalarse porque, por ejemplo, en Francia fue sólo a consecuencia de la gripe española de 1918 que Poincaré creó el Ministerio de la Salud.

En lo correspondiente al cuidado y la atención de los enfermos y a la prevención de la diseminación del contagio, el hecho más relevante es la aparición de la figura del “médico de la plaga”. Este tipo de profesional que surgió en plena pandemia, ante la necesidad de atender a los enfermos y ante la conciencia de que sólo detectando los casos en los estadios iniciales de la enfermedad podría prevenirse su diseminación, hizo gala de profesionalismo y compromiso ético. Los primeros surgieron en Venecia y otras ciudades italianas, pero en las siguientes décadas se hicieron presentes en prácticamente todos los países de la Europa occidental, con Francia, Inglaterra y los Países Bajos en primer término. En algunos sitios fueron contratados por las autoridades de la ciudad, siendo esto mucho más frecuente y favorecido donde predominaban gobiernos civiles y mucho más tardío en el caso de las monarquías. La mayoría de las veces —y esto predominó en los siglos subsecuentes—, los médicos contratados eran galenos jóvenes que buscaban iniciar una carrera profesional con una base segura, por riesgosa que ésta fuera, o médicos que, por alguna razón, no habían tenido éxito en hacerse de una buena clientela. Un problema serio que tuvieron que encarar fue el de aislarse, en las áreas destinadas para ello, una vez terminada la atención de sus enfermos; estos médicos debían observar la cuarentena antes de reincorporarse a una vida familiar y social normal. Como ejemplo se puede citar el caso del médico de plaga en Pavía, Giovanni de Ventura, quien, en 1479, obtuvo un contrato con un salario de 360 florines anuales —cifra nada despreciable si se considera que el Mayor de la ciudad recibía 540 y un profesor universitario 200— y se le otorgaba “una morada adecuada en una adecuada locación”. Además, su pago incluía dos meses

10 Vanzan, 48 y ss.

más del mismo salario devengado después de concluir sus funciones como médico de plaga, los cuales en cierta medida compensaban la cuarentena que debería guardar.¹¹

Ahora bien, estos médicos y todos los cuidadores, religiosos y laicos, que estuvieran en contacto con los enfermos y posibles contagiados, así como con sus pertenencias, tuvieron que tomar medidas que parecerían exageradas y hasta exóticas, a fin de evitar contagiarse ellos mismos y diseminar del contagio. Mencionemos algunas de ellas. Considerando que en ese entonces se pensaba que las enfermedades contagiosas eran trasmitidas a través del aire, en particular del aire maloliente como era el de las exhalaciones de los pantanos —de donde deriva el término *malaria*, y el de peste o *pestilencia* como genérico para denominar las epidemias con el olor fétido como común denominador—, muchas de las medidas que se tomaron estuvieron dirigidas a preservar las ciudades y a las personas de los “aires pestilenciales” procedentes de las áreas circunvecinas como de los emanados de los cadáveres y los exhalados por los propios enfermos. Baste recordar que el origen de decir “salud” cuando alguien estornuda procede precisamente de los tiempos de la peste negra de 1348, peste bubónica en su forma neumónica, dado que el estornudo era el primer anuncio de la enfermedad y de un desenlace fatal.

Ante tal amenaza y con la conciencia de la inmensa cantidad de muertes que la peste negra fue sembrando en su camino, no sólo fueron impuestas medidas de aislamiento, sino también fue establecido que todo aquel que tuviera contacto con los enfermos tuviera precauciones que pudieran parecer exageradas a primera vista, pero cuyo fundamento era y sigue siendo disminuir, al máximo posible, el riesgo de contagio. Se dispuso que médicos, religiosos y religiosas que se acercaban a los enfermos como un acto de caridad, no los tocaran, ni sus cuerpos ni sus pertenencias, y utilizaran trajes diseñados exprofeso que los cubrían por completo. Debían usar guantes y ponerse máscaras, las más frecuentes en forma de caras de pájaro con grandes picos, pues pensaban que así dificultarían el paso de los miasmas portadores de la enfermedad a la nariz y boca de quienes las usaban.¹² Es de sumo interés notar que éste es el antecedente directo del uso de mascarillas y cubrebocas, medida cuya utilidad fue muy discutida en el curso de la pandemia de COVID-19, pero ha quedado más que demostrada, si bien ahora ya no se piensa en miasmas, sino en transmisión por vía aérea de los virus causantes de la enfermedad. En el mismo sentido se ordenó hacer hogueras, y en el siglo xv se quemó pólvora en los cruces de calles y canales; además, se utilizaron perfumes para contrarrestar los malos olores.¹³

Los proveedores de la sanidad establecieron desde muy temprano reglamentos y leyes orientados a definir y dar el carácter de obligatorio al comportamiento ético de los priores, los médicos, los capellanes y los ministros de los lazaretos. Destacaban las prohibiciones de beneficiarse con las donaciones o prebendas dadas por los pacientes recuperados que salían del lazareto y también de aprovecharse de las herencias de los fallecidos.¹⁴ Estas disposiciones jurídicas, de derecho positivo, destacan el hecho de que, socialmente, la puesta en práctica de las buenas conductas y la prevención de acciones que vayan en contra de ellas siempre ha sido motivo de la acción de legisladores y la subsecuente promulgación de leyes, normas y reglamentos. El objetivo central

11 Gottfried, *The Black Death: Natural and Human Disaster in Medieval Europe*, 125-126.

12 Carlos Viesca Treviño, “La muerte colectiva: la realidad de las epidemias y la construcción de un imaginario”, en *La muerte* (El Colegio Nacional, 2004), 129-173.

13 Viesca y Ramos, 11.

14 Vanzan, 47-48.

de estas acciones es —igual en el siglo XIV que en la actualidad— coadyuvar a la correcta agencia moral por parte de los diversos actores sociales involucrados; en este caso particular, en el cuidado y atención de los enfermos y en el manejo de sus pertenencias.

La otra cara de la moneda, insistimos, presenta el alto riesgo de que médicos, cirujanos y cuidadores se contagien. En 1348, igual que en 2020, un altísimo porcentaje de médicos enfermó y muchos de ellos murieron. En 1563, Guy de Chauliac, quien atendió a una considerable cantidad de pacientes durante la peste negra de 1348, afirmaba en un pequeño apartado de su *Chirurgia Magna* —que dedicó a “la gran mortandad”— que dicha enfermedad “fue inútil y vergonzosa para los médicos”, dejando ver que gracias a las enfermedades que atendían y lograban curar, los médicos obtenían confianza y prestigio. Pero asimismo señala que, debido al temor a infectarse, muchos de ellos no se atrevían a visitar a los enfermos y cuando actuaban así, no hacían ni ganaban nada.¹⁵

La obligación moral de atender a los enfermos en casos de pandemias, hoy y en tiempos ya lejanos, se vio seriamente dejada de lado por muchos profesionistas quienes se negaron a asistir a los enfermos, y enaltece la actitud y acciones de otros. Por una parte, las autoridades civiles y sanitarias imponen medidas de aislamiento y de reclusión de enfermos y sospechosos de estarlo, pero a la vez ordenan que los médicos tienen que —no sólo deben— asistir a los enfermos. Médicos y cirujanos pagados por los señores o las comunas no tuvieron más remedio que atender enfermos; entonces de peste, de COVID-19 ahora, so pena de perder su salario y su trabajo. Muchos, como señalábamos, enfermaron y no es casual, por supuesto, que las tasas de mortalidad de los trabajadores en la atención de la salud fueron y son mucho más altas que en cualquier otro grupo de población. Es anecdótico el relato de Guy de Chauliac, quien comenta que fue contagiado y estuvo grave hacia el fin de la epidemia de 1348, logrando recuperarse tras seis semanas durante las cuales todos lo daban por muerto.¹⁶

Una consecuencia interesante de este incumplimiento de los fines últimos de su ejercicio profesional es que, ante la falta de respuesta a los requerimientos de su profesión, los médicos dejaron de ser vistos como los protectores naturales de la salud de las personas para ser sospechosos de indiferencia. Al momento de ser incorporados como agentes de las autoridades, fueran monárquicas, civiles o sanitarias, se volvieron sus agentes y cómplices de políticas y acciones que no siempre han complacido a la población. Esto que se vio en Venecia desde el primer embate de la peste, se ha reforzado y recrudecido en sus sucesivos brotes, muy particularmente los acaecidos en el siglo XVIII, en especial la peste de Marsella (1720-1722), para consolidarse hacia el futuro como lo normal para combatir epidemias. Las acciones de prácticamente todos los países para controlar la pandemia de cólera (1826-1837) fueron el clímax de esta actitud y la consagraron para épocas posteriores, pues no sólo recrudecieron la aplicación de las medidas de aislamiento y el control de puertos “de mar y tierra”, sino también dieron curso a las discusiones emanadas de los problemas comerciales y económicos derivados de ellas y llevaron a la consideración y puesta posterior en práctica de disminución de los tiempos de cuarentena —sobre todo después de que fueron conocidos los gérmenes patógenos y sus períodos de incubación. Un buen ejemplo lo proporcionan las acciones tomadas por el doctor Eduardo Liceaga, en 1886, al establecer una cuarentena y la desinfección de todos los barcos que llegaban a Veracruz y Tampico, procedentes de cualquier puerto

15 Guy Chauliac, “Chirurgia Magna”, en *Un secolo d’oro della Chirurgia Francese (1300)*, Mario Tabanelli, vol. II. (Tipografia Valbonesi, 1970), 124.

16 Chauliac, *Un secolo d’oro della Chirurgia Francese (1300)*, 125.

en el que se tuviera noticia de la presencia de cólera, epidemia que se sabía que afectaba a varios puertos europeos. El resultado fue que no se dio ningún caso en nuestro país.¹⁷

Por otra parte, la reflexión ética llevada a cabo desde el terreno de la medicina ante la catástrofe que, en todos sentidos, constituyó esta primera oleada de la pandemia de peste negra, no llegó a desarrollar contenidos teóricos específicos y a profundidad, sino que se enfocó —y obtuvo logros importantes— en establecer lineamientos de conducta para médicos y cirujanos —barberos cirujanos en la mayoría de los casos—, en relación con los pacientes. En una palabra, se observa la aparición y puesta en práctica obligatoria de varios códigos deontológicos. Este interés por rescatar la tradición ética que, como se ha señalado, provenía de la medicina hipocrática y había sido tomada como modelo en su rescate hecho por Galeno en el siglo II d. C., así como por las tradiciones hebrea —a través de Maimónides— y árabe —principalmente con Avicena—, había comenzado a tomar un nuevo rostro a raíz de la fundación de facultades de medicina en las universidades, que se multiplican en el siglo XII y más aún con el desarrollo de actividades quirúrgicas que respondían al continuo estado de guerra.

En su bien documentado libro sobre la peste negra, Robert S. Gottfried hace hincapié en la atención que los cirujanos prestan, en particular, a las maneras éticas de actuar y a las normas de conducta que proponen como obligatorias para un buen ejercicio del *ars chirurgica*. Sin embargo, no aclara que los autores que cita, excepción hecha de Guy de Chauliac, escribieron sus obras prácticamente medio siglo antes de la gran pandemia.¹⁸ No obstante, esto de ninguna manera resta valor a su observación, ya que, sin duda, la aparición de la peste negra en 1348 y los estragos que provocó trajeron esta tendencia a una primera línea y obligaron a los médicos, a los cirujanos y a las autoridades universitarias y sanitarias a entender que la atención de los enfermos y de las sociedades amenazadas con enfermar —y muy probablemente morir— requiere una dimensión moral para ejercer correctamente su profesión, so pena de perder su autoridad profesional y la confianza indispensable para una buena práctica. No podemos dejar de lado la consideración de que ahora, durante la pandemia de COVID-19, las acciones sanitarias y médicas buscaron de inmediato el respaldo de regulaciones ético-jurídicas, de bioética, a fin de justificar las acciones emprendidas y las muchas que no se llevaron a cabo.

Es por esta razón por la cual consideramos conveniente detenernos un momento en lo que proponían estos autores para llegar a Guy de Chauliac y John of Arderne, quienes vivieron la pandemia y publicaron en 1363, la *Cirugía Magna*, el primero, y en 1376, la *Practica de la fístula*, el segundo, ellos sí con la experiencia de la pandemia, y dejaron abierta la vía a una rica tradición deontológica que, sin interrupciones, se mantuvo hasta bien entrado el siglo XVI, con ejemplos espléndidos como el de Leonardo Botallo con su *I doveri del medico e del malato*¹⁹ o el *Diálogo del perfecto médico* de Alonso de Miranda.

Ejemplo textual de ello se encuentra en las primeras páginas de la *Chyrurgya* del flamenco Jan Yperman, redactada alrededor de 1310. La conducta moral del cirujano con respecto a las mujeres de la familia de los pacientes, incluyendo en ello a las sirvientas, “no mirándolas con ojos de lujuria”, y limitarse en sus visitas domiciliarias a no abordar ningún tema que no estuviera relacionado

17 Eduardo Liceaga, *Mis recuerdos de otros tiempos: obra póstuma* (Talleres Gráficos de la Nación, 1949), 80.

18 Gottfried, 126-127.

19 Leonardo Botallo, *I doveri del medico e del malato* (Unione Tipografico Editrice Torinese, 1981); Alfonso De Miranda, *Diálogo del perfecto médico* (Editora Nacional, 1983).

con lo referente al diagnóstico y tratamiento fue, siguiendo el precepto hipocrático, traído a colaboración como algo esencial para una correcta práctica profesional.²⁰

Henri de Mondeville, autor de otro célebre tratado de cirugía originado en la tradición de la Universidad de Montpellier —escrito en los primeros años del siglo xiv, que quedó incompleto a su muerte, alrededor de 1320—, recomendaba al cirujano, a fin de obtener una cura más fácil y rápida: “prometer que si el paciente puede soportar la enfermedad y desea obedecerle... podría ser curado y podría escapar de todos los peligros que se le habían señalado...”. Pero advertía que, para actuar así, antes, debía valorar si el paciente era atrevido y “duro de espíritu” o si podría ablandar las advertencias; de lo contrario, si era de corazón débil o de bondadosa naturaleza, no debería decirle el detalle de los riesgos, peligros y molestias que podría sufrir. El cirujano, insiste: “debe ser moderadamente audaz, no debe disputar frente a los laicos, operar con prudencia y sabiduría y no emprender operaciones peligrosas, sin haber previsto lo necesario para evitar el peligro”. Y todavía recomendaba dar consejo a los pobres en nombre de Dios y hacerse pagar bien por los ricos. Por otra parte, es notoria su insistencia en que el cirujano debe confortar a sus pacientes “con buenas palabras, condescender y aun obedecer a sus ‘justas demandas’”, siempre que esto no obstaculice el curso del tratamiento; recalcar la total obediencia de los pacientes en todo lo relacionado con su cura, y nunca oponerse a sus consejos ni a la realización de sus operaciones.²¹

Como se ha mencionado, estos dos autores proceden de las dos primeras décadas de este mismo siglo xiv, pero van dando cuenta de que a mayor posibilidad de actuar y ante la necesidad de ello, los deberes respectivos de médicos —en estos casos cirujanos— y sus pacientes deben estar claramente establecidos. De allí una deontología y una etiqueta, es decir, un modo del correcto comportamiento.

No es de extrañar entonces que los principales textos médicos pertenecientes a este periodo del curso de la pandemia de 1348, y los años siguientes, presten atención a estos asuntos y contengan la descripción de deberes bien definidos. Guy de Chauliac, cuya *Chirurgia Magna* fue el referente fundamental por dos siglos y medio, afirmaba rotundamente que “el médico debe tener buenas maneras, ser atrevido en muchas formas, temeroso de los peligros, debe aborrecer las falsas curas o prácticas. Debe ser afable con los enfermos, de buen corazón (amable) con sus colegas, sabio en sus pronósticos. Debe ser casto, sobrio, compasivo y dadivoso, no debe ser ambicioso, avaro en materia de dinero, y entonces debe desear recibir un salario de acuerdo con la medida de sus labores, de la posibilidad financiera de sus pacientes, del éxito de sus tratamientos y de su propia dignidad”.²²

Otro autor importante, John of Arderne, en su *Tratado de las fístulas...*, expresa ideas semejantes, ahora con respecto al talante del cirujano:

En cuanto al ropaje y otros aparejos debe ser honesto y no parecer en cuanto a la ropa ni en el porte a los juglares, sino en el vestir y el porte debieran mostrar los modales de los clérigos. ¿Por qué? Parece que cualquier hombre discreto envuelto en el traje de un clérigo puede ocupar sítiales en el consejo de un gentilhombre. Y siendo cortés en la mesa del señor y no displace ni en palabras ni en hechos a los huéspedes sentados en su proximidad, escuchando muchas cosas, pero no hablando sino pocas...Y cuando él puede hablar, dejar que sus palabras sean cortas y, en la medida de lo posible, amables y razonables

20 Gottfried, 127.

21 Henri Mondeville, *Chirurgie de maître Henri de Mondeville*, (Félix Alcan, 1893), 145; Henri Mondeville, “Chirurgia”, en *Un secolo d'oro della Chirurgia Francese (1300)*, Tabanelli, Mario, vol. I., (Tipografia Valbonesi, 1969), 70, 142 y ss.

22 Chauliac, 29 y ss., en especial 40; Gottfried, 126.

y sin juramentos. Consciente de que no debe encontrarse doble sentido en su boca, porque si él se halla verdadero en sus palabras pocos o nadie podrán dudar de sus hechos.²³

En el mismo texto se encuentra la recomendación de limitar sus consejos profesionales a sólo cinco tipos de pacientes: a los que son realmente pobres haciendo esto por amor de Dios; a sus amigos, de quienes no desea recibir ningún pago; a aquellos que sabe le tendrán agradecimiento después de haberse recuperado; a aquellos señores y sus familias, jueces y alguaciles, abogados y todos a quienes no puede negarles su consejo; y a aquellos que le pagan el total de sus honorarios por adelantado.²⁴

Es claro que la necesidad de confianza en el médico, el cirujano, el farmacéutico, las y los cuidadores es un elemento esencial para el desarrollo de una buena relación personal de atención de la salud/paciente. Y es evidente que esta necesidad de confianza sea mucho más acentuada en condiciones de ser presa de una enfermedad epidémica o estar amenazado(a) por ella. Resulta lógico que, en el caso de la peste negra de 1348 y sus réplicas en los largos años siguientes, se despertara esta necesidad de revestir las prácticas profesionales de la atención de la salud de una dimensión de agencia moral, y que de esto se deriven las reflexiones y textos, en su inmensa mayoría deontológicos, que imprimen esta dimensión a la medicina y la cirugía a partir de entonces, y que desembocaran al transcurrir de los años, siglos incluso, en el paso de los meros códigos deontológicos a la reflexión ética y actualmente bioética. No es de extrañar entonces, que hoy en día, y la pandemia de COVID-19 no es la excepción, aparezcan códigos de este tipo y se busque reglamentar la atención con tonos de moralidad como una respuesta inmediata a una necesidad apremiante, y sólo paulatinamente cobre fuerza la reflexión profunda, bioética en la actualidad, orientada a obtener resultados que, al mismo tiempo que garantizan la correcta atención de los pacientes y sus familias, busquen la promoción de la dimensión moral de quienes los atienden y el establecimiento y puesta en práctica continua de su agencia moral, y muy especialmente del ejercicio de la areté profesional, la búsqueda de la excelencia.

La pandemia de cólera (1826-1837)

Con el fin de ampliar el marco referencial de las condiciones médicas y morales suscitadas por las pandemias, presentamos ahora unos cuantos detalles y comentarios en relación con la pandemia de cólera iniciada en las bocas del Ganges en 1817, que además de recorrer el camino naval a Egipto, Medio Oriente y el Imperio Turco, también caminó por vía terrestre y llegó a Moscú, Varsovia, Viena, Londres y París, donde hubo una gran mortandad a partir de finales de marzo de 1832. Por vía marítima llegaría a México en el verano de 1833.²⁵ Es de notarse que no hubo acuerdos internacionales, pero sí se creó una conciencia de los riesgos que entrañaba la difusión del cólera, de modo que los diferentes países establecieron comunicación mediante publicaciones científicas y de prensa, y con base en este conocimiento compartido se pudieron establecer acciones dirigidas a eliminar los posibles focos de infección, todavía con una concepción de miasmas como agentes trasmisores de la enfermedad. Como quiera que sea, y tomemos el ejemplo de la Ciudad

23 John Arderne, *Tratado de la fistula anal y grupos de hemorroides* (Oxford University Press, 1910).

24 Arderne, *Tratado de la fistula...*, 110.

25 Viesca y Ramos, 11.

de México, se implementaron sistemas de limpieza de las calles; de las orillas de las lagunas en la cuenca de los lagos que la rodeaban; de eliminación de excretas; de encalado de las casas; y se establecieron dos cementerios fuera de los límites de la ciudad, prohibiéndose los entierros en las iglesias. No cabe duda de que la ciudad se convirtió en un espacio medicalizado y la población fue objeto de asistencia médica; el peligro representado por individuos con falta de higiene, mendigos y trashumantes —como se había visto en la Venecia del siglo xv—, llevó a considerar que la epidemia, en cierto sentido, es una enfermedad de la pobreza y fue factor decisivo para la modernización de la higiene pública y de medidas sanitarias en general.²⁶

A poco de la presencia del cólera en las grandes ciudades del mundo, en 1836, Snow, en Londres, lograría establecer la relación entre el consumo de aguas procedentes de ciertos grifos utilizados para que los habitantes de los barrios londinenses tuvieran provisión de agua supuestamente potable y la infección por cólera. El panorama cambió al establecerse que algunas enfermedades endémicas y epidémicas podían ser trasmitidas no sólo a través de la corrupción del aire, sino también vía hídrica mediante la ingestión de aguas contaminadas. La provisión de aguas potables para ciudades y todo tipo de poblaciones comenzó a caracterizar las políticas sanitarias a partir de esa década. En el caso de la Ciudad de México, se hicieron serios esfuerzos para que, ante la amenaza de un nuevo brote de cólera, como sucedió en 1852, hubiera una adecuada provisión de verduras y frutas procedentes solamente de zonas en las cuales no hubiera sospecha de la presencia de la enfermedad.²⁷

La COVID-19

Como se ha manifestado, la pandemia de COVID-19 comparte numerosas características comunes a pandemias y epidemias de otras épocas, de modo que no ha sido la excepción que los avances de la ciencia y sus aplicaciones a la salud pública hubieran sido ya sobrepasados. En particular se cultivó primero la negación de la existencia real de la epidemia y por ende no se oficializaron de manera inmediata las medidas elementales, como son las cuarentenas y la restricción de la movilidad. Por otra parte, existiendo recursos para el manejo de los enfermos, so pretexto de no existir un tratamiento específico y probado, se redujo la atención médica inmediata y se dejó que la enfermedad alcanzara niveles serios de gravedad y se atendió solamente a pacientes con serias complicaciones.

Como ya se ha mencionado, se esperaba la aparición de una pandemia. La duda era cuándo y de qué tipo de germen se trataría; de ser un virus ¿de qué tipo?, ¿sería un virus nuevo?, ¿un virus mutante de alguno de los medianamente conocidos? Pero, ante todo: ¿qué tan contagioso y qué tan letal sería? En los primeros años del presente siglo se habían hecho patentes varias de estas amenazas: el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2002, el H1N1 en 2009, el síndrome respiratorio de oriente medio (MERS) en 2012... los cuales fueron epidemias y brotes severos, pero sin difusión en todo el planeta, lo que sólo sucedió con la influenza H1N1, que por fortuna fue mucho menos letal de lo que se esperaba. En febrero de 2020 corría ya la noticia por todo el planeta de la diseminación de casos graves de síndromes respiratorios agudos severos y con alta letalidad,

26 François Delaporte, *Les épidémies* (Pocket, 1995), 86-88.

27 François Delaporte, "Le choléra: présent et passé", en *Communications* 66, (1998): 75-85. <https://doi.org/10.3406/comm.1998.2004>

en la provincia de Wuhán, en China. Sin lugar a duda se trataba de una enfermedad nueva con dimensiones de pandemia. Si bien los virus del SARS y el MERS, causantes de epidemias previas, pertenecen al mismo grupo viral que el etiquetado como COVID, en función de sus características morfológicas, ninguno de ellos había presentado una difusión tan rápida y con tal gravedad.

El lenguaje científico había dejado bien establecido que, dadas las condiciones de globalización del planeta, con la invasión de los humanos a infinidad de reservorios naturales, habían hecho o harían acto de presencia enfermedades antes no conocidas, nuevas, y otras que habrían permanecido en estado latente. Ejemplo de esto es el caso de la tripanosomiasis, observado en Brasil como consecuencia de los cambios en la construcción de las chozas, que pasó de usar varas y paja a hacer carpantas y relleno con tierra, lo que creó un hábitat adecuado para el vector; o la multiplicación de movimientos de población, en particular migraciones de áreas rurales a las ciudades, provocando el paso de enfermedades emergentes y latentes a epidemiológicamente significativas, como es el caso de la enfermedad de Chagas, ahora infección urbana.²⁸ Ejemplo de afecciones virales han sido el sida y la encefalopatía espongiforme, en las que la transmisión sexual y la ingestión de carnes contaminadas son la regla, pero que han dado lugar a evocar un origen exótico, como fue señalar como origen de la primera conductas sexuales aberrantes achacadas a grupos africanos, situación de la que no ha escapado el COVID-19 al hablarse desde su transmisión por murciélagos a la diseminación de virus de laboratorio, sea accidental, sea intencionalmente provocada.

En cuanto a las acciones de los Estados y naciones para enfrentar en forma conjunta y armónica los peligros derivados de las epidemias y pandemias, continuación de lo que se había iniciado en el siglo XIV en Venecia, Ragusa, Constantinopla y otros puertos y ciudades, baste mencionar que, en 1851, en París, sucedió la primera conferencia sanitaria internacional con doce estados participantes, la cual fue convocada ante la presencia de una nueva pandemia de cólera. La formalización moderna del sistema de prevención en salud, con un ministerio orientado específicamente para ello, se debió a la decisión tomada por Henri Poincaré ante la influenza española.

A nivel colectivo existen puentes entre la prevención de pandemias y epidemias, ahora pertenecientes al recuerdo histórico, y lo llevado a cabo en estos últimos años, como el aislamiento inmediato de los enfermos, impedir la entrada a las villas y ciudades a personas no solamente enfermas sino procedentes de sitios en los que estuviera presente la enfermedad para impedir la difusión y mortandad por COVID-19. Estos referentes marcan algo que es capital: que ante enfermedades nuevas de las que no se conoce su historia natural y menos su fisiopatología, o bien conociéndolas parcialmente, no se dispone de medicamentos específicos y científicamente probados, nos encontramos en la misma situación de incertidumbre en la que estuvieron nuestros antepasados en circunstancias semejantes.

Ante el panorama de una pandemia que, en unos cuantos meses, afectó a todo el planeta y obligó a retomar medidas que se consideraban obsoletas hace muchas décadas, a tener presente que ni la ciencia médica ni los sistemas de prevención y de atención de la salud son infalibles, resurgieron criterios tendenciosos y discriminatorios, tales como considerar que las epidemias son enfermedades que sólo afectan y matan a grupos específicos de la población; que son enfermedades de la pobreza, como señalaba Michel Chevalier ya hace muchos años al decir que “lo que

28 François Delaporte, “La nouveauté en pathologie”, en *Vers de nouvelles maladies*, ed. Lecourt, Dominique (Presses Universitaires de France, 1998b), 11-14, 27.

debe dar seguridad al público es que el flagelo se limitará a hombres mal vestidos, mal alojados y malnutridos".²⁹ Esta actitud ha sido repetida muchas veces por gobernantes inconscientes de su papel en cuanto a la atención de la salud y preocupados antes que nada en afianzar su poder político, relegando la medicina a un papel de instancia de control. Lo que se trata es de controlar a los grupos en riesgo y velar por la conservación de aquellos que constituyen la riqueza de la nación, en quienes se ubica, con toda falsedad, la representación de la moral social; sanear colectividades incluso con una visión discriminadora, en la que se decide arbitrariamente a quiénes se debe proteger y cuidar. Esto es un punto álgido en lo relacionado con la ética de Estado al poner en evidencia que toda acción dirigida a prevenir, controlar o actuar en pro de la eliminación de una epidemia implica una agencia moral y debe obligar a una reflexión ética.

Tradicionalmente, la prevención de epidemias ha consistido en lo que puede ser llamada una profilaxis social, consistente antes que nada en mantener aislada a la población de todos aquellos individuos que pudieran significar un riesgo de contagio, ya sea por proceder de sitios donde se ha hecho evidente la enfermedad o, una vez que se han presentado casos en la comunidad en cuestión, que hayan estado en contacto con enfermos. Es efectivo prohibir el acceso de enfermos a poblaciones exentas del mal, y a personas sanas prohibirles acceder a lugares donde la infección prevalece. Alejar a las personas de los sitios infectados, sanear los espacios públicos y aún las colectividades mismas, son aspectos de salud pública que se manifiestan como perentorios. Y es responsabilidad moral de los responsables de la toma decisiones aconsejar e imponer en caso de que sea necesario. Esto ha sido caracterizado genéricamente como acciones ofensivas, cuando se oponen a la "explosión epidémica", o bien defensivas cuando el objetivo es reducir la incidencia del mal y limitar el aumento de casos.³⁰

En el caso de las actitudes tomadas contra el COVID-19 se ha visto, con sorpresa para quienes han estudiado la historia de los males epidémicos, que, al lado de algunas consideraciones y recomendaciones consistentes con los avances actuales de la medicina y la salud pública, la mayor parte de las poblaciones y, más sorprendentemente, de autoridades sanitarias y políticas, mostraron un desconocimiento inaudito de lo sucedido en siglos pasados y descansaron para sus decisiones en prejuicios y creencias sin sustento. Ejemplos vividos han sido las recomendaciones de sólo emplear amuletos, estampas de santos o plegarias impresas como el medio más seguro para no ser contagiado, incluso algunos dirigentes hicieron gala de esto públicamente. La recomendación de no hacer nada, encerrarse en casa ante la aparición de síntomas y sólo tomar analgésicos y antipiréticos, provocó que los enfermos acudieran a los servicios médicos hasta presentar datos de gravedad, en particular insuficiencia respiratoria grave, dado que las primeras cepas del virus del COVID-19 presentaron con gran frecuencia procesos neumónicos muy severos. El resultado fue la muerte de muchas personas que, de haber sido atendidas, hubieran podido no llegar a las situaciones de gravedad y a la alta tasa de mortalidad. La hipótesis, que resultó totalmente fallida, de que todo se estabilizaría al lograr la llamada "inmunidad de rebaño", es decir la inmunidad que se logra cuando un grupo mayoritario de la población ha padecido la infección viral y ha sanado o ha tenido contacto con el virus sin presentar formas graves de la enfermedad, por lo que ya son inmunes. Esta posibilidad fue preconizada por las autoridades sanitarias de varios países y hecha propia con

29 Delaporte, *Les epidémies*, (Pocket, 1995), 45.

30 Delaporte, *Les epidémies*, 107 y 118.

singular entusiasmo por el subsecretario de Salud del gobierno federal mexicano, el doctor Hugo López Gatell. La búsqueda de esta inmunidad de rebaño, con tasa de mortalidad de 2.1 % implicó 1.8 millones de fallecidos, y fue acompañada por una actitud de negación, de minimizar a ultranza el evidente problema, de lo cual fue muestra inequívoca que el presidente no usara el cubrebocas e hiciera gala de ello en todas sus apariciones públicas.³¹ El resultado fue la muerte de cientos de miles de seres humanos y, para colmo de males, las rápidas y múltiples mutaciones del virus habían impedido llegar a este género de inmunidad, ya que los cuadros clínicos habían variado.

Dejar de lado la atención primaria, incluso en términos de lo remedios consagrados por la medicina casera, procedente de saberes médicos ahora desechados por no cumplir los lineamientos de la ciencia actual, como sería “sudar una gripe”, entendiendo ésta en el sentido más amplio del término que podría ser una afección viral aguda, que en este caso resulta eficiente por el simple hecho de deshidratar células y espacios intercelulares y destruir lo que sería un hábitat adecuado para la reproducción viral. Un ejemplo significativo a nuestro parecer fue el ensayo clínico llevado a cabo utilizando azitromicina e hidroxicloroquina, con la hipótesis de que un antibiótico de amplio espectro y una sustancia bien conocida por sus efectos antipalúdicos, en este caso enfocados hacia modificar el medio intercelular, es que 24 de los primeros 25 pacientes con pruebas positivas a COVID-19 evolucionaron satisfactoriamente.³² En lo particular, nosotros consideramos que la evidencia empírica, sin modificación de los datos en las estadísticas con fines de probar positivamente la hipótesis inicial, es el primer paso hacia la obtención de un conocimiento científico validado y no debe ser descartado de antemano, como lo hace el autor al que debemos esta referencia.

Jorge Volpi resumió en unas cuantas frases lo que esta situación desencadenó: “Miedo al otro. Pánico a las multitudes y a las aglomeraciones. Individualismo exacerbado. Desconfianza hacia las autoridades. Teorías de la conspiración sobre el origen de la pandemia. Teorías de la conspiración sobre el número de infectados. Recuento diario de enfermos y muertos... Confinamiento voluntario y luego obligatorio. Estados de emergencia y de excepción. Fronteras clausuradas. Suspensión de vuelos. Aislamiento frente al resto del mundo... Xenofobia...”.³³ La incertidumbre ha sido el común denominador, así como la proliferación de mensajes, sobre todo oficiales, negando la realidad. Otro punto de importancia capital, a pesar de todo lo que se dijo, fue la laxitud del aislamiento, no sólo de enfermos, sino de comunidades que antes permanecían más aisladas, donde ir de un lugar a otro requería de mucho tiempo, y a las cuales la velocidad y la frecuencia de los transportes las han hecho más vulnerables y accesibles a los viajeros procedentes de lugares donde ya se había manifestado la infección.

Ejemplo de lo contrario fueron las rápidas acciones emprendidas en Nueva Zelanda, donde con apenas cuatro casos reportados, el 15 de marzo fue decretada una cuarentena impuesta a todos los visitantes. Diez días más tarde se procedió a instituir un cierre nacional radical y a suspender hasta nueva orden todos los vuelos locales. El 26 de abril existía ya un control prácticamente completo.³⁴ Indudablemente un ejemplo por seguir.

31 Paco Moreno, *Historias de una pandemia. El relato del infectólogo de referencia sobre el coronavirus y sus impensables consecuencias* (Aguilar, 2022), 74-77.

32 Moreno, *Historias de una pandemia*, 59-61.

33 Jorge Volpi y Guadalupe Nettel, “Tiempo de virus”, en *Diario de la pandemia. Marzo 28-junio 30 2020* (Universidad Nacional Autónoma de México, 2020), 8.

34 Julio Frenk, Octavio Gómez, Felicia M. Knaul y Héctor Arreola, *Salud: focos rojos. Retrocesos en los tiempos de la pandemia* (Debate, 2020), 149.

Es evidente que ante enfermedades nuevas siempre existen tensiones entre libertad e interdicción, entre libertad individual e interés colectivo, por lo que debe buscarse un equilibrio entre los derechos del individuo, que en estos casos deben supeditarse a los derechos de los enfermos y al interés de la colectividad.³⁵ Por otra parte —y esto se ha planteado desde hace varias décadas— es imprescindible que en la previsión de enfermedades nuevas haya vigilancia, atención al entorno, al medio ambiente y siempre desde una dimensión de pluridisciplinariedad. Es fundamental mantenerse atentos y no atenuar el significado y el impacto de los términos y los hechos, haciendo del conocimiento de la población los riesgos posibles, tanto individuales como colectivos, y teniendo en cuenta las diferencias culturales.³⁶

En cuanto a cuáles fueron las medidas aplicadas y sus logros y deficiencias, en términos de detección de los casos, un error que ocurrió en muchos países fue sólo hacer pruebas a las personas que ya presentaban síntomas severos. Italia fue un ejemplo de esto y en México las pruebas se fueron aplicando paulatinamente: al inicio a personas con sintomatología, posteriormente a quienes acudían a los servicios, que nunca fueron suficientes, y a quienes tenían que viajar. En este último caso, funcionaron de manera adecuada la suma de servicios públicos y privados. Para la atención hospitalaria, un primer paso fue la reconversión de hospitales a hospitales COVID-19. La medida era necesaria, pero quizás la ampliación de ella hacia máximos provocó una falta de atención a pacientes con otras patologías. Por otra parte, la falta de aislamiento, del uso de cubrebocas y la espera domiciliaria en tanto no hubiera síntomas de gravedad extrema, provocaron que quienes iban a los hospitales llegaban en condiciones deplorables, necesitando medidas extremas de atención con el fin de tener una mínima posibilidad de controlar la evolución de la enfermedad. Con respecto a la negación de utilizar cubrebocas por parte de las autoridades mexicanas fue inconsciente y falaz, desvirtuando una medida cuya utilidad estaba probada desde las máscaras venecianas del siglo xiv. Las críticas a este hecho no tardaron en multiplicarse, algunas de ellas dirigidas al público instruido, como fue el libro de la doctora Ximénez-Gyvie,³⁷ publicado un año después de iniciada la pandemia; otras al público en general a través de diversos medios de comunicación. Los resultados fueron catastróficos. Ante todo, se confrontó con una deficiencia muy considerable, si no es que extrema, de los tratamientos adecuados, los cuales se limitaron a antipiréticos a falta de disponer de estudios multicéntricos y multinacionales que avalaran su efectividad específica contra el virus del COVID-19. La punta del iceberg, en términos de información que se hizo pública, fue la carencia de ventiladores ante la inevitable necesidad de este apoyo respiratorio. La Guía Bioética, publicada en abril de 2020, fue elaborada con fines de justificar la falta de acceso de numerosos pacientes a estos apoyos tecnológicos y la limitación de esfuerzos en muchos casos. Esta guía se limitó a ser una guía de triaje dirigida a la selección de los pacientes con acceso a los diversos y escasos medios de tratamiento o, al menos, de internamiento hospitalario, tratando de justificar, bajo la etiqueta de bioética, la exclusión del tratamiento de gran cantidad de pacientes, bajo la consideración de que el acceso a los servicios se limitaba y era orientado a quienes tenían mayores posibilidades de

35 Jean-François Girard, "Réflexion historique sur les nouvelles maladies dans une perspective de santé", en *Vers de nouvelles maladies*, ed. Lecourt, Dominique (Presses Universitaires de France, 1998), 91-92.

36 Jean-Louis Vildé, "¿Puede prever y prevenir las nuevas enfermedades?", en *Vers de nouvelles maladies*, ed. Lecourt, Dominique (Presses Universitaires de France, 1998), 78.

37 Laurie Ann Ximénez-Fyvie, *Un daño irreparable: La criminal gestión de la pandemia en México* (Planeta, 2021).

supervivencia. Fue notoria la discriminación de personas mayores en cuanto a la posibilidad de internamiento hospitalario. Fue, insistimos, una guía para triaje y de ninguna manera bioética.

El resultado, triste resultado, fue la saturación de los hospitales y las tasas altísimas de mortalidad entre los enfermos ingresados, pues a pesar del triaje y la admisión de quienes tenían razonables posibilidades, llegaron a 45 % en el IMSS y a 30 % en otras instituciones. Por otra parte, los diagnósticos de defunción fueron sesgados y muchos de ellos fueron consignados como neumonía atípica; pero aun tomando en consideración sólo los que asentaban “COVID-19 probable, sospechoso y confirmado”, para abril de 2022 se habían consignado 700 mil fallecidos.

Sin embargo, no todo fueron fallas. Hubo esfuerzos dignos de encomio. El gobierno de la Ciudad de México estableció centros de atención primaria en las diversas delegaciones y en todos los niveles de atención. Por otra parte, conforme hubo recuperación de enfermos, se detectaron casos asintomáticos leves, y se negativizaron pruebas, se procedió a la reconversión de hospitales y al establecimiento de Unidades Temporales COVID-19, que basaron su estructura y funcionamiento en las experiencias obtenidas en la epidemia de H1N1 de 2009 y que ahora, ante un problema de infinitamente mayores dimensiones, fueron revaloradas y condujeron a acciones precisas. La primera, promovida por la Facultad de Medicina de la UNAM y apoyada por la Fundación Slim para la Salud y la Fundación CIE a la cabeza, con pleno apoyo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, encabezada por la doctora Oliva López Arellano, fue instalada en el Centro de Convenciones Citibanamex, en Lomas de Sotelo; se acondicionó para 850 camas e inició sus labores con 242. El primer paciente llegó el 29 de abril de 2020. De entrada, se atendió a pacientes graves, pero no tardó en abrir áreas para convalecientes, previa posibilidad de egreso y reinserción social, así como áreas para la atención de pacientes no graves cuyas condiciones ameritaban de hospitalización y consulta externa para casos leves y descartar diagnósticos.³⁸ La intención de estos centros fue, de entrada, recibir pacientes que en primera instancia no tuvieran necesidad de cuidados intensivos.³⁹ Un hecho altamente significativo que reportan los médicos que trabajaron en esa unidad fue la disponibilidad, en junio de 2020, del Tocilizumab, un anticuerpo monoclonal con muy positivos efectos sobre el sistema inmune y, por lo tanto, efectivo en el tratamiento de la COVID-19, primer elemento encaminado a tratamientos medianamente específicos. Otra unidad de relevancia fue la instalada en el Autódromo de la Ciudad de México, con resultados positivos similares a los previamente señalados.

No se puede dejar de señalar que en otras entidades federativas se llevaron a cabo acciones adecuadas para el control de la pandemia, algunas de ellas a partir de autoridades civiles y sanitarias; casi todas a partir de acciones preventivas tomadas por la población civil en términos de establecimiento de cuarentenas.

Por otra parte, el rápido desarrollo de vacunas específicas a través de diversas tecnologías de vanguardia, desde las clásicas de atenuación del virus hasta las de empleo de RNA mensajero modificado, ha sido, sin duda alguna, un logro espectacular. La vacunación masiva de grandes grupos de la población mundial ha protegido a muchos millones de personas de padecer las formas

38 Heberto Arboleya, “Entrevista”, en *Pandemia: Un cuerpo médico la enfrenta*, de Raúl Cremoux y Héctor Herrera Bello (Barker & Jules, 2022), 101-111; Héctor Herrera Bello, “Entrevista”, en *Pandemia: Un cuerpo médico la enfrenta*, de Raúl Cremoux y Héctor Herrera Bello (Barker & Jules, 2022) 169-203.

39 Lidia Moreno, “Entrevista”, en *Pandemia: Un cuerpo médico la enfrenta*, de Raúl Cremoux y Héctor Herrera Bello (Barker & Jules, 2022) 129-152.

graves de la enfermedad. Sin embargo, no han dejado de observarse reacciones severas tras su aplicación y, sobre todo, no se tiene claro aún si la producción de ellas contempló las numerosas y rápidas mutaciones del virus. Desde el punto de vista de la bioética nos parece necesario considerar la posible existencia de conflictos de intereses en la competencia entre los diferentes laboratorios que las producen y en las relaciones políticas que se expresan a través de sus diversas gestiones. Por otra parte, es notorio el interés de producir vacunas aplicables a miles de millones de personas frente al retardo en la investigación de antivirales específicos y aún de estudios acerca del efecto benéfico posible de combinaciones de medicamentos ya utilizados en otras virosis o en las infecciones bacterianas concomitantes.

Es lamentable que, ante acciones indiscutiblemente efectivas, como el aislamiento y la vacunación y el manejo de pacientes graves en unidades de cuidados intensivos, ha habido y sigue habiendo muchas carencias, pero sobre todo descuidos, muestra de que lo que deberíamos haber aprendido de otras pandemias y epidemias previas no se consideró. Sin embargo, no está de más recordar lo que ya hace casi un siglo asentaba Charles Nicolle: “El conocimiento de las enfermedades infecciosas enseña a los hombres que ellos son hermanos y solidarios; hermanos porque el mismo peligro nos amenaza, solidarios porque el contagio nos viene lo más frecuentemente de nuestros semejantes”.⁴⁰ Lo actual es pensar en “mundialización”, en intercambios rápidos de todo tipo; en que aquí tratamos de gérmenes provenientes de una multiplicidad de ecosistemas; de movimientos sociales que dan un ritmo antes no visto a la vida en este planeta. Pero tampoco se debe dejar de lado el pensar en utopías, como podría ser la de la conquista de condiciones de salud cada vez mejores, de control más efectivo y, sobre todo, de prevención de enfermedades como ésta que tan severamente nos ha afectado. Utopía de poder prever a partir de reflexiones, que son la única condición para poder anticipar estos riesgos.⁴¹

Pero junto con esta insistencia en una visión optimista del futuro, no se debe olvidar que en las pandemias un hecho irrefutable es que un gran número de seres humanos cobran conciencia de que es posible que cualquiera y, en este caso, muchos podemos morir de un momento a otro. En términos de optimismo se puede poner en relieve que es precisamente la conciencia de la muerte la que marca el tránsito del *homo faber* al *homo sapiens*, que es signo de humanidad.⁴² Pero más allá de eso, debe darse importancia a reconocer que el riesgo de muerte es diferencial, que todos podemos ser víctimas de la pandemia, pero que los riesgos son mayores para unos que para otros. Las condiciones de vida, las comorbilidades, la exposición a los agentes causales de la pandemia, obligan a pensar y desarrollar actitudes y actividades encaminadas a una mejor y efectiva preventión. Nunca se debe optar por consolarse hablando de muertes razonables, pues no las hay como tales, y sólo en última instancia se podría hablar de muertes que son el último momento de una existencia plena, dada nuestra condición de seres mortales. Pero una epidemia o una pandemia habla de un orden trastocado que provoca la ruptura de las normas habituales de vida y que, en términos positivos, induce a luchar por vivir y recuperar el orden; por regresar a condiciones de vida que sean satisfactorias y con la visión de un futuro que permita realizaciones y logros.

40 Charles Nicolle citado en Vildé, “Peut on prévoir et prévenir les nouvelles maladies?”, 80.

41 Vildé, 82.

42 Viesca, “La muerte colectiva: la realidad de las epidemias y la construcción de un imaginario”, 129.

Como quiera que sea, esta pandemia de COVID-19, si bien dejó una gran cantidad de muertes, no condujo a un triunfo de la muerte, sino a una conciencia de vida, y añadiríamos que, conociendo sus causas, se proceda mediante acciones médicas, medidas sanitarias y políticas de salud, dejando en un lugar secundario las rogativas y procesiones, que son válidas como elementos creenciales, y las danzas de la muerte, que son bienvenidas como expresiones culturales, pero no como un escape al fatalismo de la muerte inminente.

En términos de la Bioética consideramos de suma importancia reconocer la responsabilidad de los diversos grupos sociales y de los diferentes sectores de la sociedad y la población con respecto al establecimiento de medidas orientadas a prevenir el contagio y a establecer las condiciones y medidas lo más adecuadas dentro de la gran diversidad de condiciones presentes en la realidad cotidiana de las diversas comunidades afectadas.

Cabe destacar también las faltas de algunos gobiernos al no reconocer la gravedad del problema o al negarse a asumir su responsabilidad en la toma de decisiones y en la puesta en práctica de las medidas que estaban a su alcance. Es evidente la importancia capital del desarrollo y establecimiento de una conciencia bioética en los diversos actores que participan en el manejo y desarrollo de la atención de una epidemia y más aún de una pandemia en cuanto a asumir las responsabilidades que les corresponden y actuar en consecuencia.



Bibliografía

- Amundsen, Darrel W. "Medical deontology and pestilential disease in the late middle ages". *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 32, núm. 4 (1977): 403-21. <https://doi.org/10.1093/jhmas/XXXII.4.403>
- Arboleya, Heberto. "Entrevista". En *Pandemia: Un cuerpo médico la enfrenta*, de Raúl Cremoux y Héctor Herrera Bello. Barker & Jules, 2022.
- Arderne, John. *Tratado de la fístula anal y grupos de hemorroides*. Oxford University Press, 1910.
- Bellodi Casanova, Jacqueline Brossollet, Angela Dillon Bussi, Giovanni Caniato, Ennio Concina, Gianvittorio Dillon, et al. *Venezia e la peste. 1348-1797*. Marsilio Editori, 1979.
- Biraben, Jean-Noël. "Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens". Paris, Thèse de Doctorat Ès-Lettres. *Annales de démographie historique*, 1976. www.persee.fr/doc/adh_0066-2062_1976_num_1976_1_1333
- Botallo, Leonardo. *I doveri del medico e del malato*. Unione Tipografico Editrice Torines, 1981. (Edición original, Alter de medici, alter de Aegroti munere, Lugduni, 1565).
- Chauliac, Guy. (ed. original 1363). "Chirurgia Magna". En *Un secolo d'oro della Chirurgia Francese (1300)*. Vol. II. Mario Tabanelli. Tipografia Valbonesi, 1970.
- Cohn, Samuel K. Jr. *The Black Death transformed. Disease and Culture in the Early Renaissance Europe*. Arnold and Oxford University Press, 2003.
- Cornaro, Flaminio. *Ecclesiae Venetae antiquis monumentis nunc etiam primum editis illustratae ac in decades distributae*. Vol. 18. Venezia, 1749.
- Cremoux, Raúl y Héctor Herrera Bello. *Pandemia. Un cuerpo médico la enfrenta*. Barker & Jules, 2022.

De Miranda, Alfonso. *Diálogo del perfecto médico*. Editora Nacional, 1983.

Delaporte, François. *Les épidémies*. Pocket, 1995.

Delaporte, François. "Le choléra: présent et passé". *Communications* 66, (1998): 75-85. <https://doi.org/10.3406/comm.1998.2004>

Delaporte, François. "La nouveauté en pathologie". En Lecourt, Dominique, ed. *Vers de nouvelles maladies*. Presses Universitaires de France, 1998b.

Frenk, Julio, Octavio Gómez, Felicia, M. Knaul y Héctor Arreola. *Salud: focos rojos. Retrocesos en los tiempos de la pandemia*. Debate, 2020.

Girard, Jean-François. "Réflexion historique sur les nouvelles maladies dans une perspective de santé". En Lecourt, Dominique, ed. *Vers de nouvelles maladies*. Presses Universitaires de France, 1998.

Gottfried, Robert S. *The Black Death: Natural and Human Disaster in Medieval Europe*. The Free Press, 1983.

Herrera Bello, Héctor. "Entrevista". En *Pandemia: Un cuerpo médico la enfrenta*, de Raúl Cremoux y Héctor Herrera Bello. Barker & Jules, 2022.

Kohn, George C. *Encyclopedia of Plague and Pestilence*. Wordsworth Editions Ltd, 1998.

Liceaga, Eduardo. *Mis recuerdos de otros tiempos: obra póstuma*. Talleres Gráficos de la Nación, 1949.

McNeill, William H. *Plagues and Peoples*. Anchor Books, 1976.

Mondeville, Henri. *Chirurgie de maître Henri de Mondeville*. Traducido por E. Nicaise. Félix Alcan, 1893.

Mondeville, Henri. "Chirurgia". En *Un secolo d'oro della Chirurgia Francese (1300)*. Vol. I. Mario Tabanelli. Forli: Tipografia Valbonesi, 1969.

Moreno, Lidia, "Entrevista". En *Pandemia: Un cuerpo médico la enfrenta*, de Raúl Cremoux y Héctor Herrera Bello. Barker & Jules, 2022.

Moreno, Paco. *Historias de una pandemia. El relato del infectólogo de referencia sobre el coronavirus y sus impensables consecuencias*. Aguilar, 2022.

Morin, Edgar. *L'homme et la mort*. Éditions du Seuil, 1970.

Palmer, Richard, J. "L'azione della Repubblica di Venezia nel controllo della peste. Lo sviluppo della politica governativa". En *Venezia e la peste. 1348-1797*. Marsilio Editori, 1979.

Vanzan Marchini, Nelli-Elena. *Le leggi di sanitá della Repubblica di Venezia*. Canova Societa' Libraria Editrice, 2012.

Vanzan Marchini, Nelli-Elena. *Guardarsi da chi non si guarda. La Repubblica di Venezia e il controllo delle pandemie*. Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera del Veneto, Cierre Edizioni, 2022.

Vildé, Jean-Louis. "¿Peut on prévoir et prévenir les nouvelles maladies?". En *Vers de nouvelles maladies*, Dominique Lecourt, ed. Presses Universitaires de France, 1998.

Viesca Treviño, Carlos. "La muerte colectiva: la realidad de las epidemias y la construcción de un imaginario". *La muerte*. El Colegio Nacional, 2004.

Viesca Treviño, Carlos, Mariblanca Ramos de Viesca, "Las epidemias y su prevención y atención: una visión histórica desde la salud pública". Texto de la conferencia presentada en la Jornada Nacional e Internacional de Investigación, Puebla. Comité Estatal de Investigación y Comité de Investigación del Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez N." de los Servicios de Salud del Estado de Puebla. 8 de octubre de 2021.

Volpi, Jorge y Guadalupe Nettel. "Tiempo de virus". *Diario de la pandemia*. Marzo 28-junio 30 2020. Universidad Nacional Autónoma de México, 2020.

Ximénez Fyvie, Laurie Ann. *Un daño irreparable: La criminal gestión de la pandemia en México*. Planeta, 2021.

Yperman, Jehan. *La Chirurgie*. Editado por Dr. E. C. van Leersum. Leiden: E. J. Brill, 1912.

02

CAPÍTULO

La pandemia por COVID-19 como un factor adverso para la construcción de paz en México

María Elizabeth de los Ríos Uriarte. Coordinación de Investigación, Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac México.
Antonio Cabrera Cabrera, Alejandro Sánchez Guerrero y David Cerdio Domínguez. Centro Anáhuac de Desarrollo Estratégico en Bioética, Universidad Anáhuac México.

La paz es un constructo multifactorial que no puede, ni debe, ser reducida a la mera ausencia de violencia;¹ por lo cual, es de utilidad considerar el concepto de “construcción de paz” que representa a todas las acciones continuas, continuadas y permanentes de prevención y contención de la violencia, tanto individuales como comunitarias enfocadas en la convivencia armónica y al mutuo entendimiento entre personas y sociedades.² El índice de paz analiza la evolución relacionada con la violencia y la paz en el país, y concretamente toma en consideración el desarrollo de la delincuencia organizada, así como las acciones para mitigar la violencia ejercida. Diversos factores interactúan de un modo dinámico promoviendo así el desarrollo humano y social. Así pues, la paz se construye (o destruye) según se fomenten valores como: la justicia, el respeto, la libertad y el bien común.³ Los estragos ocasionados a nivel mundial por la pandemia por COVID-19 han sido incalculables, particularmente, en los países con mayores índices de pobreza (o de rezago social), se evidencian situaciones muy adversas que hacen, hasta cierto punto, irreparable la reconstrucción del tejido social y, por lo tanto, de los procesos de pacificación.⁴

Los largos periodos de confinamiento, el rezago educativo, la escasez de recursos —tanto humanos como materiales— para la atención sanitaria, la pérdida, precariedad e incremento de los empleos informales, condicionaron la actual inestabilidad social.⁵ Dichas adversidades provocan que la vida en sociedad se transforme en una lucha constante por la sobrevivencia. En este periodo la inseguridad presentó comportamientos fluctuantes de compleja lectura: durante la pandemia la tasa de incidencia delictiva disminuyó⁶ y la percepción de la inseguridad de la población se redujo de manera significativa.⁷ Además, el índice de paz en México se incrementó en este periodo.⁸

1 Virginia Arango-Durling, *Paz Social y Cultura de Paz* (Panamá Viejo, 2007) 15.

2 Unicef España, “Glosario sobre no violencia, paz y buen trato” (Madrid: Unicef España, 2024), <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/recursos/unicef-educa-ase--glosario-paz-no-violencia.pdf>

3 Francisco, *Laudato Si': Sobre el cuidado de la casa común* (Librería Editrice Vaticana, 2015), https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html

4 Nicholas Evans et al., “Covid-19, equity, and inclusiveness”, BMJ, n1631 (2021), <https://doi.org/10.1136/bmj.n1631>; Sara Momtazmanesh et al., “All together to fight COVID-19”, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 102, núm. 6 (2020): 1181-83, <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0281>; Ubaka Ogbogu et al., “Bioethics and practical justice in the post-COVID-19 era”, *Developing World Bioethics* 21, núm. 1 (2020): 31-35, <https://doi.org/10.1111/dewb.12279>; Godfrey B. Tangwa, “COVID-19, the WHO, and the apparent collapse of traditional medical research ethics”, *Indian Journal of Medical Ethics* 06, núm. 02 (2021): 130-35, <https://doi.org/10.20529/ijme.2021.028>

5 Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica A.C., “Las fechas y momentos clave en el camino hacia las vacunas Covid-19”, <https://amiif.org/las-fechas-y-los-momentos-clave-en-el-camino-hacia-las-vacunas-covid-19/>; Alberto Giubilini, “Using Individuals as (Mere) means in management of infectious diseases without vaccines. should we purposely infect young people with coronavirus?”, *The American Journal of Bioethics* 20, núm. 9 (2020): 62-65, <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1795543>; Maxwell Smith et al., “Top five ethical lessons of COVID-19 that the world must learn”, *Wellcome Open Research* 6, núm. 17 (2021), <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16568.1>

6 Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, “Cifras de delitos y víctimas por cada 100 mil habitantes 2015-2023 (Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, 2023a), <https://drive.google.com/file/d/1IMx24-J6Qsh4p3n-BQThopxy69QmBI3N/view>

7 Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi, “Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana. ENSU. Primer Trimestre 2023. Principales resultados. Abril 2023” (Inegi, 2023), https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensu/doc/ensu2023_marzo_presentation_ejecutiva.pdf

8 Instituto para la Economía y la Paz. “Índice de Paz México 2021” (IEP, 2021), <https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2021/05/ESP-MPI-2021-web-1.pdf>

La paz en México mejoró en un 3.5 % en 2020. Tras cuatro años de deterioros sucesivos, esto marca un cambio de tendencia tras los fuertes aumentos de la violencia registrados entre 2015 y 2018. Este cambio se remonta a mucho antes del inicio de la pandemia de COVID-19. Las tasas de homicidio y delitos cometidos con armas de fuego alcanzaron su punto máximo en julio de 2018 y desde entonces han ido disminuyendo gradualmente. Otras tasas de delincuencia comenzaron a caer a mediados de 2019, lo que también precedió a la pandemia.

Sin embargo, ante estos datos es importante considerar el alto número de delitos que en México no se denuncian o, para los cuales, no se inician una carpeta de investigación (la llamada “cifra negra”) que en 2021 fue de 93.1 % de los delitos ocurridos.⁹ Además, por diferentes factores, el confinamiento generó un cambio en la práctica de denuncia,¹⁰ particularmente frente a delitos que atentan contra la seguridad de las mujeres en el hogar.

A lo largo del presente capítulo se realizará, en primer lugar, un recuento histórico de la pandemia y su abordaje desde marzo 2020 hasta diciembre del mismo año, momento en que se empezó a implementar el plan de vacunación nacional. Esto con el propósito de analizar y discutir la incidencia que tuvieron seis variables relacionadas con la pandemia por COVID-19, la respuesta institucional y la política pública que pudo incidir en la construcción de la paz en México. Por último, se presentarán algunas estrategias que, desde la bioética global, pudieran ser consideradas como acciones concretas en beneficio de la construcción de la paz en el país.

Recuento histórico COVID-19 en México 2020

El virus SARS-CoV-2 surgió en la ciudad de Wuhan en China en diciembre 2019. De ahí, rápidamente se expandió a muchos países de Asia, Europa, África y América causando incontables muertes debido a los altos índices de contagio.¹¹ En México, el primer caso de contagio positivo fue detectado el 27 de febrero de 2020 y la primera muerte confirmada fue el 18 de marzo. A partir de este momento muchos otros casos fueron detectados en cuestión de días en todo el territorio nacional. El 1 de junio se dio inicio al sistema de semaforización a nivel estatal y ese mismo día se inició el plan de reapertura a pesar del rápido aumento de casos confirmados.¹² A pesar de la rapidez de los contagios, las autoridades sanitarias declararon el estado de emergencia sanitaria hasta el 31 de marzo cuando los casos detectados ya eran por transmisión local.¹³ Fue en este momento cuando se invitó a la población general a mantenerse en confinamiento voluntario y recomendado, más nunca obligatorio, dando inicio así a la Jornada Nacional de Sana Distancia. Es en este momento cuando la desinformación generalizada llevó a situaciones incomprensibles como la desestimación del uso del cubrebocas. Las directrices establecidas por el gobierno mexicano no optaron ni por la restricción de toda actividad no esencial, por el cierre de fronteras, ni por imple-

9 Inegi, “Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública, (Envipe) 2022”, (Inegi, septiembre 2022), https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2022/doc/envipe2022_presentation_nacional.pdf

10 Aurea Esther Grijalva Eternod y Carlos Obed Figueroa Ortiz, “El impacto de la pandemia en la evolución de la violencia en los delitos de la Zona Metropolitana de Guadalajara”, *Revista Jurídica Jalisciense* 2, núm. 4 (2022): 15-39, <https://doi.org/10.32870/rjj.v2i4.134>

11 Xavier Escudero et al., “La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México”, *Archivos de Cardiología de México* 90, Suplemento (2020): 7-14, <https://doi.org/10.24875/acm.m20000064>

12 Secretaría de Salud, “Lineamiento para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19” (Secretaría de Salud, 2020).

13 Secretaría de Salud, “Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19”, Comunicado. 31 de marzo de 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301>

mentar controles estrictos de movilidad social como sí sucedió en otros países.¹⁴ Esta política flexible y laxa contribuyó a que se incrementaran rápidamente los casos positivos, de tal manera que, para fines de abril los centros hospitalarios estaban alcanzando niveles cercanos a la saturación, y los recursos materiales y humanos no se daban abasto. El 13 de noviembre los reportes de casos diarios superaron el millón y los 100 mil decesos fueron contabilizados el 19 de noviembre.¹⁵

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México fue el país con la menor tasa de pruebas confirmatorias con un total de 0.4 por cada 1 000 habitantes.¹⁶ Los contagios descontrolados, no contabilizados y la saturación del sistema sanitario llevaron al país a estar en el tercer lugar a nivel mundial, después de Estados Unidos y Brasil con mayor mortalidad en números absolutos, según Amnistía Internacional.¹⁷ Sin embargo, de acuerdo con datos publicados por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM),¹⁸ en los primeros 18 meses de la emergencia sanitaria, uno de cada 59 trabajadores de la salud que enfermaron en México por COVID-19, perdió la vida; en tanto que en Estados Unidos la proporción fue de uno por cada 304 trabajadores enfermos de acuerdo con cifras del Center for Disease Control (CDC).¹⁹ Se considera que en nuestro país esto estuvo motivado por la falta de equipo de protección, la precariedad de las condiciones laborales, el tiempo de exposición previo a la vacunación, entre otros factores.

Finalmente, gracias a los avances acelerados de investigación, producción y distribución de vacunas, el 24 de diciembre comenzó la Jornada Nacional de Vacunación; sin embargo, esta estrategia de salud pública fue enfocada, en un primer momento, sólo al personal sanitario del sector público. Lo anterior provocó una mayor exposición del resto de los profesionales de la salud, particularmente en el sector privado, y en otros sectores de población vulnerable. Para la población en general, la estrategia de vacunación fue planteada con base en un único criterio determinado por la edad,²⁰ lo que generó que las personas que presentaban criterios de vulnerabilidad continuaran expuestas por un tiempo más prolongado.

Las dosis de vacunas adquiridas por la Secretaría de Salud por medio de la iniciativa COVAX²¹ resultaron ser insuficientes, por lo que se tomó la decisión de comprar y administrar vacunas aún no

14 Benito Ramírez Martínez, "Restricción o suspensión de derechos constitucionales y COVID-19", *Hechos y Derechos*, núm. 56 (marzo-abril 2020).

15 Institute for Global Health Sciences, "La respuesta de México al COVID-19: Estudio de Caso" (University of California San Francisco. 2021), https://globalhealthsciences.ucsf.edu/wp-content/uploads/2024/02/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

16 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, "COVID-19 and Well-Being: Life in the Pandemic" (OCDE Publishing, París, 2021), <https://doi.org/10.1787/1e1ecb53-en>

17 Amnistía Internacional, "COVID-19: Las muertes de personal sanitario ascienden al menos a 17 000, mientras las organizaciones piden una rápida distribución de las vacunas", *Amnistía Internacional*, Noticias, 5 de marzo 2021, <https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/covid-19-las-muertes-de-personal-sanitario-ascienden-al-menos-a-17-000-mientras-las-organizaciones-piden-una-rapida-distribucion-de-las-vacunas/>

18 Paris Martínez, "México acumula 4 000 trabajadores de la salud fallecidos por COVID-19", *Corriente Alterna*, 21 julio, 2021, <https://corrientealterna.unam.mx/nota/mexico-acumula-4-mil-trabajadores-de-la-salud-fallecidos-por-covid-19/>

19 Centers for Disease Control and Prevention (EUA), "Cases & deaths among healthcare personnel" (CDC, 19 de mayo, 2021), <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/106364>

20 Secretaría de Salud, "040. Estrategia de vacunación contra COVID se aplica en función de la prioridad máxima: Secretaría de Salud", 28 de enero de 2022, <https://www.gob.mx/salud/prensa/040-estrategia-de-vacunacion-contra-covid-se-aplica-en-funcion-de-la-prioridad-maxima-secretaria-de-salud?idiom=es>

21 Organización Mundial de la Salud, "COVAX: Colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19", (OMS, 2020), <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax> - :~:text=El Acelerador ACT es una,el acceso equitativo a ellos

avaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Un claro ejemplo fue la vacuna Cansino, administrada al personal docente de todos los niveles educativos en el país.

En cuanto a la administración de las vacunas, no es posible confirmar la efectividad de este proceso debido a que no existen fuentes de información que permitan hacerlo. Lo anterior se sustenta en las observaciones y recomendaciones de la Auditoría Superior de la Federación relacionadas con las “[...] debilidades en la normativa emitida para regular las operaciones relacionadas con la adquisición, recepción, almacenaje, traslado y distribución de las vacunas contra el virus SARS-CoV2”.²² Además, es importante mencionar que en las zonas rurales no se llevaron registros adecuados, en gran parte debido a que las personas no contaban con dispositivos móviles para tramitar su turno.

La pandemia, sus factores adversos

A continuación se analizan seis variables relacionadas con la pandemia y que afectan el proceso de construcción de paz en México.

a) Rezago educativo y abandono escolar

El Banco Mundial, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) advirtieron que en 2021 enfrentamos un impacto severo y sin precedentes debido a la interrupción de la educación por la pandemia del COVID-19.²³ De acuerdo con sus estimaciones, la generación actual de estudiantes perderá alrededor de 17 billones de dólares en el total de ingresos que percibirán durante toda su vida (equivalente a 14 % del PIB global), particularmente por la pérdida de aprendizajes y de habilidades, lo que repercutirá en su capacidad productiva.

La Unicef ha calculado que, posterior a la pandemia, cerca de 24 millones de niños alrededor del mundo no regresaron ni regresarán a la escuela.²⁴ En nuestro país, el confinamiento y el cierre de escuelas afectó a 4.8 millones de estudiantes de preescolar, 14 millones de alumnos de primaria, 6.5 millones de estudiantes de secundaria y 5.2 millones de jóvenes de preparatoria.²⁵ Esto provocó un alto índice de abandono escolar²⁶ y un incremento de 0.2 % en el rezago educativo de 2018 al 2020.²⁷

22 Secretaría de Salud, “Adquisición y distribución de vacunas COVID-19” (Secretaría de Salud, 2021).

23 Banco Mundial, et al. *The State of the Global Education Crisis: A Path to Recovery* (Banco Mundial, Unesco y Unicef, 2021), <https://documents1.worldbank.org/curated/en/416991638768297704/pdf/The-State-of-the-Global-Education-Crisis-A-Path-to-Recovery.pdf>

24 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Los niños no pueden seguir sin ir a la escuela, afirma Unicef”, 11 de febrero 2021, <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/los-ninos-no-pueden-seguir-sin-ir-la-escuela-afirma-unicef#:~:text=No%20asis-tir%20presencialmente%20a%20las,probabilidad%20de%20que%20no%20regresen>

25 Red por los Derechos de la Infancia en México, “¿Cuántas niñas, niños y adolescentes presentan rezago educativo en el país?” *Redim*, agosto 16, 2023. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/08/16/rezago-educativo-en-la-infancia-y-adolescencia-de-mexico-2016-2022/#:~:text=Por%20ello%20resulta%20impactante%20que,2016%2D2022%20que%20public%C3%B3%20CONEVAL>

26 Unicef. “Dos tercios de los niños en edad escolar en el mundo no tienen acceso a internet en el hogar”, Comunicado de prensa, 1 de diciembre 2020, <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/dos-tercios-ninos-edad-escolar-mundo-no-tienen-acceso-internet-en-hogar#:~:text=NUEVA%20YORK%2FGINEBRA%2C%20%20de,Internacional%20de%20Telecomunicaciones%20 UIT>

27 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, “Nota técnica sobre el rezago educativo, 2018-2020”, 5 de agosto de 2021, https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_el_rezago%20educativo_2018_2020.pdf

En México, la Secretaría de Educación Pública (SEP) implementó el programa *Aprende en casa por tv o en línea*. A través de este programa, que contó con el reconocimiento de la Unesco, se transmitieron clases a los niveles de preescolar, primaria, secundaria y bachillerato.²⁸ A pesar de ello, uno de los mayores obstáculos que tuvo que enfrentar este programa fue el bajo nivel de infraestructura tecnológica y la marcada brecha digital que caracteriza a gran parte de las zonas del país.

De acuerdo con datos de la encuesta sobre disponibilidad y uso de tecnología del Inegi, previo a la pandemia, 70.1 % de la población (80.6 millones) mayor de seis años en México tenía acceso a internet (posicionándose en tercer lugar entre los países latinoamericanos después de Brasil: 70.4 % y Chile: 82.3 %). Sin embargo, este nivel de accesibilidad se distribuía de forma desigual dependiendo si se trataba de zonas urbanas o rurales (76.6 % versus 47.7 %, respectivamente) y del grupo de edad observado, por ejemplo, para quienes se encontraban entre los 6 y 11 años de edad, que corresponde a la educación primaria, sólo 59.7 % de los niños y niñas de esa edad tenían acceso a una cuenta de internet, situación que mejoraba para quienes se encontraban entre los 12 y 17 años (educación secundaria y media superior) con 87.8 % de acceso y aún más para quienes tenían entre 18 y 24 años (que correspondería a población universitaria) con 91.2 % de acceso a internet. Esta misma encuesta señala que poco más de la mitad de los hogares mexicanos (56.4 % del total) contaba con internet y que solo 44.3 % de los hogares contaba en ese momento con alguna computadora en casa.²⁹

Ante la escasa democratización tecnológica que imperaba en el país, el nivel de afectación que provocó la pandemia por COVID-19 en el sistema educativo fue aún más severa. En un estudio que realizó el Inegi³⁰ sobre las condiciones de la población escolar de 3 a 29 años, se identificó que quienes tenían menores recursos tecnológicos para responder a la demanda escolar fue en particular quienes se encontraban cursando la educación primaria: 72 % de ellos utilizaron teléfono inteligente que no era del uso exclusivo del estudiante y solo 13.6 % tuvo acceso a una computadora portátil o de escritorio. El estudio destaca la notoria deserción escolar registrada durante el primer ciclo escolar afectado por la pandemia (2019-2020): 2.2 % no concluyó el año escolar (mayor en hombres 2.4 % que en mujeres 2 %) y el mayor porcentaje ocurrió en las edades intermedias: 3.4 % en educación media superior y 3.2 % en secundaria. La deserción en escuelas privadas se duplicó con respecto a las escuelas públicas (4.2 % versus 2 % respectivamente). Del total de alumnos que no concluyeron el año escolar, prácticamente 6 de cada 10 alumnos tuvieron como motivo principal causas atribuibles al COVID-19, y manifestaron, en algunos casos, que perdieron el contacto con su(s) maestra/o(s) o no pudieron hacer las tareas (28.8 %), alguien de la vivienda se quedó sin trabajo o se redujeron sus ingresos (22.4 %), la escuela cerró definitivamente (20.2 %), entre otras.

28 Diego Badillo, "SEP implementa clases a distancia durante emergencia sanitaria", *El Economista*, 14 de abril, 2020, <https://www.economista.com.mx/politica/SEP-implementa-clases-a-distancia-durante-emergencia-sanitaria-20200413-0100.html>

29 Inegi, "En México hay 80.6 millones de usuarios de internet y 86.5 millones de usuarios de teléfonos celulares: ENDUTIH 2019", 17 de febrero 2020, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/0trTemEcon/ENDUTIH_2019.pdf

30 Inegi, "Inegi presenta resultados de la encuesta para la medición del impacto COVID-19 en la educación (ECOVID-ED) 2020. Datos nacionales", 23 de marzo 2021, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/0trTemEcon/ECOVID-ED_2021_03.pdf

De los 32.9 millones de estudiantes que sí lograron concluir el año escolar, 5.2 millones de ellos no se inscribieron para continuar en el siguiente año escolar (2020-2021), lo que representó una disminución de 15.8 %, lo que particularmente impactó más a la población de 16 años o más. Esta deserción estuvo motivada en 44.2 % de los casos por causas directamente relacionadas con la COVID-19 y 55.8 % por falta de recursos. En el primer grupo manifestaron que sus principales razones fueron: consideró que las clases a distancia eran “poco funcionales para el aprendizaje” (26.6 %); “alguno de sus padres o tutores” se quedó sin empleo o cerró el lugar en el que trabajaban (25.3 %); carecían de computadora u otro dispositivo o de conexión a internet (21.9 %); la escuela cerró definitivamente (19.3 %).³¹

Esta interrupción en la educación representó para los mexicanos una pérdida de dos años de escolaridad y colocó al país en niveles por debajo de 2008 con respecto al porcentaje de jóvenes que asisten a la escuela; estimando que esto podría reducir en 8 % anual los ingresos de estos estudiantes durante toda su vida laboral.³²

Al final del segundo año escolar de confinamiento por pandemia y con el regreso a la nueva normalidad (los planteles educativos comenzaron a funcionar a partir del 30 de agosto de 2021), los efectos del COVID-19 entre la población escolar continuaban haciendo estragos:

En octubre de 2021, 8 % de los hogares con integrantes de 4 a 17 años reportaron que algún niño o niña no se inscribió a la escuela en el actual ciclo escolar (2021-2022): 50 % de la población infantil y adolescente que abandonó la escuela son adolescentes de entre 14 y 17 años, de los cuales 53 % son hombres. Adicionalmente, en este levantamiento se encontró que más de la tercera parte de los hogares entrevistados consideró que las escuelas no tienen las instalaciones ni capacidades necesarias para un retorno seguro. Se reportan mayores porcentajes de deficiencias en infraestructura y capacidades en el nivel preescolar con 45 %, seguido de primaria con 40 %, secundaria con 39 % y preparatoria con 31 %.³³

b) Precariedad laboral y desempleo

El sector económico fue gravemente afectado durante la pandemia, por ejemplo, el producto interno bruto (PIB) per cápita a nivel global cayó bruscamente un 4.4 % en 2020, y la tasa de desempleo para ese año pasó a 6.6 % (en 2019 era de 5.4 % y en 2021 de 6.2 %), esto significó 28 millones de desempleados más que en 2019.³⁴ Lo anterior, como consecuencia de los prolongados tiempos de confinamiento, ya que muchas empresas y negocios, así como de las restricciones sanitarias se vieron en la necesidad de clausurar sus actividades dejando así en el desempleo a miles de personas. Sin embargo, la estructura productiva de la economía mexicana previo a la pandemia se caracterizaba por la heterogeneidad estructural “...la productividad de las empresas grandes es seis veces mayor que en las microempresas, y tres veces superior a la de las pequeñas empresas...”³⁵ y por

31 Inegi, “Inegi presenta resultados de la encuesta...”

32 Instituto Mexicano para la Competitividad A.C., “El rezago educativo pone en riesgo a una generación de estudiantes” (IMCO, 2 de junio 2021), <https://imco.org.mx/el-rezago-educativo-pone-en-riesgo-a-una-generacion-de-estudiantes/>

33 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef México, “ENCVID-19 Infancia: Resultados mayo de 2020 a octubre de 2021” (Unicef México, abril 2022), <https://www.unicef.org/mexico/informes/encovid-19-infancia>

34 Organización de las Naciones Unidas, “Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2022”, (ONU, 2022), https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Spanish.pdf

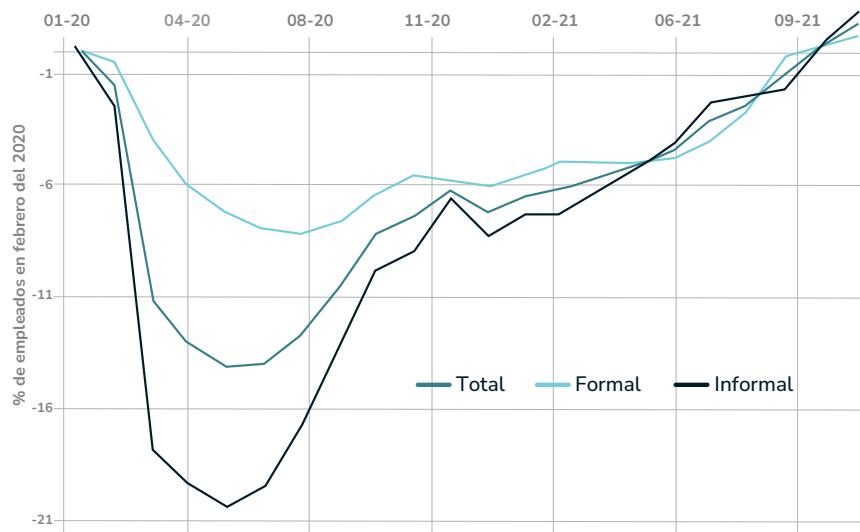
35 Mario Alejandro Arellano Morales, “Consecuencia de la COVID-19 en la economía y las finanzas públicas en México: más allá de la pandemia”, *El Trimestre Económico* 89, núm. 355 (2022): 829-864, <https://doi.org/10.20430/ete.v89i355.1307>

la desarticulación productiva este escenario desfavorable implicó un mayor reto para contener los estragos que provocó el confinamiento y el cierre de la economía en los siguientes años, además de que evidenció la fragilidad estructural tanto nacional como internacional para hacer frente a una crisis de salud pública de tales dimensiones.

De acuerdo con el Observatorio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 2020 el confinamiento provocó que se perdiera 8.8 % de las horas de trabajo a nivel mundial (que representaría 255 millones de empleos a tiempo completo), lo que representó una pérdida de ingresos provenientes del trabajo por 3.7 billones de dólares USD (antes de que se adoptaran medidas de apoyo) y que equivale al 4.4 % del PIB de 2019.³⁶ En 2022 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) indicó que el COVID-19 profundizó “[...] los problemas estructurales preexistentes, como la baja productividad, la informalidad laboral y las brechas de género [...]”.³⁷ Como se observa en la siguiente imagen, el BID identificó que uno de los impactos no esperados del COVID-19 fue la disminución de la informalidad de los empleos en la región, lo cual no se tradujo en una mayor formalidad del empleo. A pesar de que en México también ocurrió una disminución de la informalidad, el BID señala que su tasa sigue siendo alta en comparación con los otros países. Todo esto facilitó que existieran pocas posibilidades de generar ingresos en las familias.³⁸

Del cuarto trimestre de 2017 al cuarto trimestre de 2021, la productividad laboral decreció en 8.1 %, y se encuentra hoy por debajo de su nivel en 2005. La crisis también representó un retroceso importante en la igualdad de género en el mercado laboral. Estimamos que en septiembre de 2021 el déficit del empleo femenino en México debido a la crisis fue de 9.1 %, versus solo 2.2 % en el empleo masculino.

Caída del empleo en América Latina y el Caribe entre 2020 y 2021



Fuente: Cálculos del equipo del BID basados en datos del Observatorio Laboral COVID-19 (Ripani, 2022)

36 Organización Internacional del Trabajo, “Observatorio de la OIT: La COVID-19 y el mundo del trabajo. Estimaciones actualizadas y análisis” (OIT, 25 de enero 2021), https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dreports/%40dcomm/documents/briefingnote/wcms_767045.pdf

37 Laura Ripani, “Impacto del COVID-19 en el mercado laboral: ¿Qué ha pasado desde la crisis económica, y qué sigue?” *Factor trabajo*, 1 de mayo 2022, <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/el-mercado-laboral-desde-el-covid-19/>

38 Ibidem.

El Inegi identificó que, con respecto al impacto del COVID-19 en el mercado laboral, 60 % de las viviendas del país tuvo una disminución en sus ingresos y que, cuatro o cinco de cada 10 viviendas tuvieron que recurrir a la venta de un bien de su patrimonio o pedir prestado para sobrellevar el impacto en la reducción de sus ingresos. De abril a julio de 2020, tiempo que duró este estudio, 30 % de las viviendas reportó que alguno de sus integrantes perdió su trabajo por el COVID-19.³⁹

En un estudio que realizó el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP) para la Cámara de Diputados sobre el impacto de la contingencia sanitaria por COVID-19 entre la población de jóvenes,⁴⁰ encontraron que, del cuarto trimestre de 2019 al mismo periodo en 2020, a nivel nacional, la población económicamente activa (PEA) ocupada se redujo en 4.4 %, en tanto que para el sector de jóvenes entre los 15 y 29 años, esta reducción fue mayor: 6.6 %; es decir que 1 040 952 de jóvenes perdieron sus empleos, en los que más de la mitad fueron empleos formales.

c) Incremento en la pobreza y pobreza extrema

De acuerdo con datos de la ONU, en los dos años más críticos por el COVID-19, “la pandemia derribó más de cuatro años de avances en la erradicación de la pobreza y empujó a 93 millones de personas más a la pobreza extrema en 2020”.⁴¹ De acuerdo con el Coneval, entre los años 2018 y 2020, la tasa de pobreza a nivel nacional pasó de 41.9 % a 43.9 %, lo que se tradujo en un incremento de 51.9 a 55.7 millones de personas. Por su parte, la tasa de pobreza extrema fue de 7.0 % a 8.5 % en este mismo periodo, lo que resultó en un incremento de 8.7 a 10.8 millones de personas bajo esta condición.

En un informe especial sobre el impacto de la COVID-19 y los desafíos sociales,⁴² se determinó que para 2020, la pobreza en la región aumentaría 4.4 % en un escenario intermedio y la pobreza extrema 2.6 %, lo que representaría adicionar 28.7 y 15.9 millones de personas a la pobreza, respectivamente. Indica que este escenario de mayor desigualdad y vulnerabilidad, “[...] compromete gravemente la posibilidad de poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo en 2030 (Objetivos de Desarrollo Sostenible) y más ampliamente el logro de todas las metas de la dimensión social de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”. A continuación se comparan los datos de los tres países de América Latina que son miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), donde es posible observar que el crecimiento de pobreza, en términos porcentuales es mayor en México (en toda la región, el mayor impacto ocurrió en México, Nicaragua y Ecuador).

Por su parte, en otro estudio sobre el impacto del COVID-19 al incremento potencial de la pobreza en México,⁴³ identificó que el Coeficiente de *Gini* (que mide la desigualdad entre los in-

39 Inegi, “Encuesta telefónica sobre COVID-19 y mercado laboral (ECOVID-ML). Abril-julio de 2020”, 22 de diciembre 2020, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEcon/ECOVID-ML_Abr-Jul.pdf

40 Cámara de Diputados LXIV Legislatura, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, “Mercado Laboral: Impacto de la contingencia sanitaria por Covid-19 en el segmento de jóvenes entre 15 y 29 años”, mayo 2021, <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/documento/2021/cefp0222021.pdf>

41 ONU, “Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2022”.

42 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “El desafío social en tiempos del COVID-19. Informe Especial COVID-19”, 12 de mayo 2020, 2. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45527-desafio-social-tiempos-covid-19>

43 Nora Lustig y Valentina Martínez Pabón, “El impacto del COVID-19 en la desigualdad y la pobreza en México”, *Estudios Económicos de El Colegio de México* 36, núm. 1 (2021): 7-25, <https://doi.org/10.24201/ee.v36i1.416>

gresos), pudo haber tenido una variación de 1.3 y 3.7 puntos, generando un aumento de 7.5 y 8.7 millones de personas en situación pobreza; cuya curva de incidencia podría ser más notable e impactar de manera más importante entre quienes se encontraban en pobreza moderada o en riesgo de estarlo y entre la población urbana. El estudio no encontró diferencias significativas entre los hogares encabezados por hombres o mujeres, lo que indica aumentos de pobreza similares.

País	Pobreza extrema				Pobreza			
	2019	2020			2019	2020		
		Nivel	Escenario bajo	Escenario medio		Escenario bajo	Escenario medio	Escenario alto
Chile	1.4	2.1	2.3	2.6	9.8	11.9	12.7	13.7
Colombia	10.3	11.3	12.0	12.7	29.0	30.4	31.5	32.5
México	11.1	14.9	15.9	17.1	41.9	46.7	47.8	48.9
América Latina	11.0	13.0	13.5	14.2	30.3	33.7	34.7	35.8

Fuente: Datos retomados de CEPAL (CEPAL, 2020)

d) Falta de acceso a los servicios de salud

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) identificó que en 2020 el porcentaje de personas que no pudieron acceder a un servicio o institución de salud pasó de 16.2 % a 28.2 %, lo que representó un incremento de 20.1 a 35.5 millones de personas.

Además, las prioridades en la atención médica se modificaron sustancialmente; a este respecto, se menciona que:⁴⁴ “En los primeros días de marzo de 2020, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y las principales sociedades quirúrgicas del mundo, incluyendo a la Asociación Mexicana de Cirugía General, recomendaron cancelar o reprogramar cirugías electivas y cambiar éstas a entornos ambulatorios, cuando esto fuera posible”. Dicho estudio estimó que en 12 semanas se cancelaron, aproximadamente, 200 mil procedimientos y que 80 % de las cirugías oncológicas fueron pospuestas.⁴⁵

Este retraso generalizado en la atención en salud condujo a una deficiencia de diagnósticos oportunos (prevención primaria y secundaria) lo que a su vez incrementó la, ya de por sí, alta morbi-mortalidad en nuestra sociedad. La Secretaría de Salud de México reportó que: “[...] a diciembre de 2020, los diagnósticos de desnutrición, afecciones cardíacas, cáncer cervicouterino, diabetes y cáncer de mama se redujeron en 56 %, 45 %, 34 %, 27 % y 20 % respectivamente. Durante el

44 Lilia Cote Estrada et al., “Impacto de la pandemia COVID-19 en la práctica de Cirugía General en México. Encuesta Nacional”, *Cirujano General* 42, núm. 2 (2020): 153-55, <https://doi.org/10.35366/95375>

45 Ibidem, 157.

primer semestre de 2020, el diagnóstico de diabetes decrementó en un 26 % en comparación con el mismo periodo de 2019".⁴⁶

Un estudio publicado en la revista *The Lancet* llevado a cabo por investigadores del Institute for Health Metrics and Evaluation, en Washington,⁴⁷ calculó que a nivel global 27.2 millones de niños no recibieron la vacuna contra el sarampión y otros 30 millones no recibieron la vacuna DPT (difteria, parotiditis y tosferina) a consecuencia de la pandemia. Del total de la población estudiada, 17 millones sólo tuvieron acceso a una (de dos) dosis contra COVID-19 a lo largo del 2020, esto debido a las marcadas desigualdades y carencias en los servicios sanitarios de sus países. Las mayores afectaciones se dieron en el continente africano, concretamente en el África Subsahariana, en el Oriente Medio y en Asia Sudoriental siendo los países más afectados: India, Pakistán e Indonesia, así como algunos países en América Latina y el Caribe. De igual modo, los meses en los que la vacunación se vio afectada fueron marzo y abril 2020, que coincidió con las primeras olas de SARS-CoV2 y los confinamientos más estrictos. Los resultados del análisis también mencionan que la tasa de vacunación en 2020 sólo fue de 76 % de la población, cuando lo ideal para evitar los resurgimientos de enfermedades infectocontagiosas es de 95 %.

Respecto a la salud mental, la OMS ha advertido que el periodo de confinamiento agravó los problemas de salud mental en todo el mundo.⁴⁸ Un dato revelador de su impacto, particularmente en población infantil y juvenil, es lo reportado en el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2022:

Se calcula que en 2020 la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó en un 25 %, siendo los jóvenes y las mujeres los más afectados. Al mismo tiempo, los países informan que los servicios para las afecciones mentales, neurológicas y por consumo de sustancias fueron los más desestabilizados entre todos los servicios de salud esenciales, lo que amplió las brechas en la atención a la salud mental. A finales de 2021 la situación había mejorado un poco, pero muchas personas siguen sin poder recibir la atención y el apoyo que necesitan tanto para afecciones mentales preexistentes como para nuevas.⁴⁹

El aprendizaje generado por la experiencia del periodo de pandemia por COVID-19, ha revelado la necesidad de robustecer el sistema de salud pública a partir, tanto de fortalecer las habilidades y hábitos sanitarios con los ciudadanos, así como adquirir nueva infraestructura y aumentar los controles y mecanismos institucionales responsables del monitoreo sanitario para hacer más eficiente la detección temprana y la actuación oportuna ante nuevas crisis sanitarias (OPS y OMS, 2020); a esto, algunos investigadores lo han referido como un proceso de alfabetización en salud pública.⁵⁰

46 Institute for Global Health Sciences, "La respuesta de México al COVID-19: Estudio de Caso".

47 Kate Causey et al., "Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modeling study", *The Lancet* 398, núm. 10299 (2021): 522-534.

48 Organización Mundial de la Salud, "Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia: resumen científico" (OMS, 2 de marzo de 2022), <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>

49 Organización de las Naciones Unidas, "Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2022" (ONU, 2022), https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Spanish.pdf

50 Eduardo Lazcano Ponce y Celia Alpuche Aranda, "Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por COVID-19", *Salud Pública de México* 62, núm. 3 (2020): 331-40, <http://doi.org/10.22149/11408>

e) Incremento en la mortalidad

Para 2022, la ONU estimó que a nivel global la pandemia había costado 15 millones de vidas a nivel global.⁵¹ Las cifras reportadas en relación con fallecimientos por COVID-19 por el Institute for Global Health Sciences evidencian un total de 326 609 mil muertes en 2020, dato 2.6 veces superior al número de fallecimientos reportados por las autoridades sanitarias en el mismo periodo.⁵²

El Inegi reportó una subestimación de las cifras oficiales de fallecimientos por COVID hasta un 45 % afirmando que entre enero y agosto de 2020 se registraron 683 823 defunciones. El mismo reporte comunica que: "Las defunciones por COVID-19, en el periodo de enero a agosto de 2020, ocupan la segunda causa de muerte a nivel global con 108 658 casos por debajo de las enfermedades del corazón que ocupan el primer lugar con 141 873 y por encima de la diabetes mellitus que ocupa el tercer lugar con 99 733".⁵³ Cabe resaltar que el exceso (no reportado) de mortalidad en otros países fue, en promedio, de 17.3 %, mientras que en México fue de 42.9 %⁵⁴ ocupando el cuarto nivel mundial antecediéndole Bolivia, Ecuador y Perú. Los expertos estiman que hubiera sido posible evitar hasta 190 mil muertes, sólo en 2020, de haber implementado otras medidas en la contención de la pandemia.⁵⁵

A la región de las Américas se le consideró el epicentro de la pandemia: en agosto de 2020 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) identificó que 53 % de los casos y 55 % de las muertes ocurrieron en esta región. La mayor parte de estas muertes (65 %) se concentraban en Estados Unidos y Brasil, las dos naciones de mayor población.⁵⁶ México se encontraba en esos momentos dentro de los 10 países a nivel global que reportaban el mayor número de casos y muertes; además, reportó el porcentaje más alto de fallecimientos respecto al número de casos, prácticamente duplicando a Ecuador, que estaba en segundo lugar de la región. Para diciembre de 2021, a un año de operar el Plan Nacional de Vacunación, el país, como la mayor parte de las otras naciones (con excepción de Perú y Ecuador), ya presentaba una disminución de esta proporción, sin embargo, aun continuaba como la segunda más alta en el continente.

51 ONU, 2022.

52 Institute for Global Health Sciences, "La respuesta de México al COVID-19: Estudio de Caso".

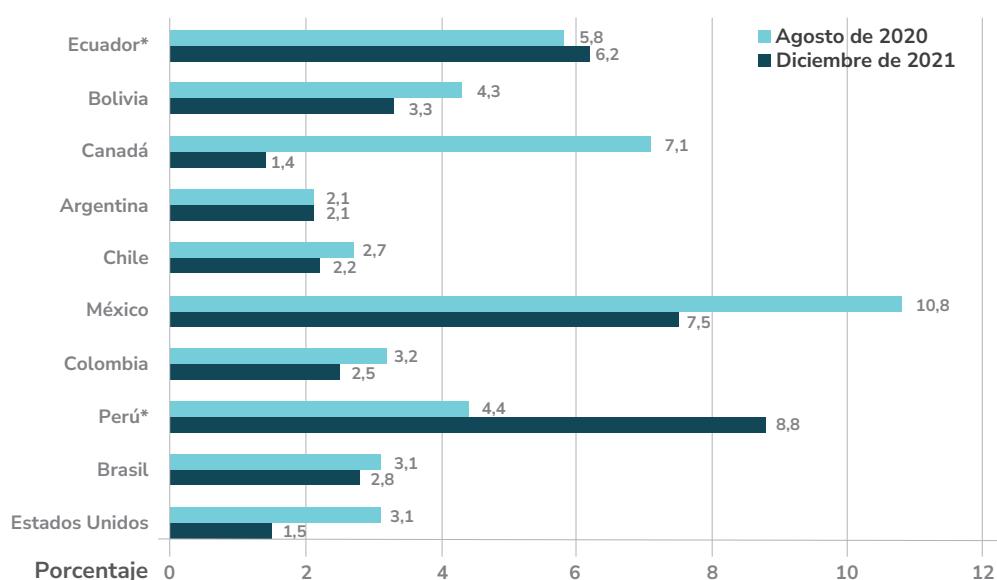
53 Inegi, "Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020", Comunicado de prensa número 61/21, 27 de enero de 2021, https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf

54 Institute for Global Health Sciences, "La respuesta de México al COVID-19..."

55 Ibidem.

56 Organización Panamericana de la Salud, "Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la Región de las Américas", (OPS, 2020).

**Porcentaje de letalidad en los diez países.
Comparativo con dos mediciones**



Fuente: Elaboración propia con datos de OPS 2020, 2021

De forma complementaria, un estudio predictivo para identificar índices relacionados con la tasa de mortalidad por COVID-19 por país, concluyó que este comportamiento estadístico se vinculó directamente con dos factores: a) el tipo de respuesta que tuvieron los Estados frente a las medidas sanitarias instrumentadas ante la pandemia y, b) las condiciones preexistentes en el país; es decir, que la efectividad en la respuesta estaba directamente asociada a variables estructurales y al nivel de estabilidad social y económica.⁵⁷

f) Incremento de la violencia familiar

La violencia y la seguridad pública tiene un impacto más allá del campo psicológico y físico en las personas, alcanza también efectos económicos en detrimento de su bienestar. En el informe Índice de Paz en México, 2023, se estima que la inseguridad en 2022 costó 18 % del PIB del país (4.6 billones de pesos). Aun cuando las tasas de actividad delictiva se redujeron en el contexto de la pandemia en 2020, es probable que los efectos adversos del confinamiento puedan observarse en el periodo inmediato posterior:

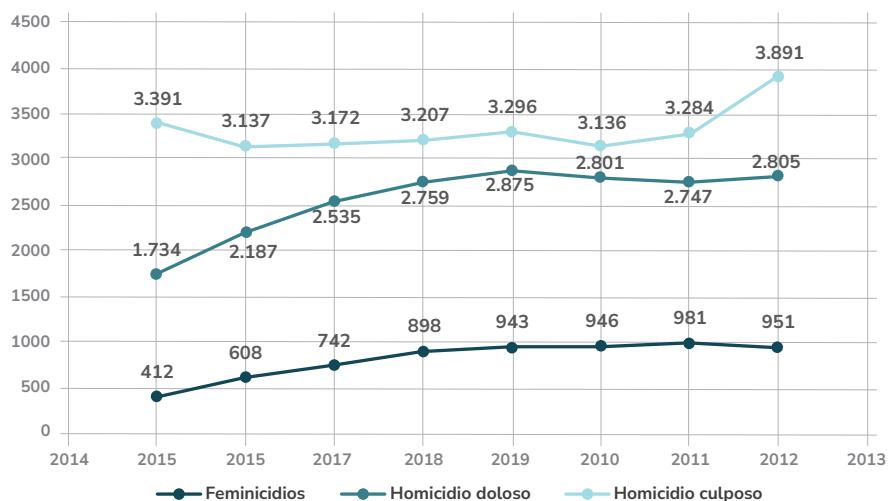
En 2020, en el contexto del inicio de la pandemia del COVID-19, la tasa mejoró ligeramente, pero desde entonces se ha multiplicado por ocho, pasando de 264 a 2 221 casos por cada 100 000 habitantes. Sólo en 2022, las tasas de cada uno de los subindicadores de los delitos con violencia aumentaron más de 100 %, pero el aumento en la tasa de violencia familiar fue el más significativo, aumentando en un 513 % respecto al año anterior.⁵⁸

57 José Antonio Pereáñez García et al., "Modelo predictivo para identificar índices por país relacionados con la tasa de mortalidad por COVID-19", *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, núm. E43 (2021): 351-64, <https://www.risti.xyz/issues/risti43.pdf>

58 Institute for Economics & Peace, "Mexico Peace Index 2023".

Un escenario de inseguridad pública, como el que actualmente se viven en México, facilita condiciones de impunidad y motiva la comisión de delitos al interior de los hogares. La Organización de las Naciones Unidas ha destacado que, a escala mundial, una de cada tres mujeres sufría violencia física o sexual, en su mayoría ejercida por su pareja. Se observa que la crisis sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 intensificó la violencia doméstica al relacionarse con los siguientes factores: preocupaciones económicas, sanitarias y de seguridad; condiciones de vida limitada; aislamiento con maltratadores; restricción de movimiento y aumento de espacios públicos desocupados.⁵⁹ Por su parte, la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha insistido en que la violencia hacia la mujer está motivada por la existencia de condiciones estructurales no resueltas y que “[...] el contexto de violencia contra las mujeres en México ya era grave antes del COVID-19, y, además, fue aumentando a medida que la pandemia se expandía.⁶⁰

Incidencia delictiva contra las mujeres



Fuente: Elaboración propia con datos del SESNSP-Centro Nacional de Información (CNI)

En un informe sobre la violencia que se ejerce en México hacia las mujeres, el Secretariado Ejecutivo de Seguridad Pública (SESNSP), menciona que la violencia familiar tuvo un incremento constante entre 2015 y 2022 al pasar de 127 424 a 270 544 presuntos delitos, respectivamente; y entre el periodo prepandemia (2019) y postpandemia (2021) se registró un incremento del 20.8 % en este delito. Particularmente, en 2020 se observa una tendencia clara de incremento de casos entre los meses de marzo y octubre, lo que coincide con el inicio del confinamiento. En ese mismo periodo, otros presuntos delitos de violencia de género aumentaron en 20 %.⁶¹

59 ONU Mujeres, "La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento" (ONU Mujeres, s/f), <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>

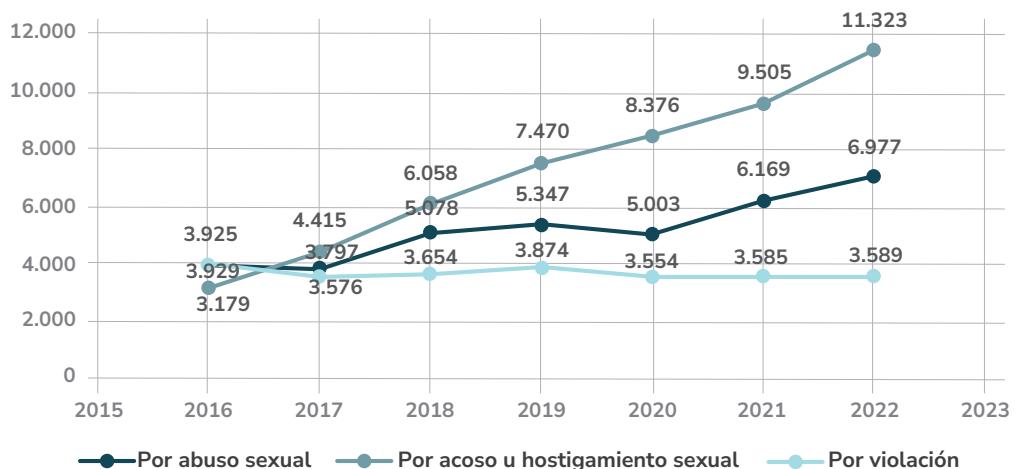
60 Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, "La violencia contra las mujeres en el contexto del COVID-19" (CNDH 2020), <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/613771/COVID-Mujeres.pdf>

61 Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, "Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911", (Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, 2023).

En las manifestaciones más extremas de incidencia delictiva hacia las mujeres, como es el caso de los feminicidios y los homicidios culposos, estos han aumentado cada año desde 2015, manteniendo un comportamiento sostenido entre el periodo pre y postpandemia. Sin embargo, como se puede observar en la siguiente gráfica, los homicidios culposos tuvieron un notable crecimiento a partir de 2020, el año más crítico del confinamiento por COVID-19.⁶²

Otro indicador de violencia hacia las mujeres que presenta este informe de la SESNSP-CNI es el registro de llamadas telefónicas de emergencia al número único 911. Las llamadas por motivos de “Violencia hacia la mujer” observaron un incremento constante de 2016 a 2022 (pasando de 92 604 a 339 451 registros); y las llamadas por “Violencia de pareja”, después de haber presentado en 2018 y 2019 una tendencia de disminución, a partir de 2020, nuevamente observaron un aumento al pasar de 236 562 a 260 946 registros en 2022.⁶³ Con estos datos, la oficina de la ONU encargada de monitorear las acciones delictivas identificó que durante enero y junio de 2020, en México se registró la mayor cifra de llamadas de emergencia por violencia contra la mujer de los últimos cuatro años.⁶⁴

Llamadas de emergencia al 911



Fuente: Elaboración propia con datos del SESNSP-Centro Nacional de Información (CNI)

Las llamadas para solicitar ayuda al 911 por violencia de tipo sexual, en su mayor parte, tuvieron un crecimiento notorio entre 2016 a 2022: “por abuso sexual” pasaron de 3 925 a 6 977 casos (un incremento de 1.77 veces), en tanto, las motivadas “por acoso u hostigamiento sexual” pasaron de 3 179 a 11 323 (un incremento de 3.56 veces). Como se muestra en la gráfica, es posible observar un punto de inflexión en 2020 en estos delitos: en el primero, las llamadas aumentaron en 23.3 % (cuando en el año previo habían registrado un decremento de -6.4 %), en tanto que las relacionadas con el segundo incrementaron en 13.4 %.⁶⁵ Al analizar y comparar esta variación en el número de carpetas de investigación el Senado de la República emitió un informe en el que destacó que la

62 Secretariado Ejecutivo, “Información sobre violencia contra las mujeres...”.

63 Ibidem.

64 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “Monitoreando la violencia contra las mujeres durante el confinamiento por la COVID-19” (UNODC, junio 2020), <https://www.cdeunodc.inegi.org.mx/unodc/wp-content/uploads/2020/08/COVIDVAWJun2020.pdf>

65 Secretariado Ejecutivo, “Información...”.

aparente disminución de ciertos delitos es en realidad, un “[...] efecto negativo que tuvo el confinamiento en la presentación de denuncias ante alguna autoridad [...]”.⁶⁶

El aislamiento al que obligó la pandemia por COVID-19, no sólo representó para la mayoría de las mujeres trastocar sus actividades cotidianas, sino también una carga desproporcionada de actividades adicionales y la exposición más frecuente a situaciones de violencia en sus casas.⁶⁷ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición identificó que el hogar (32.6 %) era el segundo lugar de mayor agresión o violencia para las mujeres, sólo después de la vía pública (39.8 %).⁶⁸ Esta misma encuesta exploró de manera particular la violencia doméstica durante el confinamiento (del 23 de marzo al 1 de junio de 2020), y entre los principales hallazgos encontró que:

[...] 5.8 % de las mujeres adultas reportó algún tipo de violencia doméstica. Los tipos de violencia en el hogar se presentaron con mayor frecuencia en gritos, insultos o amenazas (4.3 %), agresión económica (2.1 %) y empujones jalones o golpes (1.9 %) [...] 21.8 % de las mujeres que experimentaron gritos, insultos o amenazas y 35.3 % agresión económica estos eventos se presentaron por primera vez durante el confinamiento.⁶⁹

Bioética global y construcción de la paz

La bioética global es la rama de la bioética que analiza relaciones, fenómenos, factores y condiciones globales que afectan la vida y la salud de individuos y comunidades tanto en lo local como desde la mirada global.⁷⁰ Los efectos sociales adversos a la construcción de la paz no iniciaron con el confinamiento, sino que se vieron acentuados por este fenómeno histórico, particularmente en el marco de una estrategia nacional que no ha demostrado ser realmente eficiente.⁷¹ A lo largo del periodo de la pandemia se llevaron a cabo una serie de decisiones erróneas que provocaron un grave deterioro del que hoy la sociedad mexicana sigue sin recuperarse.⁷²

Analizar la construcción de paz como un fenómeno complejo implica articular múltiples factores, entre los cuales destacan las políticas públicas que instrumentan para cada uno de ellos, toda vez que la paz es resultado de la convergencia de estrategias en distintas dimensiones que promueven acciones tendentes a la prevención y mitigación de los factores que desencadenan violencia. Desde el paradigma que presenta la bioética global, en donde las realidades están intrínsecamente conectadas unas con otras y lo que acontece en un lugar repercute en otro, se pueden trazar líneas de acción que asuman la crisis que ocasionó la pandemia y propongan distintas metodologías para abordar futuros conflictos que pudieran surgir a raíz de nuevas catástrofes.

66 Senado de la República Legislatura LXIV, “La violencia contra las mujeres durante el confinamiento por la Covid-19”, Senado de la República, 26 de abril 2021, <http://bibliodigitalbd.senado.gob.mx/handle/123456789/5228>

67 Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, “La violencia contra las mujeres en el contexto del COVID-19”, CNDH 2020, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/613771/COVID-Mujeres.pdf>

68 Teresa Shamah-Levy et al., *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19, Resultados Nacionales* (Instituto Nacional de Salud Pública, 2021), 148, <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19Resultados-Nacionales.pdf>

69 Ibidem, 20.

70 Van Rensselaer Potter, *Global Bioethics. Building on the Leopold legacy* (Michigan State University Press, 1988); Have Ten, Henk y Bert Gordijn, eds. *Handbook of Global Bioethics* (Springer Science+Business Media Dordrecht, 2014), <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2512-6>

71 Salvador Maldonado, *Soberanías en Vilo. Miradas desde la seguridad ciudadana en América Latina* (El Colegio de Michoacán, 2021).

72 Elías Camhaji, “La gestión de la pandemia en México ha sido un fracaso fenomenal”, *El País*, 29 de abril, 2021, https://elpais.com/mexico/2021-04-30/la-gestion-de-la-pandemia-en-mexico-ha-sido-un-fracaso-fenomenal.html#?prm=copy_link

Al partir de la base de que el ser humano se encuentra en una necesaria interrelación con su entorno, que no sólo debe cuidar y proteger, sino interactuar responsablemente con él, es posible reflexionar sobre el principio de responsabilidad como eje vertebrador de propuestas. Este principio descansa sobre la libertad humana que liga al ser humano con las consecuencias de sus acciones, de tal manera que lo insta a reaccionar ante determinadas situaciones y también a prever futuros efectos. Es posible, por tanto, hablar de dos planos del actuar humano libre y responsable: el de una libertad reactiva que intenta reaccionar frente a una situación adversa y recuperarse de ella primando una visión pragmática; y, por otro lado, un modo proactivo donde se vela no sólo por la recuperación del daño sino también por la prevención de este. La segunda es, pues, orientada al futuro, planificada, razonada, mientras que la primera obedece a la emergencia, a lo fortuito, a la improvisación y hasta al instinto de sobrevivencia humana. Tan importante es la primera como la segunda, pero, para la bioética en general y la bioética global en particular, la visión a futuro garantizará la sobrevivencia de las próximas generaciones y, por ello, se le debería otorgar una mayor relevancia.

Como se analizó, los factores mencionados anteriormente afectaron en diferente grado la vida y salud de la población, además de que expusieron el nivel de vulnerabilidad que pueden tener, no solo las personas sino los sistemas de salud y seguridad. La bioética global dispone de elementos metodológicos y aplicativos que podrían coadyuvar en revertir y modificar tales perfiles de vulnerabilidad. Al reconocer la vulnerabilidad —en los diversos aspectos que se han descrito— y que la pandemia ha puesto de manifiesto, se hace un llamado personal (individual) y social a actuar de manera corresponsable. Ya que, como se ha reflexionado a lo largo de este capítulo, la construcción de la paz requiere del involucramiento activo de todos los miembros de nuestra sociedad.

¿Cómo se puede actuar frente a la vulnerabilidad? Se puede reaccionar, reconociendo las consecuencias de nuestro actuar. Buscando reparar aquellas circunstancias que generaron la vulnerabilidad en primer lugar. Se puede ser proactivo, buscando prevenir futuras circunstancias generadoras de vulnerabilidad. Es por lo anterior, y de cara a una responsabilidad más de carácter proactivo, que se propone favorecer la reflexión, y hacer una evaluación exhaustiva desde los distintos actores involucrados, lo que promoverá una visión conjunta de los problemas, pero también de las soluciones. Atendiendo a la bioética global, la cual promueve que una visión local genera un impacto global, se deberá contribuir a mitigar el daño provocado por estos factores bajo el esquema de un espacio común y una identidad global. Esta simbiosis (con la acción local de cara a la responsabilidad global) es la que proponen los autores como abordaje ante el problema de la construcción de la paz, después de la pandemia por COVID-19.

Conclusiones

Desde un punto de vista bioético, y en términos amplios, la paz puede ser entendida como un punto de encuentro entre la acción de los sistemas humanos e instituciones con toda manifestación y expresión de vida⁷³ que permita alcanzar un estado de bienestar integral. Es por ello que la ausencia de violencia no es suficiente para alcanzar la construcción de la paz, pero sí es un elemento

73 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, "Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos" (Unesco, 2005), https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

imprescindible. En este sentido, la perspectiva bioética enfoca su punto de interés en la responsabilidad que tienen todos y cada uno de los actores en el logro de esta continua homeostasis, en la cual la pandemia por COVID-19 representó una histórica y atípica alteración que ha acentuado la complejidad de este fenómeno en el periodo actual para la construcción de la paz. Lo anterior se basa en la premisa de que, ante los múltiples efectos negativos que provocó la pandemia, la construcción de paz requiere no sólo de aquellas acciones propias de la continuidad prepandemia, sino de nuevos cambios y replanteamientos estructurales que garanticen, a partir de la experiencia, un menor impacto ante posibles nuevas emergencias sanitarias.

La vida durante la pandemia, como lo hemos dicho, permitió evidenciar la alta vulnerabilidad humana e institucional, sin embargo, esta experiencia dio lugar a valiosos aprendizajes a nivel personal, familiar, socio-comunitario y global, particularmente sobre el potencial efecto negativo que tiene las actuales condiciones de desigualdad derivadas del estilo de vida contemporáneo, particularmente urbano y basado en el consumo desmedido.⁷⁴ Pero, además, permitió generar en la población nuevos referentes respecto a las formas más eficaces de organización, posibilitando la adquisición de un mayor nivel de resiliencia y el desarrollo de diferentes habilidades de adaptación ante eventuales escenarios de crisis económica, sanitaria y social. Por ello es imprescindible actuar a través de la bioética global como un dispositivo crítico y modulador ante los esfuerzos conjuntos que realizan hoy en día los múltiples agentes de cambio y organismos internacionales para tratar de incidir en el equilibrio a nivel mundial.

Desde lo nacional a lo internacional y desde lo individual a lo comunitario debemos emprender un camino de reconstrucción que pase necesariamente por los diversos agentes de cambio e instituciones que han sufrido serias y profundas afectaciones. Los esfuerzos conjuntos son hoy más necesarios que nunca. La reparación y la prevención son dos piezas indispensables en la búsqueda de condiciones de paz.

No es posible concebir el mundo como un lugar donde acontecen hechos aislados, nuestra dinámica de vida ha generado una existencia que se caracteriza por la interdependencia; con el aporte de la bioética global, hoy entendemos que ese “lugar” es un espacio compartido donde estamos incluidos todos y cuyas afectaciones terminan por dañarnos por igual. Así, una mirada compleja e interdisciplinaria de la rama de la bioética hace factible colaborar en la construcción de la paz en tanto que permite asumir las dinámicas sociales y ambientales en su intrínseca relación proponiendo soluciones conjuntas e integrales. México ha sufrido mucho con la pandemia, no nos quedemos en el lamento de las heridas sino en la mirada esperanzadora de que podemos curarlas.

74 Francisco, *Laudato Si': Sobre el cuidado de la casa común* (Librería Editrice Vaticana, 2015), https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html

Bibliografía

Amnistía Internacional. "COVID-19: Las muertes de personal sanitario ascienden al menos a 17 000, mientras las organizaciones piden una rápida distribución de las vacunas". Amnistía Internacional. Noticias, 5 de marzo 2021. <https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/covid-19-las-muertes-de-personal-sanitario-ascienden-al-menos-a-17-000-mientras-las-organizaciones-piden-una-rapida-distribucion-de-las-vacunas/>

Arango-Durling, Virginia. *Paz social y Cultura de Paz*. Panamá Viejo, 2007.

Arellano Morales, Mario Alejandro. "Consecuencia de la COVID-19 en la economía y las finanzas públicas en México: más allá de la pandemia". *El Trimestre Económico* 89, no. 355 (2022): 829-864, <https://doi.org/10.20430/ete.v89i355.1307>

Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, A.C. (AMIIIF). "Las fechas y momentos clave en el camino hacia las vacunas COVID-19". 22 de enero 2021. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://amiif.org/las-fechas-y-los-momentos-clave-en-el-camino-hacia-las-vacunas-covid-19/>

Badillo, Diego. "SEP implementa clases a distancia durante emergencia sanitaria". *El Economista*, 14 de abril, 2020. <https://www.economista.com.mx/politica/SEP-implementa-clases-a-distancia-durante-emergencia-sanitaria-20200413-0100.html>

Banco Mundial, Unesco y Unicef. "The State of the Global Education Crisis: A Path to Recovery". Banco Mundial, Unesco y Unicef, 2021. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/416991638768297704/pdf/The-State-of-the-Global-Education-Crisis-A-Path-to-Recovery.pdf>

Cámara de Diputados LXIV Legislatura, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. "Mercado Laboral: Impacto de la contingencia sanitaria por Covid-19 en el segmento de jóvenes entre 15 y 29 años". Mayo 2021. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/documento/2021/cefp0222021.pdf>

Camhaji, Elías. "La gestión de la pandemia en México ha sido un fracaso fenomenal". *El País*, 29 de abril, 2021. https://elpais.com/mexico/2021-04-30/la-gestion-de-la-pandemia-en-mexico-ha-sido-un-fracaso-fenomenal.html#?prm=copy_link

Causey, Kate, Nancy Fullman, Reed J. D. Sorenson, et al. "Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modeling study". *The Lancet* 398, no. 10299 (2021): 522-34.

Centers for Disease Control and Prevention (EUA). "Cases & deaths among healthcare personnel". 19 de mayo 2021. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/106364>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). "El desafío social en tiempos del COVID-19. Informe Especial COVID-19". 12 de mayo, 2020. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45527-desafio-social-tiempos-covid-19>

Comisión Nacional de Derechos Humanos, México. "La violencia contra las mujeres en el contexto del COVID-19". 2020. Consultado el 18 de marzo 2025. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/613771/COVID-Mujeres.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). "Nota técnica sobre el rezago educativo, 2018-2020". 5 de agosto de 2021. Consultado el 18 de marzo 2025. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_el_rezago%20educativo_2018_2020.pdf

Cote Estrada, Lilia, Roberto Torres Cisneros, Marco Antonio Loera Torres, et al. "Impacto de la pandemia COVID-19 en la práctica de Cirugía General en México. Encuesta Nacional". *Cirujano General* 42, núm. 2 (2020): 149-64, <https://doi.org/10.35366/95375>

Escudero, Xavier, Jeannette Guarner, Arturo Galindo Fraga, et al. "La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México". *Archivos de Cardiología de México* 90, Suplemento (2020): 7-14, <https://doi.org/10.24875/acm.m20000064>

Evans Nicholas G., Zackary D. Berger, Alexandra L. Phelan, Ross D. Silverman. "Covid-19, equity, and inclusiveness", *BMJ*, núm. 373 (2021): n1631, <https://doi.org/10.1136/bmj.n1631>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef. "Dos tercios de los niños en edad escolar en el mundo no tienen acceso a internet en el hogar". Comunicado de prensa. 1 de diciembre 2020. [https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/dos-tercios-ninos-edad-escolar-mundo-no-tienen-acceso-internet-en-hogar#:~:text=NUEVA%20YORK%2FGINEBRA%2C%201%20de,Internacional%20de%20Telecomunicaciones%20\(UIT\)](https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/dos-tercios-ninos-edad-escolar-mundo-no-tienen-acceso-internet-en-hogar#:~:text=NUEVA%20YORK%2FGINEBRA%2C%201%20de,Internacional%20de%20Telecomunicaciones%20(UIT))

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef. "Los niños no pueden seguir sin ir a la escuela, afirma Unicef". 11 de febrero 2021. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/los-ninos-no-pueden-seguir-sin-ir-la-escuela-afirma-unicef#:~:text=No%20asistir%20presencialmente%20a%20las,probabilidad%20de%20que%20no%20regresen>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef España. "Glosario sobre no violencia, paz y buen trato". Unicef España, s.f. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/recursos/unicef-educa-ase--glosario-paz-no-violencia.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef México. "ENCOVID-19 Infancia: Resultados mayo de 2020 a octubre de 2021". Unicef México. Abril 2022. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://www.unicef.org/mexico/informes/encovid-19-infancia>

Francisco. *Laudato Si': Sobre el cuidado de la casa común*. Librería Editorial Vaticana, 2015. Consultado el 10 de febrero 2025. https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html

Giubilini, Alberto. "Using Individuals as (Mere) means in management of infectious diseases without vaccines. should we purposely infect young people with coronavirus?". *American Journal of Bioethics* 20, núm. 9 (2020): 62-65, <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1795543>

Grijalva Eternod, Aurea Esther y Carlos Obed Figueroa Ortiz. "El impacto de la pandemia en la evolución de la violencia en los delitos de la

Zona Metropolitana de Guadalajara”, *Revista Jurídica Jalisciense* 2, núm. 4 (2022): 15-39. <https://doi.org/10.32870/rjj.v2i4.134>

Institute for Economics & Peace, IEP. “Mexico Peace Index 2023” (IEP, 2023). Consultado el 10 de febrero 2025. <https://www.economic-andpeace.org/wp-content/uploads/2024/01/MPI-2023-Eng.pdf>

Institute for Global Health Sciences. “La respuesta de México al COVID-19: Estudio de Caso”. University of California San Francisco. 2021. Consultado el 10 de febrero 2025. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/wp-content/uploads/2024/02/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

Instituto Mexicano para la Competitividad A.C., IMCO. “El rezago educativo pone en riesgo a una generación de estudiantes”. 2 de junio 2021. Consultado el 10 de febrero 2025. <https://imco.org.mx/el-rezago-educativo-pone-en-riesgo-a-una-generacion-de-estudiantes/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. “Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020”. Comunicado de prensa número 61/21. 27 de enero de 2021. Consultado el 10 de febrero 2025. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. “En México hay 80.6 millones de usuarios de internet y 86.5 millones de usuarios de teléfonos celulares: ENDUTIH 2019”. Comunicado de prensa núm. 103/20. 17 de febrero de 2020. Consultado el 02 de abril 2025. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEcon/ENDUTIH_2019.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. “Encuesta telefónica sobre COVID-19 y mercado laboral (ECOVID-ML). Abril-julio de 2020.” Comunicado de prensa núm. 656/20. 22 de diciembre 2020. Consultado el 02 de abril 2025. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEcon/ECOVID-ML_Abr-Jul.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. “Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública. (ENVIPE) 2022”. Septiembre 2022. Consultado el 02 de abril 2025. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ENVIPE_2022.pdf

www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2022/doc/envipe2022_presentation_nacional.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. “Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana. ENSU. Primer Trimestre 2023. Principales resultados”. Abril 2023. Consultado el 02 de abril 2025. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensu/doc/ensu2023_marzo_presentation_ejecutiva.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Inegi. “Inegi presenta resultados de la encuesta para la medición del impacto COVID-19 en la educación (ECOVID-ED) 2020. Datos nacionales”. Comunicado de prensa núm. 185/21. 23 de marzo de 2021. Consultado el 02 de abril 2025. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/OtrTemEcon/ECOVID-ED_2021_03.pdf

Lazcano Ponce, Eduardo y Celia Alpuche Aranda. “Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por COVID-19”. *Salud Pública de México* 62, núm. 3 (2020): 331-40, <https://doi.org/10.21149/11408>

Lustig, Nora y Valentina Martínez Pabón. “El impacto del COVID-19 en la desigualdad y la pobreza en México”. *Estudios Económicos de El Colegio de México* 36, núm. 1 (2021): 7-25, <https://doi.org/10.24201/ee.v36i1.416>

Maldonado, Salvador, Soberanías en Vilo. *Miradas desde la seguridad ciudadana en América Latina*, El Colegio de Michoacán, 2021.

Martínez, Paris. “México acumula 4 mil trabajadores de la salud fallecidos por COVID-19”. *Corriente Alterna*, 21 julio, 2021. <https://corrientealterna.unam.mx/nota/mexico-acumula-4-mil-trabajadores-de-la-salud-fallecidos-por-covid-19/>

Momtazmanesh, Sara, Hans D. Ochs, Lucina Q. Uddin, Matjaz Perc, John M. Routes, Duarte Nuno Vieira, et al. “All together to fight COVID-19”, *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 102, núm. 6 (2020): 1181-83. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0281>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC. “Monitoreando la violencia contra las mujeres durante el confinamiento por la COVID-19”. UNODC. Junio 2020. Consultado el 02 de abril

2025. <https://www.cdeunodc.inegi.org.mx/unodc/wp-content/uploads/2020/08/COVIDVAWJun2020.pdf>

Ogbogu, Ubaka y Lorian Hardcastle. "Bioethics and practical justice in the post-COVID-19 era", *Developing World Bioethics* 21, núm. 1, (2020): 31-35, <https://doi.org/10.1111/dewb.12279>

ONU Mujeres. "La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento". ONU Mujeres, s/f. Consultado el 02 de abril 2025. <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco. "Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos". 2005. Consultado el 02 de abril 2025. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Organización de las Naciones Unidas, ONU. "Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2022". ONU, 2022. Consultado el 02 de abril 2025. https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Spanish.pdf

Organización Internacional del Trabajo, OIT. "Observatorio de la OIT: La COVID-19 y el mundo del trabajo. Estimaciones actualizadas y análisis". 7^a ed. OIT, 25 de enero 2021. Consultado el 02 de abril 2025. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_767045.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS. "COVAX: Colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19". OMS, 2020. Consultado el 02 de abril 2025. <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax#:~:text=El%20Acelerador%20ACT%20es%20una,el%20acceso%20equitativo%20a%20ellos>

Organización Mundial de la Salud, OMS. "Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Resumen científico". OMS, 2 de marzo de 2022. Consultado el 02 de abril 2025. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud, ops y Organización Mundial de la Salud, oms. “Mejorar la vigilancia de la mortalidad por COVID-19 en América Latina y el Caribe mediante la vigilancia de la mortalidad por todas las causas. Documento de orientación. Mayo del 2020”. ops, 2020. Consultado el 02 de abril 2025. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52309>

Organización Panamericana de la Salud, ops. “La ops entrega cien millones de vacunas de COVAX contra la COVID-19 en América Latina y el Caribe”. ops, 15 de febrero 2022. <https://www.paho.org/es/noticias/15-2-2022-ops-entrega-cien-millones-vacunas-covax-contra-covid-19-america-latina-caribe#:~:text=Washington%20D.C.%2015%20de%20febrero,COVAX%20en%20la%20adquisici%C3%B3n%20y>

Organización Panamericana de la Salud, “Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la Región de las Américas”. ops, 2020.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, oecd. “COVID-19 and Well-Being: Life in the Pandemic”. oecd Publishing, París, 2021. <https://doi.org/10.1787/1e1ecb53-en>

Pereáñez García, José Antonio, David Alberto García Arango, Cianelli Hernández Camarillo, Faviola Herrera Fernández. “Modelo predictivo para identificar índices por país relacionados con la tasa de mortalidad por COVID-19”. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, núm. E43 (2021): 351-64. Consultado el 02 de abril 2025. <https://www.risti.xyz/issues/ristie43.pdf>

Potter, Van Rensselaer. *Global Bioethics. Building on the Leopold legacy*. Michigan State University Press, 1988.

Ramírez Martínez, Benito. “Restricción o suspensión de derechos constitucionales y COVID-19”. *Hechos y Derechos*, núm. 56 (marzo-abril 2020).

Red por los Derechos de la Infancia en México, Redim. “¿Cuántas niñas, niños y adolescentes presentan rezago educativo en el país?” Redim. Agosto 16, 2023. Consultado el 02 de abril 2025. <https://blog.derechosinfancia.org.mx/2023/08/16/rezago-educativo-en-la-infancia-y-adolescencia-de-mexico-2016-2022/#:~:text=Por%20>

ello%20resulta%20impactante%20que,2016%2D2022%20que%20public%C3%B3%20CONEVAL

Ripani, Laura. “Impacto del COVID-19 en el mercado laboral: ¿Qué ha pasado desde la crisis económica, y qué sigue?” *Factor trabajo*. 1 de mayo 2022. Consultado el 02 de abril 2025. <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/el-mercado-laboral-desde-el-covid-19/>

Secretaría de Salud. “Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19”. Comunicado. 31 de marzo de 2020. Consultado el 02 de abril 2025. <https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301>

Secretaría de Salud. “Lineamiento para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19”. Secretaría de Salud, 2020.

Secretaría de Salud. “Adquisición y distribución de vacunas COVID-19”. Secretaría de Salud, 2021.

Secretaría de Salud. “040. Estrategia de vacunación contra COVID se aplica en función de la prioridad máxima: Secretaría de Salud”. 28 de enero de 2022. <https://www.gob.mx/salud/prensa/040-estrategia-de-vacunacion-contra-covid-se-aplica-en-funcion-de-la-prioridad-maxima-secretaria-de-salud?idiom=es>

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. “Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 911”. Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, 2023.

Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. “Cifras de delitos y víctimas por cada 100 mil habitantes 2015-2025. Instrumento para el Registro, Clasificación y Reporte de Delitos y las Víctimas CNSP/38/15”. Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, 20 de marzo 2025. Consultado el 02 de abril 2025. <https://drive.google.com/file/d/1IMx24-J6Qsh4p3n-BQThopxy-69QmBI3N/view>

Senado de la República Legislatura LXIV. “La violencia contra las mujeres durante el confinamiento por la COVID-19”. Senado de la Repú-

blica, 26 de abril 2021. Consultado el 02 de abril 2025. <http://bibliodigitalbd.senado.gob.mx/handle/123456789/5228>

Shamah-Levy Teresa, Martín Romero-Martínez, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez, et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública, 2021. Consultado el 02 de abril 2025. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>

Smith, Maxwell. J., Aasim Ahmad, Thalia Arawi, et al. "Top five ethical lessons of COVID-19 that the world must learn", [versión 1; revisión por pares: 2 aprobaciones]. *Wellcome Open Research* 6, núm. 17, <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16568.1>

Tangwa, Godfrey B. "Covid-19, the who, and the apparent collapse of traditional medical research ethics". *Indian Journal of Medical Ethics* 6, núm. 02 (Abril junio 2021): 130-35, <https://doi.org/10.20529/ijme.2021.028>

Ten Have, Henk y Bert Gordijn, eds. *Handbook of Global Bioethics*. Springer Science+Business Media Dordrecht, 2014. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2512-6>



03

CAPÍTULO

La condición humana frente a la pandemia COVID-19. Vulnerabilidad, soledad y solidaridad

María de la Luz Casas Martínez. Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana. Seminario Interdisciplinario de Bioética.

La pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2) tomó a la humanidad por sorpresa al tratarse de un organismo nuevo con alto grado de propagación, con un manejo complejo de las diferentes fases de su historia natural de presentación, por el desabasto de los recursos médicos disponibles en todos los países, por la falta de tratamiento específico y por las múltiples repercusiones psicológicas, económicas y políticas. Esta pandemia ha involucrado a todos, países ricos y pobres geográficamente diferentes.¹ Si bien hay que reconocer los grandes daños que la pandemia ha ocasionado, aun reflexionamos sobre los aprendizajes que también nos dejó; no sólo desde la perspectiva material, que incluiría desarrollar una infraestructura suficiente en el campo de la salud, una adecuada regulación y la administración de los recursos económicos, capacidad para colaboración internacional expedita en investigación y estructura general de manejo epidemiológico, entre otros. También en el campo ético ha dejado temas reflexivos de importancia para ésta y las subsecuentes crisis de salud mundial.

La solidaridad, la compasión, la reciprocidad, la justicia y la honestidad de muchos individuos se ha mostrado en forma directa e indirecta a través de los medios de comunicación masiva, pero también se han manifestado actitudes de egoísmo, deshonestidad, injusticia y mentira. Es evidente que las crisis sacan a la luz lo mejor y lo peor de la libertad humana. Es verdad que son necesarias acciones preventivas, especialmente desde la perspectiva de asignación de recursos al campo de la salud y de la investigación; es verdad que se ha puesto de manifiesto la carencia de servicios que, aunque obligados por ley, en la práctica no fueron suficientes ni eficientes, como el caso del campo tanatológico y los cuidados paliativos.

Si bien, gran parte del pensamiento occidental está basado en una sociedad individualista, materialista, autonómica y autosuficiente, la pandemia nos recuerda un componente de nuestra naturaleza humana que, frecuentemente, se trata de minimizar en la cultura actual: la vulnerabilidad. El *Diccionario de la Lengua Española* define vulnerabilidad como aquello “que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente”.² Ante situaciones de crisis es inevitable no reconocer la vulnerabilidad humana, pues frente a esta sociedad de poder, la naturaleza nos lo recuerda, no sólo en casos personales, como el dolor, la enfermedad y la muerte, sino ante la impotencia frente a catástrofes naturales, como los terremotos, el cambio climático, las epidemias y pandemias, entre otros. Así, reflexionar sobre esta condición nos permitirá mejores abordajes presentes y futuros, ya que las acciones humanas son resultado de sus intereses y valores y todo ello repercute en lo personal, lo político y lo social.

La presente reflexión se basa de manera parcial en el pensamiento de Martha Nussbaum, quien propone una visión conjunta sobre la consideración de la vulnerabilidad y la justicia, tan necesaria en las condiciones vividas por nuestra sociedad durante la pandemia por COVID-19.

Soledad y pandemia

Los seres humanos somos vulnerables y por ello nos necesitamos unos a otros. De manera desafortunada, las medidas de aislamiento necesarias durante la pandemia para abatir la dispersión de esta infección se prolongaron demasiado tiempo; nadie pensó que la pandemia duraría dos años,

1 World Health Organization, “Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)”, 2020, consultado el 28 de febrero 2020, <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

2 Real Academia Española, “Vulnerable”, *Diccionario de la Lengua Española*, <https://dle.rae.es/vulnerable?m=form>

lo que representó un reto para la salud mental y física de muchas personas. Ante la necesidad, sólo quedó el acatamiento y la respuesta asertiva, condiciones difíciles para algunas poblaciones.

En marzo 2020 se declaró el estado de emergencia mundial y se instó a la población a “quedarse en casa”, en particular a los adultos mayores de 65 años y a las personas con condiciones médicas preexistentes; ambos grupos con alto riesgo de sufrir complicaciones a causa de la COVID-19, también propensas a padecer complicaciones psicológicas. A principios de abril se emitieron diversos llamados para “quedarse en casa” y para que cerraran escuelas y negocios no esenciales.³ Estas medidas fueron fundamentales para reducir la tasa de infección antes de que se desarrollaran vacunas o tratamientos efectivos. Sin embargo, también se sabía que los límites en los contactos y actividades sociales podrían aumentar los sentimientos de soledad, particularmente entre los grupos vulnerables.⁴

Si bien, antes de la crisis del coronavirus la soledad era un problema de salud pública al estar extendida y asociada con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad,⁵ las encuestas documentaron que 35 % de las personas adultas de más de 45 años se sentían solas⁶ y que este porcentaje se elevaba a 43 % en la población mayor a 60 años, quienes habían experimentado soledad al menos “alguna vez”. Al respecto, las personas jóvenes tampoco fueron inmunes a la soledad y algunos estudios sugirieron altas tasas de prevalencia.⁷ Así, la soledad no se limita en modo alguno a la vejez, pero se asocia consistentemente con empeoramiento de los parámetros de salud entre los adultos mayores.

Un estudio reportó que sentirse solo está asociado con un riesgo 18 % mayor de mortalidad en adultos mayores que vivían solos y que presentaban enfermedades crónicas, como la hipertensión;⁸ también se reportó deterioro cognitivo⁹ y mortalidad prematura. En ese sentido, es importante considerar que la ausencia de contacto social es lo que tiene un impacto negativo en la salud, sino más bien la discrepancia percibida entre la calidad deseada y percibida de las relaciones sociales¹⁰ como señaló a continuación.

Según la teoría evolutiva de la soledad, a partir de investigaciones realizadas durante más de una década, Cacioppo —socioantropólogo de profesión— señala que la soledad aumenta el egocentrismo y éste aumenta la soledad.¹¹ Este investigador de la Universidad de Chicago muestra que

3 Sherman A. Lee, “Coronavirus anxiety scale: a brief mental health screener for COVID-19 related anxiety”, *Death Studies* 44, núm. 7 (2020): 393-401, <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>

4 Eric D. Miller, “Loneliness in the Era of COVID-19”, *Frontiers in Psychology* 11, (2020): 2219, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02219>

5 John T. Cacioppo y Stephanie Cacioppo, “The growing problem of loneliness”, *The Lancet* 391, núm. 10119 (2018): 426, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)

6 Oscar Anderson y Colette E. Thayer, “Loneliness and social connections: a national survey of adults 45 and older”, *AARP Research*, 14 de septiembre 2018, <https://doi.org/10.26419/res.00246.001>

7 Claudia Hammond, “Who feels lonely? The results of the world’s largest loneliness study”, *BBC*, consultado el 03 de marzo 2025, <https://www.bbc.co.uk/programmes/articles/2yzhfv4DvqVp5nZyxBD8G23/who-feels-lonely-the-results-of-the-world-s-largest-loneliness-study>

8 Andrew Stickley y Ai Koyanagi, “Physical multimorbidity and loneliness: A population-based study”, *PLoS One* 13, núm. 1 (2018): e0191651, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191651>

9 Elvira Lara et al., “Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies”, *Ageing Research Reviews* 52, (2019): 7-16, <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002>

10 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System* (The National Academies Press, 2020), <https://doi.org/10.17226/25663>

11 John T. Cacioppo et al. “Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective”, *Journal of Research in Personality* 40, núm. 6 (2006): 1054-1085, <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>

estos efectos crean un lazo de retroalimentación positiva entre los dos rasgos, pues a medida que la soledad incrementa el egocentrismo, este último contribuye a la soledad: "Si uno se vuelve más centrado en sí mismo, corre el riesgo de quedarse encerrado en el sentimiento de quedarse aislado socialmente"¹² y señala que "focalizar el egocentrismo como parte de una intervención para disminuir la soledad puede ayudar a romper un lazo de retroalimentación positiva que mantiene o empeora la soledad con el tiempo".¹³ Esta investigación documenta datos importantes pues, como otros estudios han demostrado, concluye que las personas solitarias son más propensas a padecer una variedad de problemas de salud física y mental, así como mayores tasas de mortalidad que sus homólogos no solitarios.

Previamente, al revisar las tasas de soledad en jóvenes y adultos mayores en todo el mundo, el autor había encontrado que entre 5 % y 10 % de esta población se quejaba de sentirse solo constantemente, con frecuencia o todo el tiempo; mientras que entre 30 % y 40 % declaró sentirse constantemente solo. Así, para el investigador, la soledad y el egocentrismo pueden ser una fase adaptativa. En esta visión, la evolución ha formado el cerebro para inclinar a los seres humanos hacia ciertos pensamientos y comportamientos y así lo señala Cacioppo:

Se han desarrollado una variedad de mecanismos biológicos que capitalizan señales aversivas para motivarnos a actuar de una manera que es esencial para nuestra reproducción o supervivencia. El dolor físico es una señal aversiva que nos alerta de posibles daños en los tejidos y nos motiva a cuidar nuestro cuerpo, el sentimiento de soledad forma parte de un sistema de alerta que motiva a las personas a reparar o reemplazar sus deficientes relaciones sociales.¹⁴

El hallazgo de que la soledad tiende a aumentar el egocentrismo encaja con la interpretación evolutiva de la soledad. Desde el punto de vista evolutivo-biológico, las personas tienen que preocuparse por sus propios intereses, pero las presiones de la sociedad moderna son significativamente diferentes de las que prevalecían cuando la soledad evolucionó en la especie humana, señala Cacioppo:

Los seres humanos evolucionaron hasta convertirse en una especie tan poderosa en gran parte debido a la ayuda mutua y la protección y los cambios en el cerebro que resultaron de adaptarse a las interacciones sociales. Cuando no tenemos ayuda y protección mutuas, es más probable que nos centremos en nuestros propios intereses y bienestar, es decir, nos volvemos más egocéntricos.¹⁵

La sociedad moderna, cada vez más centrada en uno mismo, protege a las personas solitarias en el corto plazo, pero no a largo plazo debido a que los efectos nocivos de la soledad se acumulan con el tiempo para reducir la salud y el bienestar de una persona. "Esta respuesta adaptativa evolutivamente puede haber ayudado a la gente a sobrevivir en tiempos antiguos, pero en la sociedad contemporánea puede hacer que sea más difícil para la gente salir de los sentimientos de soledad".¹⁶ Cacioppo añade que cuando los seres humanos están estables se proporcionan ayuda

12 Ibid., 1065.

13 Ibid., 1078.

14 Ibid., 1057.

15 Ibid., 1057.

16 Ibid., 1057.

mutua y protección. “No es que un individuo se sacrifique por el otro, sino que juntos hacen más que la suma de las partes, la soledad socava ese enfoque y realmente te hace concentrarte sólo en tus intereses a expensas de los demás”, recalca el experto.¹⁷ Los estados transitorios de soledad funcionan como una alarma para motivar a las personas a reconectarse con los demás. Si no se produce la reconexión, estos sentimientos pueden persistir y conducir a una mayor alteración social y angustia.¹⁸

En el contexto de la pandemia del coronavirus, pudo ser particularmente difícil reconectarse con otras personas debido a las restricciones para realizar las reuniones sociales por lo que sentimientos de soledad, incluso transitorios, tuvieron un efecto negativo en la salud.¹⁹ En la práctica, restricción social, enfermedades crónico degenerativas, edad avanzada y sentimiento de soledad se asociaron para desencadenar tanto afecciones físicas como psicológicas.²⁰ Es un hecho que, durante la pandemia, las personas experimentaron sensación de peligro inminente, miedo e incertidumbre por falta de manejo adecuado y tratamientos nulos, pero estos sentimientos se exacerbaron en la denominada población vulnerable.²¹

El hecho es que cualquier persona que viviera sola podía correr un mayor riesgo de aumentar la soledad porque no tenía las interacciones sociales inmediatas necesarias evolutivamente, como se señaló con anterioridad. Las medidas de alejamiento social fueron efectivas desde la visión de la salud pública para frenar la propagación del virus, pero en ese momento no se tenía un plan de emergencias que contuviera la problemática psicológica y los trastornos médicos que se suscitaron en pacientes que fueron desatendidos de otras patologías, debido a que toda la atención se centró casi exclusivamente en limitar esta epidemia.

El aislamiento social, el miedo al contagio y la pérdida de familiares y personas cercanas se sumaron a la angustia provocada por la pérdida de ingresos y el creciente desempleo. Por estas razones, la Organización Mundial de la Salud instó a los países a apoyar los servicios de salud mental para evitar una posible crisis sin precedentes²² en este importante rubro. Esta necesidad también fue apoyada por numerosos estudios en el campo de la salud mental.²³ Es así como se puso en evidencia que los factores sociales, que incluyen la soledad, merecían atención y se instó a diseñar políticas e intervenciones de salud pública para contener este efecto.

Hawley y Cacioppo ofrecen una definición interesante del término *soledad*, señalando que se trata de la desconexión entre la conexión social deseada con la calidad percibida de las conexiones

17 Cacioppo y Cacioppo, "The growing problem of loneliness", 426.

18 Louise C. Hawkley y John T. Cacioppo, "Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms", *Annals of Behavioral Medicine* 40, núm. 2 (2010): 218-227, <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

19 Natalia MartínMaría et al., "Differential impact of transient and chronic loneliness on health status. A longitudinal study". *Psychology & Health* 35, núm. 2 (2020): 177-195, <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1632312>

20 American Psychological Association, "COVID-19 and psychology services: How to protect your patients and your practice", 5 de marzo de 2020, https://www.apaservices.org/practice/news/covid19-psychology-services-protection?utm_source=apa.org&utm_medium=referral&utm_content=/search

21 Benjamin W. Nelson, et al., "Rapid assessment of psychological and epidemiological correlates of COVID-19 concern, financial strain, and health-related behavior change in a large online sample", *PLoS One* 15, núm. 11 (2020): e0241990, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241990>

22 World Health Organization, "Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)".

23 Claro González Sanguino et al., "Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain", *Brain, Behavior, and Immunity* 87, (2020): 172-176, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>

sociales.²⁴ Esta definición presenta un aspecto interesante, ya que es posible sentirse solo entre una multitud de familiares y amigos, y es posible sentirse conectado cuando se está físicamente solo. Puede ser que, en el contexto de esta pandemia que requirió distanciamiento social por el bien común, algunas personas pudieron sentir que estaban juntos en acciones, aunque no lo estuvieran físicamente, en la búsqueda de un bien compartido y este sentimiento, incluso cuando se estuvo físicamente aislado, pudo ayudarlos a controlar los sentimientos de soledad. Pero, como en todo acto humano, la generalización total no es posible y, para algunos, el aislamiento sí tuvo repercusiones importantes en su salud física y mental.

Vulnerabilidad humana y pandemia

La historia, el arte y la realidad nos enfrentan a la precariedad de la existencia humana. La vulnerabilidad es un hecho que parte de la misma imperfección de seres creados y cuya reflexión ha sido siempre un punto importante de la filosofía, pero, para efecto de esta reflexión, nos enfocamos en la prevención social de daños psicofísicos en las próximas pandemias, tomando como base el pensamiento de Martha Nussbaum, como se comentó al inicio.

Los acontecimientos que están más allá del control de una persona llevan merecida o inmediatamente a posibles daños físicos o psicológicos que la someten a la inseguridad y pérdida de su calidad de vida, especialmente si se refieren a pérdidas consideradas valiosas en la escala personal de valores, lo que afecta seriamente sus emociones, como lo señala Nussbaum: "son respuestas a las áreas de vulnerabilidad, en las que registramos los perjuicios que sufrimos, que podríamos sufrir, o que por suerte no padecemos".²⁵

La vulnerabilidad humana, especialmente ante el azar o el destino, es vivida en forma material, psicológica y espiritual por todo ser humano y puede amenazar su capacidad de decidir y actuar. Ser vulnerables nos vuelve necesitados no sólo de bienes materiales, como la salud y la economía, sino de vínculos humanos, como la amistad, el respeto, el amor, ya que solamente otro humano puede reconocer y comprender nuestras carencias y compartir y ayudar en nuestras necesidades. La vulnerabilidad, por tanto, presenta un aspecto positivo, pues al ser compartido puede promover la relación humana de empatía, solidaridad y subsidiariedad y, al contrario, el desconocimiento de la vulnerabilidad por aquellos que se presentan como invulnerables desde la perspectiva económica o del poder, pueden cometer graves actos de deshumanización, pues no identifican como semejante la dignidad de los otros, aunque tarde o temprano llegarán a ellos las crisis vitales que por naturaleza se poseen y tendrán que reflexionar sobre ello.

Como ya se mencionó, la realidad nos muestra que todos los seres humanos, como criaturas, somos individuos frágiles, necesitados e incompletos, desvalidos ante males materiales y víctimas del mal moral ocasionado por otros, ya sea provocado intencionalmente o no. La existencia siempre está rodeada de riesgos, los cuales aprendemos a manejar desde la infancia: riesgos físicos, psicológicos y espirituales, que fortalecen la inteligencia y nos hacen desarrollar estrategias. Pero nunca es suficiente, como nos lo ha mostrado la situación crítica de esta pandemia. Así, para minimizar los riesgos de la vulnerabilidad, primero hay que reconocerla y después desarrollar estrategias

24 Hawley y Cacioppo, "Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms", 1.

25 Martha C. Nussbaum, *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley* (Katz, 2006), 16.

protectoras. Bajo los hechos de esta pandemia existieron muchas fallas, como fue el retraso en su reconocimiento, en la falta de estudio a través de autopsias bajo protocolo y, especialmente, en la deficiencia de los sistemas de salud para afrontarla.²⁶ Faltó reconocimiento así como estrategias protectoras, sobre todo en países en desarrollo, donde se contaba con un servicio de salud ya de por sí deficiente y depauperado.

La pandemia llevó a los gobiernos a reconsiderar la salud como uno de los bienes más importantes de su población, ya que sin ella no hay economía, sociedad ni estabilidad. También mostró que el gasto destinado a este servicio es una inversión poderosa para los Estados. En ese sentido las personas se sintieron vulnerables bajo esta catástrofe, aun manteniendo las medidas sanitarias propuestas por las autoridades sanitarias competentes, ya que al tratarse de un nuevo virus no existían fármacos apropiados para su tratamiento ni vacuna específica preventiva.

Como se ha observado previamente, la pandemia generó en las personas emociones morales que promovieron un acercamiento humano, como la compasión, la empatía y el apoyo mutuo, extendido tanto a conocidos como a desconocidos. Sin embargo, estas respuestas emocionales necesitaban ser complementadas por acciones gubernamentales efectivas que brindaran apoyo tangible a la población afectada. En este contexto, Nussbaum ofrece una reflexión clave: las emociones surgen como una reacción ante nuestra condición de vulnerabilidad. Este tipo de emocionesemanan del reconocimiento del otro y de los límites de nuestra autosuficiencia, los cuales se hacen evidentes frente a las circunstancias particulares de la vida. En última instancia, lo que está en juego es dar un significado profundamente humano a la experiencia de la carencia.

Estas reacciones las hemos visto en la angustia ante la escasez de insumos de bienes indivisibles, como fue el caso de las unidades de cuidado intensivo y respiradores, el sostenimiento del confinamiento, la pérdida laboral, el límite económico de muchas familias, la falta de insumos para personal de salud, la imposibilidad de conseguir servicio médico o psicológico en urgencias. Muchos actos humanitarios se han constatado, muchas personas e instituciones, a través de las personas que las conforman se han manifestado ayudando en sus capacidades a aquellos más carentes. Sin duda la compasión puede ser una forma inestimable de acrecentar la conciencia ética como señala Nussbaum: "la persona siempre tendrá razones más sólidas para alentar el ejercicio de la imaginación compasiva que atraviesa las fronteras sociales y propende por la defensa de los derechos fundamentales".²⁷

El sufrimiento reconocido del otro en forma empática nos hace semejantes, nos humaniza. Así se ha percibido en esta pandemia a través de los medios de comunicación; hay igualdad ante ella para todas las personas, independientemente de su raza, color, país, cultura, estado económico o social; la vulnerabilidad, el dolor y la muerte es semejante para todos, en forma real o hipotética y podemos identificarnos. Las decisiones políticas no se plantean ni se realizan en el abstracto, las hacen las personas, sus valores y objetivos y por ello, la formación moral de cada individuo en este campo repercute en las políticas. Este punto ha sido también esencial en esta pandemia.

Nussbaum reflexiona precisamente sobre ello en su libro *Emociones políticas*, donde plantea el importante valor ético de las emociones y su influencia en la vida política de las actuales sociedades democráticas: "Todas las sociedades están llenas de emociones, las democracias liberales no

26 World Health Organization, "Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)".

27 Martha C. Nussbaum, *El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*, traducido por Juana Pailaya (Andrés Bello, 2001), 130.

son ninguna excepción [están salpicadas] de un buen ramillete de emociones: ira, miedo, simpatía, asco, envidia, culpa, aflicción y múltiples formas de amor".²⁸

Desde finales de los años noventa del siglo xx Nussbaum plantea que existe una interconexión profunda entre las emociones, la justicia social y la vida moral. Según la autora, las capacidades humanas se desarrollan a partir de la comprensión de las emociones, las cuales pueden inspirar virtudes como la compasión y el amor, esenciales para la promoción de la justicia. No obstante, también identifica aquellas emociones que interfieren con dicho progreso, como el odio, generado por estereotipos y creencias erróneas sobre ciertos individuos o grupos, lo que representa un obstáculo significativo para alcanzar la equidad social.

Con frecuencia, las emociones no tienen base racional o argumentativa sólida, pero su fuerza motiva las acciones y por ello la necesidad de su comprensión. Nussbaum se interesa por aquellas emociones políticas o públicas que "tienen como objeto la nación, los objetivos de la nación, las instituciones y los dirigentes de ésta, su geografía, y la percepción de los conciudadanos como habitantes con los que se comparte un espacio público común".²⁹ Además, señala acertadamente que su importancia es "fundamental a la hora de fijar condiciones de vida para toda persona, sobre la base de la igualdad de respeto, y por tratarse de la mayor unidad política conocida hasta el momento, que ha podido ser mínimamente responsable ante las voces del pueblo, y capaz de expresar el deseo de éste de procurarse a sí mismo aquellas leyes por él elegidas".³⁰

En el caso de esta grave problemática de salud, la compasión puede servir de sostén a la idea de justicia, formulada en el enfoque de las capacidades dirigidas especialmente a la problemática femenina, como Nussbaum señala:

En una gran parte del mundo, las mujeres salen perdiendo por el hecho de ser mujeres. Su poder humano de elección y de sociabilidad resultan frecuentemente malogrados por sociedades en las que deben vivir como agregadas y sirvientas de los fines de otros, y en las que su sociabilidad está deformada por el temor y la jerarquía. Pero las mujeres son portadoras de capacidades humanas, facultades básicas de elección que levantan una reivindicación moral de oportunidades para realizarse y prosperar.³¹

Sin embargo, esta emoción no es por ella misma una solución universal, teniendo en cuenta que las personas suelen sentirla de un modo restringido y desigual. Por consiguiente, la autora señala dos de las preguntas que se nos plantean frente a las emociones y que resultan relevantes para el ámbito de la política: ¿cómo apoyar el concepto de la igualdad humana? y ¿cómo educar las emociones respetando la libertad de expresión y el debate? Y señala: "Las emociones pueden ser muy malas, pero son una parte esencial de la vida humana, también de la lucha por la justicia y por esto deberíamos tratar de imaginar cómo pueden dar lo mejor".³²

Hemos podido observar numerosas expresiones emotivas a través de los medios masivos de comunicación, no sólo en aquellos individuos para quienes las pérdidas han sido irreparables, sino

28 Martha C. Nussbaum, *Emociones políticas. ¿Por qué el amor es importante para la justicia?*, traducido por Albino Santos Mosquera (Paidós, 2014), 12.

29 Ibid., 14.

30 Ibid., 33.

31 Martha C. Nussbaum, *Las mujeres y el desarrollo humano: El enfoque de las capacidades*, traducido por Roberto Bernet (Herder, 2002), 390, <https://doi.org/10.2307/j.ctvt7x63g>

32 Nussbaum, *Emociones políticas. ¿Por qué el amor...*, 173.

en manifestaciones comunitarias que se han hecho patentes aun en aislamiento, por medio de videogramaciones distribuidas en medios como YouTube, WhatsApp, televisión o medios escritos, como ha sido el caso de personas que desde su ventana se manifestaban en acciones compartidas de aliento y esperanza hacia el personal de salud o de la comunidad en general. Las emociones mueven personas y comunidades.

Aunque, como nos muestra la ética, las emociones no deberían ser el sustento principal de las acciones, sino un medio para la autorreflexión y la formación moral de un individuo, son el inicio de la motivación hacia la acción en valores. Nussbaum, entonces, se dirige hacia el tratamiento de las emociones y su relación con el razonamiento ético como un medio para cultivar la ciudadanía democrática que se necesita en las actuales sociedades liberales. El enfoque de las capacidades puede ser una alternativa a la teoría del contrato social, pues estas necesidades forman parte del desarrollo de la justicia.

En la práctica, los políticos sí toman en cuenta las emociones, pues muchas personas no llegan a las acciones sólo por la argumentación, sino que la motivación se relaciona con sentimientos primarios, como desde la antigua filosofía ya se había recalcado. Por tanto, un modo de influencia política es el peso de las emociones públicas, las cuales pueden constituir elementos valiosos en la aspiración a la justicia.

Altruismo, compasión y pandemia

Ante esta gran problemática mundial, el altruismo ha sido uno de los puntos más necesarios para enfrentarla, especialmente porque se trata de una tarea imposible de abordar sin el apoyo de la comunidad. El Estado, el sistema de salud, efectivamente han sido esenciales, pero también que cada persona colaborara en la disminución del contagio, que amenazaba realmente la capacidad de atención de los pacientes, en particular los graves. Sin colaboración comunitaria no era posible contener una transmisión viral efectiva.

Así, podemos aplicar esta reflexión de Nussbaum: "Hoy tenemos la urgente necesidad de contar con una buena teoría explicativa de las emociones de las ciudadanas y los ciudadanos y en una sociedad digna. Esta tarea exige una reflexión conceptual sobre las emociones, sobre cómo surgen y se despliegan, sobre cuál es su estructura y sobre cómo interactúan entre sí".³³

En *La terapia del deseo*,³⁴ Nussbaum reflexiona sobre la importancia de las emociones a partir de una revisión crítica de Aristóteles, los estoicos y los epicúreos, y señala que un detonante importante sería la compasión. Ésta es una emoción que posee un potencial relevante para la reflexión ética, porque va asociada a la deliberación humana que compara el "buen vivir" con la carencia real de ella.

La autora menciona que las tragedias griegas y las novelas contemporáneas tienen una estrecha relación con la concepción aristotélica de la buena vida y de su fragilidad, pues son fundamentalmente relatos que hablan a los seres humanos de otros seres humanos sometidos a la finitud, las variaciones de la fortuna y las dificultades que entraña la deliberación. Estas historias

³³ Martha C. Nussbaum, *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*, traducido por Albino Santos Mosquera (Paidós, 2012), 120.

³⁴ Martha C. Nussbaum, *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la época helenística*, traducido por Miguel Candel Sanmartín y Albino Santos Mosquera (Paidós, 2003).

nos permiten trasladarnos imaginariamente a los contextos de los personajes de una manera tan singular que podemos vernos a nosotros mismos en tales o cuales situaciones de elección, e incluso pueden suscitar emociones de compasión, indignación o amor que son difíciles de lograr por la vía de la lectura de tratados de ética o religión. El concepto es también referido por Pinedo quien realiza una interesante aportación señalando que:

[...] la compasión es una intuición moral que nos informa acerca del mejor modo de comportarse para contrarrestar, mediante la consideración, el respeto y la benevolencia, la extrema vulnerabilidad de las personas, una emoción vinculada con la búsqueda de la justicia y la acción moral, en donde se pone en juego la conciencia por medio de juicios, decisiones y compromisos que dan cuenta de los principios y fines que orientan a la persona, y que son capaces de humanizar la realidad al traducirse en obras para los demás.³⁵

Por esta razón, en el pensamiento de Nussbaum, la compasión tiene un papel importante en la ética y en la ética jurídica. Compadecerse del sufrimiento ajeno, señala Nussbaum, si es una emoción genuina, deberá trascender hacia la vida pública, “siempre se tendrán razones más sólidas para alentar el ejercicio de la imaginación compasiva que atraviesa las fronteras sociales y propende por la defensa de los derechos fundamentales”,³⁶ y continúa:

La imaginación compasiva puede jugar un importante papel a la hora de determinar las necesidades humanas de los bienes primarios, y en la elección de los principios distributivos más elementales de la rawlsiana “posición original”. Pero también puede irse plasmando en la legislación concreta, a medida que se detallen cuestiones relativas al bienestar, a la desigualdad humana, o si nos preguntamos sobre los deberes de las naciones más ricas sobre las más pobres.³⁷

Precisamente eso es lo esperado en momentos de crisis: que los actos individuales se conviertan no sólo en comunitarios aislados, sino en acciones gubernamentales acordes a las necesidades vividas y experimentadas por la población afectada. Nussbaum expresa la necesidad de hacer frente al sufrimiento en todas sus formas, “sin importar que la experiencia de dolor acontezca en vidas distantes y distintas al entorno más inmediato en que nos encontramos”.³⁸

La sociedad compasiva reflexiona y pide acción ante la detección de necesidades de los seres humanos, cercanos o no, en los que se manifiesta la injusticia, la vulnerabilidad y la falta de calidad de vida, como se presenció en las múltiples y diversas manifestaciones en esta situación crítica, porque ya nos lo dice la autora: “uno de los peores aspectos de la privación es que despoja a la gente de sus aspiraciones y del sentido de la dignidad”.³⁹

La compasión ante la injusticia causa indignación, especialmente si se suscita por la falta de reconocimiento y empatía política que debería atenderlas. Es ante la indiferencia política que se da la exigencia social para que las autoridades hagan su trabajo, promuevan la justicia y cumplan con su cometido de garantes de la dignidad humana. La compasión se motiva ante aquellos vulnerables,

35 Iván Alfonso Pinedo Cantillo, “Vida buena, vulnerabilidad y emociones: la relevancia ética de los acontecimientos incontrolados desde la perspectiva de Martha Nussbaum”, *Universitas Philosophica* 36, núm. 73 (2019): 32, <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uph36-73.vbve>

36 Nussbaum, *Emociones políticas. ¿Por qué el amor...*, 130.

37 *Ibidem*.

38 *Ibidem*.

39 Martha C. Nussbaum, *Justicia poética. La imaginación literaria y la vida pública*, traducido por Carlos Gardini (Andrés Bello, 1997), 81.

sin defensa personal, que padecen discriminación y crueldad, y exige acciones que deben ascender desde el nivel personal al jurídico y social, en forma expedita y eficiente.

La integración de la política a las acciones éticas es, sin duda, uno de los reclamos más frecuentes en la obra de Nussbaum; esto implica incluir una perspectiva compasiva en el derecho, las leyes y las instituciones públicas, más allá de lo que se espera que todo gobierno haga mínimamente por suplir las necesidades básicas de todos los ciudadanos:

[...] mi enfoque necesita recurrir al altruismo y, por consiguiente, está obligado a explicar detalladamente cómo y por qué surgen las motivaciones altruistas, con qué otras motivaciones deben competir y cómo podríamos cultivar los sentimientos útiles de un modo socialmente propicio. Hoy tenemos la urgente necesidad de contar con una buena teoría explicativa de las emociones de los ciudadanos y ciudadanas en una sociedad digna. Esta tarea exige una reflexión conceptual sobre las emociones, sobre cómo surgen y se despliegan, sobre cuál es su estructura y sobre cómo interactúan entre sí.⁴⁰

Si reconocerse como humano es admitir desde la filosofía que se es vulnerable, el concepto tiene actualmente un enfoque interdisciplinario: el derecho, las ciencias sociales, la economía y, por supuesto, la medicina y la psicología lo reconocen, y ya que se reconoce, la racionalidad humana nos pide prevenirla o minimizarla en lo posible. Es cierto que todos somos vulnerables, pero no todos lo somos de la misma forma o grado. Existen diversos factores de riesgo, genéticos, conductuales personales, sociales y hasta históricos. En el caso de esta pandemia, la enfermedad física pudo estar unida a trastornos psicológicos de angustia y ansiedad y también a crisis económica y social, lo que evidenció que los factores de vulnerabilidad se combinan y son complejos.

Si bien la resignación es una forma personal de negarse a la lucha ante la creencia de lo inevitable, es también una forma de pérdida de dignidad que puede llevar poco a poco no sólo a la desesperanza, sino a la depresión profunda. Pero existen aquellos que no se rinden ante la adversidad o que cuentan con el apoyo de quienes practican la compasión y que los acompañan a superar sus factores vulnerables con un sentido de humanidad. Como sugiere Nussbaum: “el gran papel que las emociones juegan en forma importante en la trayectoria de las vidas humanas [...] si nos olvidamos de las respuestas emotivas [...] dejamos fuera gran parte de nuestra humanidad”.⁴¹

Martha Nussbaum señala repetidamente que para que se lleven a cabo acciones sociales, se requiere la introducción de estas ideas a la política y a la legislación, y lo expone de la siguiente manera:

La vulnerabilidad es, sin duda, una de las cuestiones centrales de mi obra. En ella se vinculan dos grandes temas de mi trabajo: las emociones y la filosofía política. Las emociones que analizo implican el reconocimiento de nuestra vulnerabilidad ante elementos externos que no controlamos. Siempre que trabajo en filosofía política me pregunto cómo es posible que la sociedad enfrente la vulnerabilidad humana, cómo es posible hacer desaparecer algunas formas de vulnerabilidad, dar más seguridad, haciendo disponibles para las personas las formas buenas de vulnerabilidad a través del amor, la amistad y otras emociones.⁴²

Por tanto, la resignación no contribuye a la solución de los problemas, se requieren mecanismos de afrontamiento, personal y social, y para ello hay que unir esfuerzos. Vuelvo a señalar: los políticos

40 Nussbaum, *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*, 120.

41 Martha C. Nussbaum, *Hiding from Humanity: Disgust, Shame, and the Law* (Princeton University Press, Princeton, 2004), 1.

42 Martha C. Nussbaum, *Libertad de conciencia: el ataque a la igualdad de respeto*, traducción Patricia Soley-Beltrán (Katz, 2011) 88-89.

también son personas, ciudadanos, por lo que cambiando a las personas, en este caso en el campo político, podemos realizar cambios sociales importantes y eficaces en nuestra sociedad.

Conclusiones

Las crisis vitales promueven la reflexión humana; los valores o la falta de ellos aparecen frente al dolor, la muerte y el sufrimiento. Esta pandemia nos hizo reflexionar cómo afrontarla, ésta y las futuras, en forma más eficiente y humanizada. Por la misma característica de estos eventos, las acciones personales y comunitarias son necesarias, pero también las acciones políticas, para poder contar con los medios y medidas que apoyen las acciones reguladoras de los males que se presenten.

La reflexión en torno a la vulnerabilidad humana nos lleva a un campo poco apoyado por la educación informal de la sociedad actual; gran parte de ella situada en el egocentrismo, la autonomía irrestricta y el hedonismo. Al reconocer la vulnerabilidad humana y social como parte de nuestra naturaleza se podrán realizar mejores estrategias. Por tanto, hay que impulsar los valores personales y sociales, de tal forma que repercutan en la vida política de los países, a fin de llegar al respeto y dignidad que cada persona merece.

No es la resignación una actitud humana aceptable, pues disminuye el reconocimiento de la dignidad de cada persona; es necesario el enfrentamiento inteligente de los diversos factores de vulnerabilidad. Si bien el sufrimiento es vivencial y no puede ser completamente compartido por otro, sí existe una identificación aproximativa que nos acerca como humanos, que nos lleva del “yo” al “tú”, a su ayuda y acompañamiento; que nos recuerda que la naturaleza humana también es benevolente y busca el bien y la justicia.

La relación entre vulnerabilidad, soledad y solidaridad conforma un triángulo esencial para entender la condición humana, especialmente en contextos de crisis, como la pandemia de COVID-19. Reconocer la vulnerabilidad como un rasgo intrínseco de la vida humana y cómo ésta puede dar lugar a la construcción de lazos de solidaridad y compasión es un eje central para formular una ética del cuidado, ya que la fragilidad humana debe ser entendida como un llamado a la acción colectiva.

El ser humano, desde su origen, está marcado por su finitud y por la posibilidad constante del sufrimiento, enfermedad y muerte. La pandemia de COVID-19 subrayó esta vulnerabilidad de manera abrupta, poniendo de manifiesto no solo nuestra fragilidad biológica, sino también la precariedad social, económica y emocional de grandes sectores de la población. Esta situación incrementó la exposición de muchas personas al desamparo, ampliando las formas de vulnerabilidad más allá de lo meramente físico.

La pandemia reveló que la vulnerabilidad no es una cuestión aislada, sino que se manifiesta en un marco interconectado de experiencias humanas. La crisis sanitaria no sólo implicó un riesgo para la salud, sino que también puso en jaque los sistemas económicos y sociales que tradicionalmente han servido como redes de seguridad. Esta comprensión más amplia de la vulnerabilidad nos permite identificar su doble dimensión: como una condición inherente a la existencia humana, y como un resultado de estructuras sociales que, en su desigualdad, exacerbaban dicha vulnerabilidad.

En este contexto la soledad surgió como una experiencia frecuente y lamentable, ya que el distanciamiento social fue una de las principales estrategias para frenar la propagación del virus,

pero acentuó los casos de soledad, no solamente en forma física, sino existencial. En tiempos de pandemia, esta soledad adquirió una nueva relevancia al generar una profunda reflexión sobre el sentido de comunidad y la interdependencia. La soledad nos confronta con nuestra propia vulnerabilidad, pero también con la necesidad de los otros, del hecho de la solidaridad.

Es precisamente en esta confrontación con la soledad donde emerge la posibilidad de replantear al ser humano como ser comunitario. La soledad, paradójicamente, puede ser el punto de partida para buscar formas de estar juntos y construir vínculos de sentido existencial.

Frente a esta realidad de vulnerabilidad y soledad, la solidaridad se presenta no solo como un acto moral, sino también como una respuesta ontológica. Lejos de ser una simple forma de cooperación o asistencia mutua, la solidaridad debe entenderse como un reconocimiento ético de la vulnerabilidad compartida. En palabras de Nussbaum, “la solidaridad es una respuesta activa a la conciencia de que, en nuestra fragilidad común, encontramos el fundamento para una acción colectiva y compasiva”.⁴³

Durante la pandemia, esta solidaridad se manifestó en múltiples formas, desde el apoyo comunitario hasta las políticas públicas orientadas a proteger a los más vulnerables. Sin embargo, más allá de los actos concretos de ayuda, la solidaridad en tiempos de crisis debe entenderse como una estructura permanente de responsabilidad mutua. En este sentido, la solidaridad es la forma en que la humanidad responde a su vulnerabilidad compartida, no sólo para superar los desafíos inmediatos, sino también para construir una red de cuidado que se sostenga en el tiempo. La solidaridad, por tanto, es una virtud ética y política que va más allá de la simple asistencia. Es una forma de reorganizar el lazo social, de trascender la soledad y de construir redes de apoyo que permitan mitigar los efectos de la vulnerabilidad, pues la interdependencia humana es la base de una ética de la solidaridad, en la que reconocemos que ninguno de nosotros puede sostenerse por sí solo. Esta ética nos invita a comprender la solidaridad no como un acto puntual de caridad, sino como una condición estructural que debe guiar nuestras relaciones sociales y políticas.

Los conceptos y la comprensión de la vulnerabilidad, soledad y solidaridad en la formulación de políticas públicas son las bases sobre las cuales pueden abordarse las necesidades de las personas y las comunidades de manera más integral. Es necesario, por tanto, entender la vulnerabilidad no sólo como una cuestión de salud física, sino como un estado complejo que incluye dimensiones emocionales, económicas y sociales que nos permite formular propuestas más efectivas y humanas de asistencia. Reconocer la soledad como una experiencia clave en tiempos de crisis es crucial para diseñar intervenciones que no solo ofrezcan soporte material, sino que también creen espacios de escucha y reconexión con los otros. Esta necesidad de reconectar se hace evidente en el creciente enfoque en la salud mental durante la pandemia, una dimensión de la crisis que subraya la importancia de la interrelación entre vulnerabilidad, soledad y solidaridad.

Finalmente, la solidaridad debe ser concebida no como un simple acto de ayuda, sino como una estructura permanente de responsabilidad mutua. Esto implica generar políticas de cuidado, salud mental y bienestar que fortalezcan el tejido social y ofrezcan una respuesta sostenible a las múltiples formas de vulnerabilidad que la pandemia ha desvelado. En este sentido, la solidaridad no sólo es una virtud ética, sino también un imperativo político que debe guiar la formulación de políticas públicas en tiempos de crisis y más allá de ella.

43 Martha C. Nussbaum, “Compassion: The basic social emotion.” *Social Philosophy and Policy* 13, núm. 1 (1996): 28.

Podemos concluir que la interconexión entre vulnerabilidad, soledad y solidaridad en tiempos de pandemia destaca la necesidad de reconocer la fragilidad humana como un punto de partida para formular políticas y propuestas que trasciendan el marco meramente individualista, y que promuevan una comprensión profunda de nuestra interdependencia. Sólo a través de una ética del cuidado y de la compasión, como la que propone Nussbaum, será posible garantizar una recuperación colectiva y justa. Al final, la pandemia nos enseña que la solidaridad no es sólo un valor moral, sino una condición ontológica de nuestra existencia en el mundo.

Los desastres naturales no pueden ser previstos ni evitados completamente, pero, sin duda, la formación moral de las personas puede contener mecanismos de respuesta apropiados y útiles ante ellas. Los valores morales aplicados son la base de nuestra humanidad y por ello la reflexión sobre ellos es una enseñanza importante de este grave momento histórico. Es nuestro deber reconocer y disminuir el daño de la vulnerabilidad intrínseca de nuestra naturaleza y sin duda la formación ética y su detonante emotivo puede desarrollar estrategias exigibles políticamente para obtener cambios significativos en las próximas emergencias.

La vulnerabilidad humana es real, intrínseca e imposible de evitar al cien por ciento, pero también es necesaria, pues detona grandes valores y acciones humanas que caracterizan a la especie como digna y responsable. Esta pandemia provocó grandes males, pero también nos ha aportado muchas acciones y reflexiones positivas que parten precisamente de lo que somos, una humanidad compasiva.



Bibliografía

Anderson, Oscar y Colette E. Thayer. "Loneliness and social connections: a national survey of adults 45 and older". *AARP Research*, 14 de septiembre 2018. <https://doi.org/10.26419/res.00246.001>

Cacioppo John T., Louise C. Hawkley, John M. Ernst, et al. "Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective". *Journal of Research in Personality* 40, núm. 6 (2006): 1054-1085, <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>

Cacioppo, John T. y Stephanie Cacioppo. "The growing problem of loneliness". *The Lancet* 391, núm. 10119 (2018): 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)

González-Sanguino, Clara, Berta Ausín, Miguel Ángel Castellanos, Jesús Saiz, Aída López-Gómez, Carolina Ugidos, et al. "Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain". *Brain, Behavior, and Immunity* 87, (2020): 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>

Hammond, Claudia "Who feels lonely? The results of the world's largest loneliness study". *BBC*. Consultado el 23 de agosto 2024. <https://www.bbc.co.uk/programmes/articles/2yzhfv4DvqVp5nZyxBD8G23/who-feels-lonely-the-results-of-the-world-s-largest-loneliness-study>

Hawkley, Louise C. y John T. Cacioppo. "Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms". *Annals of Behavioral Medicine* 40, núm. 2 (2010): 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Lara, Elvira, Natalia Martín-María, Alejandro de la Torre-Luque, Ai Koyanagi, Davy Vancampfort, Ana Izquierdo, et al. "Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies". *Ageing Research Reviews* 52, (2019): 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.03.002>

Lee, Sherman A. "Coronavirus anxiety scale: a brief mental health screener for COVID-19 related anxiety", *Death Studies* 44, núm. 7 (2020): 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>

Martín-María, Natalia, Francisco Félix Caballero, Marta Miret, Stefanos Tyrovolas, Josep Maria Haro, José Luis Ayuso-Mateos, et al. "Differential impact of transient and chronic loneliness on health status. A longitudinal study". *Psychology & Health* 35, núm. 2 (2020): 177-195. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1632312>

Miller, Eric D. "Loneliness in the Era of COVID-19". *Frontiers in Psychology* 11, (2020): 2219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02219>

Miller Lewis, Mary. "Key points on COVID-19 and older adults. COVID-19 outbreak responses should not solely depend on chronological age." *Focus on 31*. Septiembre 2020. <https://www.apadivisions.org/division-31/publications/newsletters/focus/2020/09/evaluating-covid-in-seniors>

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. The National Academies Press, 2020. <https://doi.org/10.17226/25663>

Nelson, Benjamin W., Adam Pettitt, Jessica E. Flannery, Nicholas B. Allen. "Rapid assessment of psychological and epidemiological correlates of COVID-19 concern, financial strain, and health-related behavior change in a large online sample". *PLoS One* 15, núm. 11 (2020): e0241990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241990>

Nussbaum, Martha C. "Compassion: The basic social emotion." *Social Philosophy and Policy* 13, núm. 1 (1996): 28.

Nussbaum, Martha C. *Justicia poética. La imaginación literaria y la vida pública*. Traducido por Carlos Gardini. Andrés Bello, 1997.

Nussbaum, Martha C. *El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*. Traducido por Juana Pailaya. Andrés Bello, 2001.

Nussbaum, Martha C. *Las mujeres y el desarrollo humano: El enfoque de las capacidades*. Traducido por Roberto Bernet. Herder, 2002. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt7x63g>

Nussbaum, Martha C. *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la época helenística*. Traducido por Miguel Candel Sanmartín y Albino Santos Mosquera. Paidós, 2003.

Nussbaum, Martha C. *Hiding from Humanity: Disgust, Shame, and the Law*. Princeton University Press, Princeton, 2004.

Nussbaum, Martha C. *El ocultamiento de lo humano. Repugnancia, vergüenza y ley*. Katz, 2006.

Nussbaum, Martha C. *Libertad de conciencia: el ataque a la igualdad de respeto*. Traducido por Patricia Soley-Beltrán. Katz, 2011

Nussbaum, Martha C. *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Traducido por Albino Santos Mosquera. Paidós, 2012.

Nussbaum, Martha C. *Emociones políticas. ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* Traducido por Albino Santos Mosquera. Paidós, 2014.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). “Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19)”. Consultado el 21 de agosto 2024. <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

Pinedo Cantillo, Iván. “De la benevolencia a la ciudadanía compasiva: La recuperación de conceptos claves para el cultivo de la democracia”. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología* 13, núm. 41 (2018): 29-45. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50652018000100029>

Pinedo Cantillo, Iván. “Vida buena, vulnerabilidad y emociones: la relevancia ética de los acontecimientos incontrolados desde la perspectiva de Martha Nussbaum”. *Universitas Philosophica* 36, núm. 73 (2019): 188-214. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uph36-73.vbve>

Real Academia Española. “Vulnerable”. En *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., versión 23.8 en línea. <https://dle.rae.es/vulnerable?m=form>

Stickley, Andrew y Ai Koyanagi. “Physical multimorbidity and loneliness: A population-based study”. *PLoS One*. 13 núm. 1 (2018): e0191651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191651>

World Health Organization (who). “Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)”. 2020. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

World Health Organization (who). “Substantial investment needed to avert mental health crisis”. News release, 14 de mayo 2020. <https://www.who.int/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>



04

CAPÍTULO

La pandemia de COVID-19 y la vulnerabilidad de los derechos humanos

Víctor M. Martínez Bullé Goyri. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

Ya está la iglesia vacía
y la escuela está cerrada,
en el campo la sequía
la floresta abandonada.

El pueblo anegado en llanto
está callado y desierto,
tan sólo hay vida en el muerto
bullicio del camposanto.

Aleksander Pushkin¹

1 Pushkin, Aleksandr. "Festín durante la peste". *Letras Libres*, enero 2021. <https://letraslibres.com/wp-content/uploads/2020/12/poemas-pushkin-mex.pdf>

En mayo de 2023 la Organización Mundial de la Salud (oms) declaró el fin de la pandemia de COVID-19,² después de poco más de tres años de haber declarado su inicio.³ Fueron tres años caóticos, de dolor y pérdidas para toda la humanidad, en los que el mundo lamentó la muerte de más de 7 millones de personas y la enfermedad de más de 700 millones; muchos de ellos quedaron con secuelas de lo que se ha llamado *long-COVID*, cuyas consecuencias aún no conocemos completamente ni la duración que esas afectaciones puedan tener.

Si bien siempre lo más lamentable es la pérdida de vidas humanas y el daño a la salud de las personas, los impactos y consecuencias de la pandemia son devastadores también en otros ámbitos, de los que comenzamos a ocuparnos no sólo para retornar a la normalidad, sino también para tomar las acciones pertinentes a fin de corregir lo que permitió que la pandemia causara tanto daño a las personas y a las sociedades. No podemos mirar impasibles lo que sucedió en estos tres años y permitir que se repita ese dolor y sufrimiento a lo largo de todo el mundo. Actuar con el propósito de evitar que una situación así pueda repetirse es una exigencia ética tanto para quienes tienen la capacidad y las competencias de tomar decisiones, como para quienes podemos aportar nuestra reflexión y elaborar propuestas para evitarlo.

Annus horribilis

Antes de terminar 2019 ya empezaba en China la enfermedad que semanas después sería denominada COVID-19, causada por un nuevo virus, el SARS-CoV-2. Si bien al principio se minimizó la gravedad de la enfermedad —se hablaba de neumonías similares a las provocadas por el SARS—, en unas cuantas semanas el virus se propagó por todo el mundo de forma acelerada, extendiendo la enfermedad hasta convertirse en la pandemia más grave de los últimos tiempos, y causando millones de muertes, lo que convirtió el 2020 en un *Annus horribilis*.

La magnitud de la tragedia fue tal que aún no la dimensionamos plenamente ante la avalancha de cifras e información que recibimos todos los días. Basta decir que, según las cifras oficiales, en los momentos más difíciles, diariamente murieron alrededor de 20 mil personas en el mundo, lo que equivaldría a que se hubieran estrellado 100 aviones con un promedio de 200 pasajeros en cada uno, y si nos vamos a los muertos de toda la pandemia equivaldrían a la caída de más de 35 mil aviones. En situación normal, la caída de un sólo avión es noticia de primera plana a nivel mundial. Nos acostumbramos y perdemos la sensibilidad y la empatía ante el sufrimiento y la muerte de miles de personas sucedida todos los días. Personas que, además, murieron en condiciones terri-

2 El anuncio fue hecho por el doctor Tedros Adhanom Gebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud, oms: "Ayer, el Comité de Emergencias se reunió por decimoquinta vez y me recomendó que declarara el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional. He aceptado ese consejo. Por lo tanto, declaro con gran esperanza el fin de COVID-19 como emergencia sanitaria internacional", declaró este 5 de mayo de 2023; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa", ops/oms, 6 de mayo 2023, <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua#:~:text=Por%20lo%20tanto%2C%20declar%C20con,amenaza%20para%20la%20salud%20mundial%20E2%80%9D>; En México, formalmente, la emergencia sanitaria por la pandemia comenzó el 23 de marzo de 2020 y se dio por terminada el 9 de mayo de 2023; Secretaría de Salud, "México pone fin a la emergencia sanitaria por COVID-19: Secretaría de Salud", *Secretaría de Salud*, 09 de mayo 2023, <https://www.gob.mx/salud/prensa/mexico-pone-fin-a-la-emergencia-sanitaria-por-covid-19-secretaria-de-salud?idiom=es>

3 ops/oms, "La oms caracteriza a COVID-19 como una pandemia", *ops/oms*, 11 de marzo 2020, <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

bles de sufrimiento físico y en la soledad del aislamiento necesario para evitar los contagios, sin asistencia de sus familiares.

No se trató de la primera ni la peor pandemia que ha padecido la humanidad, ni siquiera la única activa hoy en día, pues la del sida, una de las más graves en la historia, sigue activa y sin una vacuna disponible (alrededor de 76 millones de contagiados desde que inició y más de 33 millones de muertos, según las estadísticas de ONUSIDA),⁴ aunque ya se cuenta con medicamentos que convirtieron la infección mortal en enfermedad crónica. Y en el pasado están las pestes, la viruela —que arrasó con los pueblos originarios en la conquista de América— o la gripe española que causó más de 60 millones de muertos.⁵

En años recientes el mundo ha enfrentado otras pandemias como las del SARS (por sus siglas en inglés, síndrome respiratorio agudo grave), el MERS (por sus siglas en inglés, síndrome respiratorio de Oriente Medio), el ébola, la gripe aviar y la porcina, entre otras. Incluso una enfermedad tan común como la gripe es en sí misma una pandemia y “cada año se registran en el mundo cerca de mil millones de casos, de los cuales entre 3 y 5 millones son graves, y entre 290 mil y 650 mil personas fallecen por causas respiratorias relacionadas con la gripe”.⁶ Sin embargo, las características de la pandemia de COVID-19, por su alta capacidad y velocidad de contagio, la gravedad y letalidad de la enfermedad, la velocidad de mutación del virus, las posibles secuelas que deja en los afectados, así como la necesidad de atención hospitalaria en terapia intensiva de los enfermos graves y la falta de medicamentos específicos para tratar la enfermedad, significaron el colapso de los sistemas de salud de todos los países, con las lógicas consecuencias políticas, económicas y sociales.

Por otro lado, ante la ausencia de tratamientos para atender a los enfermos y la carencia de vacunas para prevenirlo, la única forma con la que se contó para enfrentar la pandemia fue buscar la reducción de la transmisión del virus con las cuarentenas y el aislamiento de los enfermos, así como el confinamiento para el resto de la población. En consecuencia, en la mayoría de los países se suspendieron todas las actividades económicas con excepción de las esenciales y se conminó —y, en ocasiones, se obligó— a las personas a permanecer recluidas en sus domicilios. La situación fue muy grave en el primer semestre de 2020 por la elevada incidencia de infecciones en la mayoría de los países. Sin embargo, aunque durante el verano parecía que se había controlado la pandemia con la consecuente reducción del número de personas contagiadas se levantaron las medidas más restrictivas y se inició la reactivación de las actividades y la economía, pero el otoño presentó una nueva oleada que se mantuvo activa con el invierno y buena parte del siguiente año y resultó aún más grave que la primera, con la necesidad de volver a la restricción de actividades, lo que resultó catastrófico para la actividad económica que apenas empezaba a recuperarse.

El impacto de estas medidas para la economía, la salud, la educación y, en general, la vida social en todos sus aspectos fue enorme y difícil de cuantificar. Tan sólo en economía y desarrollo en los países latinoamericanos se estiman retrocesos de hasta 10 años y un incremento brutal de la

4 ONUSIDA, “Hoja informativa 2024 – Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida”, consultado el 19 de marzo 2025, [https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet#:~:text=75%2C7%20millones%20%5B55%2C,\(al%20cierre%20de%202019\)](https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet#:~:text=75%2C7%20millones%20%5B55%2C,(al%20cierre%20de%202019))

5 Fundación de Ciencias de la Salud, *Historia, medicina y ciencia en tiempo de epidemias* (Fundación de Ciencias de la Salud, 2010).

6 OPS/OMS, “La oms lanza una nueva estrategia mundial contra la influenza”, OPS/OMS, 11 de marzo 2019. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2019-oms-lanza-nueva-estrategia-mundial-contra-influenza>

pobreza,⁷ situación que costará años superar para siquiera volver a las condiciones de bienestar y desarrollo anteriores a la pandemia, a lo que hay que sumar la incertidumbre que todavía existe a nivel mundial sobre su evolución, la eficacia de las campañas de vacunación y el comportamiento de las grandes economías a nivel mundial.⁸

Un problema especialmente grave desde el comienzo de la pandemia es que el manejo de la información fue deficiente, pobre y manipulado en muchos de los países, en especial los que padecen gobiernos autoritarios y de corte populista, que vieron la pandemia como un elemento más para fortalecer sus liderazgos ante la población, ya fuera minimizando la gravedad e impacto de la emergencia, ocultando la información y haciendo un manejo opaco de ella, de acuerdo con sus intereses.

Sumado a lo anterior, la pandemia mostró la incapacidad real de muchos gobiernos para generar la información epidemiológica veraz y consistente en tiempo real. Esto, además de incapacitarlos para adoptar decisiones adecuadas para el manejo de la crisis, provocó la desconfianza de la población sobre las acciones adoptadas por la autoridad, lo que dificultó de manera importante el control de la pandemia.

En consecuencia, mucha de la información pública fue cambiante, inconsistente y falta de confiabilidad, comenzando por la misma OMS, tanto respecto de las consecuencias de la enfermedad, como de los medicamentos útiles para atender a los enfermos o la eficacia de las medidas para prevenir los contagios.

Es verdad que muchos de los problemas en el manejo de la información se debieron al hecho de que enfrentamos un nuevo virus del que nada se conocía respecto de su naturaleza y características. Igualmente novedosa era la enfermedad que causa, de la que aún hoy hay un gran desconocimiento sobre su etiología y patogénesis, así como de los medios para tratarla y reducir las tasas de mortalidad. Y si bien cada día los médicos y científicos contaron con nueva información que aportaba a la atención médica de los enfermos y a la investigación en laboratorios, también cada día aparecían nuevos datos que, en muchas ocasiones, descalificaban o desmentían el conocimiento alcanzado tan sólo meses antes. A lo anterior hay que sumar las novedades con las mutaciones que, de forma natural, desarrollaba el virus, y que incrementó la incertidumbre tanto sobre la eficacia de las vacunas, como de los medicamentos y medios de atención a los enfermos.

Un golpe de realidad

La pandemia nos enfrentó de manera contundente y violenta, tanto a las personas como a los gobiernos y a la humanidad misma, con nuestra realidad en múltiples aspectos, derrumbando creencias y sensaciones de seguridad y control de nosotros mismos y nuestro entorno: “[...] una situación

7 Para México: “Se estima que la población en situación de pobreza por ingresos podría llegar a 58.4 %, lo que representa un aumento de 12 millones de personas adicionales, mientras que 26.6 % de la población estaría en situación de pobreza extrema, es decir, 12.3 millones más de personas”, y ese es el escenario optimista en el que el producto interno bruto cae sólo 7 %, en el escenario pesimista, con caída del PIB de hasta 12 %, los pobres aumentarían en 16 millones. Forbes Staff, “Al final del año, 12 millones de mexicanos serán pobres: BBVA”, Forbes México, 21 de mayo 2020, <https://www.forbes.com.mx/economia-al-final-de-2020-12-millones-mexicanos-seran-pobres-bbva/#:~:text=%E2%80%9CSe%20estima%20que%20la%20poblaci%C3%B3n,personas%E2%80%9C%20dice%20un%20comunicado>

8 Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe* (Chile: ONU-CEPAL, 2020), 115 y s.

de lo que Lacan llamó ‘irrupción de lo real’ —el imaginario que atrapa nuestra visión del mundo o grilla, a través de la cual filtramos las entidades que formarán parte de nuestra percepción, es una fina tela que nos envuelve—. Más allá de ella se encuentra lo ‘real’, para usar el término de Lacan: “la naturaleza tal cual sea, incluyendo nuestra propia naturaleza”.⁹

Un primer aspecto relevante que desnudó la pandemia son las profundas deficiencias de los sistemas de atención de la salud en todo el mundo. El propio director general de la OMS había declarado hace casi dos años que nadie está preparado para una pandemia: “Gracias a las alianzas y a las medidas adoptadas por los países en los últimos años, el mundo nunca había estado tan preparado para la próxima epidemia. Sin embargo, todavía no estamos suficientemente preparados”.¹⁰

Es una realidad que ningún país puede tener a disposición de forma permanente la infraestructura e insumos necesarios para hacer frente a una emergencia sanitaria de esa gravedad; sin embargo, también es una realidad que hay países que estaban mejor preparados que otros. En primer lugar porque cuentan con sistemas de salud robustos y consolidados, con cobertura universal para toda su población, con altos niveles de calidad en la atención médica, abasto suficiente de insumos y medicamentos, infraestructura hospitalaria suficiente y adecuada e incluso con reservas de fondos para atender emergencia y protocolos diseñados para ese efecto. Porque ya se sabía que más tarde que temprano llegaría una emergencia sanitaria como la que vivimos, “la cuestión no es saber si habrá una nueva pandemia de gripe, sino cuándo ocurrirá”.¹¹

Por otra parte, esos países por lo general cuentan con instancias institucionalizadas de decisión y coordinación de los esfuerzos para enfrentar la emergencia, con autonomía técnica e integrados por los mejores especialistas en salud pública y epidemiología, que son quienes diseñan las estrategias y medidas con independencia de las instancias políticas que simplemente aplican las medidas y estrategias diseñadas. Por el contrario, los países con un pobre desarrollo institucional y democrático (como por desgracia es nuestro caso) se enfrentaron a las decisiones y políticas inconsistentes del gobernante, las más de las veces adoptadas con criterios políticos en beneficio de sus intereses y sin ninguna base científica.

La enorme variación que estamos viendo en la efectividad de las respuestas nacionales a la pandemia de COVID-19 entre países con niveles similares de desarrollo, que enfrentan al mismo virus que ataca a la misma especie, revela dos patrones que es importante destacar. Un patrón es característico de las peores respuestas, en las que hay una sobrerepresentación de países gobernados por líderes populistas. Los gobiernos populistas tienden a menospreciar a los expertos, ignorar a la ciencia y politizar el comportamiento al enfrentar al “pueblo bueno” con las “élites corruptas”. Un ejemplo es la manera en que algunos líderes han convertido el uso del cubrebocas en una postura política. Hemos sido testigos de este comportamiento en líderes populistas en ambos extremos del espectro político entre derecha e izquierda.¹²

9 Rita Laura Segato, “Coronavirus: todos somos mortales. Del significante vacío a la naturaleza abierta de la historia”. En *Pandemia al Sur*, compilado por Olver Quijano Valencia y Carlos Corredor Jiménez (Prometeo Libros, 2020), 11-12.

10 Organización Mundial de la Salud, “La OMS lanza una nueva estrategia mundial contra la gripe”, oms, 11 de marzo 2019, <https://www.who.int/es/news/item/11-03-2019-who-launches-new-global-influenza-strategy>

11 Ibidem.

12 Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, “Pandemia, populismo y protección planetaria”, en *Letras libres*, núm. 265 (2021): 8.

El resultado en cuanto a control de la pandemia, número de enfermos y muertos y costos de atención, evidentemente, fue distinto en cada país: mientras en los países donde se actuó correctamente sin supeditar la adopción de medidas a la actividad política, la pérdida de vidas y la extensión de la pandemia nunca se salió de control; en otros, por lo contrario, el número de muertos fue catastrófico y los servicios de atención médica resultaron insuficientes, con la consecuencia de costos altísimos tanto económicos como sociales, así como la destrucción de la economía y la planta productiva y laboral.

Por otro lado, la ciencia, muchas veces soberbia y en la que confiamos tal vez con exceso, desde la perspectiva de lo que se ha llamado pensamiento colonial occidental moderno,¹³ pero que resulta fundamental para la toma de decisiones adecuadas, también se topó con la realidad de la enorme ignorancia sobre el nuevo virus y sus consecuencias. Se desnudó a las plantas científicas de muchos países que, pasmadas ante una realidad desconocida y sin medios, tanto científicos como materiales, fueron incapaces de aportar soluciones útiles. Igualmente, muchos gobiernos quedaron exhibidos respecto de la poca importancia y recursos dedicados al desarrollo científico y tecnológico que, en situaciones como la actual, exhiben también la enorme dependencia que se tiene de países en los que la ciencia y la tecnología son prioridad de los gobiernos. Habrá quien afirme que se trata de un problema de recursos económicos, lo que es verdad hasta cierto punto, porque esencialmente es un problema de prioridades políticas, de intereses y de calidad de los gobernantes. Difícilmente, gobernantes culturalmente pobres destinarán recursos importantes al desarrollo científico y tecnológico de sus países.

Y el golpe de realidad impactó a la humanidad, y a cada uno de nosotros en particular, acostumbrados a un mundo y a una concepción de las cosas como objetos y espacios para poseer y dominar, en la que el impresionante volumen de conocimiento a nuestra disposición nos hace sentirnos verdaderamente los reyes de la creación, en la que todo está a nuestra disposición; en la que todo lo podemos cambiar y orientar de acuerdo con nuestro gusto e intereses. La pandemia mostró a los científicos lo poco que toda su ciencia significa; lo poco que sabemos incluso de nosotros mismos, de nuestra biología y del entorno que nos rodea. A la humanidad entera nos mostró lo frágiles que somos y lo indefensos que estamos ante la propia naturaleza.

La pandemia nos mostró la urgente necesidad de repensar y replantear la manera en que nos relacionamos con nuestro entorno. El cambio climático —de cuya existencia algunos siguen dudando— va en el mismo sentido: somos parte de la naturaleza y nuestra suerte y posibilidades de subsistencia están inevitablemente unidas a ella. Sin embargo, en muchos aspectos nos sentimos tan azorados ante esta realidad que supera nuestra comprensión e incluso nuestra capacidad para hacer un relato coherente de ella. Al no contar con los datos y la información suficiente y confiable, surge la incertidumbre que nos golpea brutalmente y nos obliga a abandonar las certezas que nos proporcionaba el cientificismo, y a reaprehender una vez más a confiar en nuestra capacidad para resistir y superar las adversidades, sin prescindir de la ciencia, pero entendiendo que la ausencia de información y datos no puede llevarnos a la parálisis que significaría darnos por vencidos. Por el contrario, es el momento para sobreponernos a la adversidad, corregir los errores y encontrar e imaginar medios y formas para superar la situación de emergencia y, poco a poco, volver a la normalidad en todos los ámbitos.

13 Segato, "Coronavirus: todos somos mortales...", 12-13.

Somos seres frágiles y vulnerables

Además de exhibir nuestras deficiencias y vicios como individuos y sociedades, que pensábamos que el mundo era nuestro en vez de ser parte de él, la pandemia nos mostró nuestra fragilidad como individuos, como humanidad, como sociedades y Estados. Evidenció que nuestras instituciones también son frágiles. Las fortalezas y solidez que creímos haber alcanzado no eran más que un espejismo alimentado por la soberbia de sentirnos dueños y señores.

El que identificamos como el enemigo es demasiado pequeño para que podamos verlo, pero tiene la capacidad de dañar. Creímos que podíamos controlarlo con nuestros conocimientos y nuestra ciencia, pero nuestra impotencia ante el pequeño virus nos genera una enorme incertidumbre sobre el futuro; incluso ya no hablamos de volver a la normalidad, sino a lo que habría de ser una nueva normalidad, lo que implica un sentimiento de derrota, incapacidad y temor al futuro.¹⁴

Y esta fragilidad que en sí misma es propia de lo humano, tiene como consecuencia la vulnerabilidad; ambos conceptos hacen referencia a hechos más allá de interpretaciones y teorías que los expliquen, somos frágiles y por tanto vulnerables. De acuerdo con el *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia, *frágil* significa “quebradizo, y que con facilidad se hace pedazos”.¹⁵ *Débil*, “que puede deteriorarse con facilidad”, y *vulnerable* es aquél o aquello que “puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente”.¹⁶

La vulnerabilidad se ha convertido, en los últimos años, en una categoría de análisis en los más diversos campos del conocimiento; así, afirmamos la vulnerabilidad de bosques, de cuencas hidrológicas o del medio ambiente,¹⁷ y en el ámbito social¹⁸ hablamos de grupos vulnerables y lo vinculamos con características propias de las personas que pertenecen a esos grupos: migrantes, menores y comunidades indígenas, entre otros; igualmente podemos hablar de la vulnerabilidad de mercados financieros, de economías o de empresas.¹⁹

Desde esas perspectivas, la vulnerabilidad se construye con base en características propias del sujeto u objeto vulnerable, más las circunstancias en las que el riesgo se hace presente en el agente capaz de causar el daño.²⁰ La vulnerabilidad sólo se presenta cuando en el sujeto hay fra-

14 “Nuestra pandemia, la de una época que creyó ser inmune a las enfermedades a gran escala, permite algunos apuntes estéticos: nuestra relación con la muerte, la búsqueda por la asepsia en la convivencia, y las anacronías en su manejo político y discursivo. La muerte en medio de una pandemia, a causa o no de ella, perversa la naturaleza social de morir. La estética de la muerte en nuestra pandemia no es nueva, pero la COVID-19, esta enfermedad de nombre tontamente melódico y escaso de lirica nos quitó la confianza que habían dejado construir la ciencia, la tecnología y nuestros esfuerzos civilizatorios. Las imágenes de empleados funerarios depositando féretros en público son la postal de nuestra fragilidad.” En Jacobo Dayán, “Por la dignidad humana 1: Estética de la pandemia”, audio, Cultura UNAM, consultado el 27 de marzo 2025, <https://cultura.unam.mx/podcast/por-la-dignidad-humana-1-estetica-de-la-pandemia/>

15 Real Academia Española, “Frágil”, *Diccionario de la Lengua Española*, <https://dle.rae.es/frágil%20?m=form>

16 Real Academia Española, “Vulnerable”, *Diccionario de la Lengua Española*, <https://dle.rae.es/vulnerable?m=form>

17 Kerstin Fritzsche et al, *El libro de la vulnerabilidad. Concepto y lineamientos para la evaluación estandarizada de la vulnerabilidad* (Ministerio Federal Alemán para la Cooperación y el Desarrollo Económico / GIZ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / adelphi / Eurac Research, 2016).

18 Roberto Pizarro, *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina* (ONU-CEPAL, 2001), 21-37.

19 Marco V. Sánchez y Pablo Sauma F., *Vulnerabilidad económica externa, protección social y pobreza en América Latina* (ONU-CEPAL-Flacso, 2011).

20 Rosmerlin Estupiñan-Silva, “La vulnerabilidad en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: Esbozo de una tipología”. En *Derechos Humanos y Políticas Públicas. Manual*, coordinado por Laurence Burgorgue-Larsen, Antonio Maués y Beatriz Eugenia Sánchez Mojica (Red de Derechos Humanos y Educación Superior. Universitat Pompeu Fabra, 2014), 215-20.

gilidad, características propias que lo exponen a sufrir un daño. Y en este contexto resulta muy útil la conocida tesis desarrollada por Florencia Luna conocida como “metáfora de las capas”,²¹ en las que las condiciones propias del sujeto y las diversas circunstancias en las que puede encontrarse van exacerbando la fragilidad e incrementando la vulnerabilidad. En ese contexto ni todos los que compartimos determinadas características somos igualmente vulnerables a distintos agentes que nos puedan dañar, ni lo somos con la misma gravedad, dependiendo de nuestra condición y de las circunstancias.

Sin embargo, una nota característica de la pandemia es que ante ella la humanidad entera es vulnerable, por eso el brutal impacto que causa a nivel universal en personas, sociedades, instituciones y economías. No es relevante que objetivamente unos sean más o menos vulnerables que otros, pues existe el factor de la incertidumbre dada la falta de información sobre el propio virus y la enfermedad que nos impiden hacer predicciones válidas. Si bien es un hecho que los jóvenes sanos tienen más posibilidades de transitar la enfermedad sin mayores daños que quienes tienen más edad y comorbilidades o enfermedades crónicas, no hay certeza de ello y hemos podido ver con tristeza cómo jóvenes sanos murieron afectados por la enfermedad.

La incertidumbre resultante de la falta de conocimiento e información, que puede llegar incluso a producir escenarios de pánico, es un factor que afecta por igual no sólo a las personas, sino también a las sociedades, las instituciones, los mercados, las economías e incluso a la vida democrática de los países, con algunas consecuencias que, en muchos casos, sólo veremos a largo plazo.

Especialmente relevante resulta la vulnerabilidad de las personas en relación con los derechos humanos; esto es, la presencia de características personales o de grupo o circunstancias ante las que la persona se ve imposibilitada de ejercer sus derechos o ante las cuales el riesgo de que sus derechos y dignidad puedan ser violentados se incrementa.

Bajo el presupuesto de la universalidad de los derechos y de la necesidad de su vigencia, al menos de acuerdo con los estándares internacionales en las sociedades democráticas, resulta una exigencia la identificación de los colectivos y personas vulnerables a fin de adoptar las medidas necesarias para superar o al menos paliar la vulnerabilidad, de manera que puedan garantizarse estándares mínimamente aceptables de vigencia de los derechos humanos. Hablando de derechos, no basta con declararlos y reconocerlos, se requiere que tengan vigencia efectiva y sean disfrutados lo más plenamente posible por todas las personas sin ninguna exclusión o excepción. Esto es un requerimiento básico desde el punto de vista político y jurídico, además de una exigencia ética, pues las deficiencias en la garantía y respeto de los derechos se traducen en atentados a la dignidad individual y debilitan las instituciones y sistemas democráticos.

Aunque la noción de vulnerabilidad ha recibido críticas en cuanto a su utilidad para la defensa de los derechos, en especial respecto a que al realizar la identificación de grupos vulnerables, frecuentemente, la tipificación es tan extensa que en los hechos todos en la sociedad terminamos siendo vulnerables por una u otra razón.²² Sin embargo, lo que no puede negarse es la existencia de la vulnerabilidad misma y, frente a ella, lo que corresponde es la identificación de sus causas,

21 Florencia Luna, “Vulnerabilidad: La metáfora de las capas”, *Jurisprudencia Argentina IV*, núm. 1 (2008): 60-67.

22 Jorge A. González Galván et al., “La pluralidad de los grupos vulnerables: un enfoque interdisciplinario”, *Derechos Humanos. Memoria del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional III*, editado por Diego Valadés y Rodrigo Gutiérrez Rivas (Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2001), 225-243; Carol Levine et al., “The Limitations of «Vulnerability» as a Protection for Human Research Participants”, *American Journal of Bioethics* 4, núm. 3 (2004.): 44-49.

así como una adecuada conceptualización jurídica de la noción, de manera que mediante instrumentos jurídicos y políticas públicas se garantice a las personas y grupos vulnerables la vigencia de sus derechos. En este contexto tiene gran importancia el trabajo que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha realizado en la identificación de las causas de vulnerabilidad, incluso mediante el esbozo de una prueba de vulnerabilidad.²³

La vulnerabilidad de los derechos humanos

Hasta aquí nos hemos referido a los derechos humanos en relación con la vulnerabilidad de las personas, pero también debemos señalar la vulnerabilidad de los derechos en sí mismos como instrumento jurídico para proteger su dignidad. Hoy nadie duda de que los derechos humanos son un paradigma ineludible para que las sociedades modernas sean consideradas como democráticas y los países puedan integrarse y participar plenamente en la comunidad internacional. El consenso entre los internacionalistas es amplio respecto a que la Declaración Universal de los Derechos forma parte del *ius cogens* internacional y por tanto exigible para todos los Estados,²⁴ como explícitamente lo reconoció nuestro país en el documento *Contribución de México a la labor de la Comisión de Derecho Internacional sobre el tema “Ius Cogens”*.²⁵

También es indiscutible que en las últimas décadas el avance del desarrollo de los derechos humanos y sus instituciones protectoras a nivel universal ha sido enorme, y sus resultados en la producción de instrumentos, doctrina e instituciones es símbolo del desarrollo moral de la humanidad.²⁶ Sin embargo, también es constatable la fragilidad intrínseca de los derechos humanos ante las constantes crisis que el mundo vive en materia política y económica. Los derechos humanos, al convertirse, a partir de la posguerra de la Segunda Guerra Mundial, en regla moral del comportamiento de los Estados, salieron de su ámbito interno y pasaron a ser tema de interés global, lo que sin duda es positivo y ha servido para impulsar su vigencia; sin embargo, al mismo tiempo los convirtió en una materia altamente politizable y un arma arrojadiza en la contienda política, lo que sin duda los debilita y desnaturaliza.

Ningún gobierno quiere ser señalado como violador de derechos humanos y, por el contrario, todos se declaran como sus más fervientes defensores y promotores, aunque en los hechos sus acciones muestren precisamente lo contrario y en muchas ocasiones constituyan gravísimas violaciones a los derechos. La hipocresía política en este tema no es banal, pues genera confusión en las sociedades e incertidumbre respecto de la existencia y obligatoriedad de los derechos cuando

23 Sergio García Ramírez, "Los sujetos vulnerables en la jurisprudencia «transformadora» de la Corte Interamericana de Derechos Humanos", *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, núm. 41 (2019): 3-34; Estupiñán-Silva, "La vulnerabilidad en la jurisprudencia de la Corte Interamericana...".

24 Juana Inés Acosta López y Ana M. Duque Vallejo, "Declaración Universal de los Derechos Humanos ¿Norma del *ius cogens*?", *International Law. Revista Colombiana de Derecho Internacional*, núm. 12 (2008); Florabel Quispe Remón, "Las normas de *ius cogens*: ausencia de catálogo", *Anuario Español de Derecho Internacional*, 20 (2012).

25 Secretaría de Relaciones Exteriores, "Contribución de México a la labor de la Comisión de Derecho Internacional sobre el tema «Jus cogens»", 31 de enero 2017, https://legal.un.org/ilc/sessions/69/pdfs/spanish/jc_mexico.pdf

26 Basta para acreditar esto la operación del Examen periódico universal, véase Naciones Unidas Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, "Examen periódico universal", *Trabajando con el Programa de las Naciones Unidas en el ámbito de los Derechos Humanos. Un manual para la sociedad civil* (ONU, 2008), 149, https://www.ohchr.org/Documents/AboutUs/CivilSociety/Chapter_7_sp.pdf, y la misma existencia del Consejo de Derecho Humanos en Naciones Unidas.

encontramos regímenes autoritarios y autócratas que se presumen respetuosos de la dignidad y los derechos de las personas, basados en discursos engañosos y no pocas veces sectarios.

No cabe duda así que la lucha política al interior de los países, especialmente en épocas difíciles, es un factor que debilita los derechos humanos y los torna vulnerables, incluso enfrentando a sectores de la sociedad al privilegiar a unos grupos y sus derechos sobre otros.

Otro factor que incide en la vulnerabilidad de los derechos humanos es el pobre desarrollo del Estado de derecho en el seno de muchas sociedades. Los derechos humanos son, sin menospreciar sus dimensiones éticas y políticas, un instrumento jurídico y su consagración y desarrollo se realiza precisamente en normas jurídicas; en consecuencia, cuando la cultura jurídica es pobre y el respeto a la legalidad es deficiente en una sociedad, los derechos humanos padecen de lo mismo que el resto de las normas del sistema. De hecho, es muy común encontrar personas demandando el respeto a sus derechos sin un claro conocimiento de éstos, o incluso entendiendo como derechos sus pretensiones e intereses, en ocasiones contrarios a la legalidad misma.²⁷

La débil legitimidad y popularidad de los gobiernos es otro factor de vulnerabilidad de los derechos humanos, ya que a dichos gobiernos les resulta en muchas ocasiones difícil o incluso imposible ejercer su autoridad, en especial cuando está implicado el uso legítimo de la fuerza pública, necesaria para la defensa y garantía de los derechos humanos, por lo que es común encontrar situaciones en las que la autoridad abiertamente transige con quienes realizan conductas violatorias de derechos.

De manera similar, el pobre desarrollo institucional y la debilidad e ineficacia de los aparatos administrativos son un factor de vulnerabilidad de los derechos humanos, tanto por la imposibilidad de garantizarlos como por la incapacidad y falta de eficacia para realizar las acciones necesarias para su satisfacción, en especial en relación con los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), que necesariamente requieren gobiernos con aparatos administrativos robustos y eficientes.

Un ejemplo dramático de esta problemática es lo que sucede con la procuración de justicia, pues las más graves violaciones a los derechos humanos se dan en ese ámbito y requiere de procuradurías y fiscalías verdaderamente autónomas y profesionales, dotadas con los recursos de investigación adecuados para llevar a cabo su función, pues de otra manera se genera impunidad frente a la comisión de delitos, y se afecta gravemente los derechos a la seguridad pública y a la justicia. Además, las violaciones más graves a los derechos humanos son las que normalmente implican la comisión de delitos que no se persiguen ni se sancionan y no son inhibidas hacia el futuro. Cuando los derechos humanos no son justiciables difícilmente tienen niveles de respeto de acuerdo con los estándares mínimos requeridos a nivel internacional.²⁸

En el caso de los DESC la situación no es menos dramática, pues un Estado con un aparato administrativo débil e ineficiente difícilmente puede garantizar los mínimos de subsistencia para la población menos favorecida, cayendo —en muchas ocasiones desde una perspectiva paternalista y de supervivencia política de la autoridad—, en la nefasta práctica de repartir recursos a las personas en condiciones de pobreza extrema, que a lo más les permiten sobrevivir, pero que de ninguna forma sirve para mejorar sus condiciones de vida y por el contrario los vuelven dependientes.

27 Un ejemplo de esto son los bloqueos de las vías de comunicación, supuestamente en ejercicio del derecho de manifestación, cuando en realidad lo que se hace es violentar la legalidad con acciones que de ninguna manera están amparadas por ese derecho humano.

28 CEPAL, *Derechos económicos, sociales y culturales, política pública y justiciabilidad*, editado por Carlos V. De Roux y Juan C. Ramírez Jaramillo (CEPAL, 2004b), 47 y ss.

La ineficiencia y debilidad administrativa, por lo general, se refleja ya no sólo en la capacidad de los gobiernos para generar inversión productiva, sino incluso en su capacidad recaudatoria; en consecuencia, no tienen acceso a los recursos necesarios para construir y sostener las infraestructuras de servicios indispensables para garantizar los derechos, como sucede precisamente en el ámbito del derecho a la atención de la salud o en el derecho a la educación. En ambos casos la satisfacción de esos derechos es fundamental para reducir las condiciones de desigualdad social, pero su atención requiere de enormes recursos para sostener las infraestructuras necesarias.²⁹

Finalmente, un factor que en muchas ocasiones no se considera como un elemento que incide, pero que lo hace y de manera muy importante, en la vulnerabilidad de los derechos humanos, la corrupción, que lamentablemente afecta y laстра todos los ámbitos del Estado como una verdadera lacra que cancela las posibilidades de desarrollo de los países a los que afecta, como es nuestro caso.

Cómo la pandemia incrementó la vulnerabilidad de los derechos humanos

Ya señalamos arriba cómo la pandemia representó un golpe de realidad que, además de que nos removió en cuanto a la manera en que veíamos y entendíamos al mundo, nos mostró y evidenció las deficiencias de los sistemas de salud y, en general, de las administraciones públicas y los gobiernos. Es evidente que podríamos abordar una por una casi todas las áreas en las que la pandemia impactó e incrementó de manera importante la vulnerabilidad de los derechos humanos, pero basta con que nos concretemos a mencionar las siguientes.

Los sistemas sanitarios

Países como el nuestro ya arrastraban déficits importantes en cuanto a la atención de la salud debido, fundamentalmente, a la mala planeación, la insuficiencia de recursos destinados a la infraestructura sanitaria y, en no menos medida, a la corrupción en los diversos niveles de gobierno. Si esto no fuera suficiente, el actual gobierno decidió a principios de 2020 acabar con el diseño del sistema para universalizar la atención de la salud, el Seguro Popular, y sustituirlo con un diseño propio del llamado Instituto de Salud para el Bienestar. Lamentablemente, canceló el programa anterior, que atendía a más de 50 millones de personas, y lo sustituyó con su propio programa sin que éste contara siquiera con reglas de operación ni claridad en su financiamiento y menos aún con los criterios para la atención de las personas. Lo anterior provocó un verdadero caos en la atención de la salud que además coincidió precisamente con la pandemia y con otra medida adoptada por el gobierno federal, bajo la justificación de la lucha contra la corrupción: la restructuración del sistema de adquisición de medicamentos para todo el sector salud, que fue concentrado en la Oficialía Mayor de la Secretaría de Hacienda, con graves consecuencias, como el desabasto de medicamentos,

29 CEPAL, *Derechos económicos, sociales y culturales*, 37 y ss.

en especial para determinados sectores, como la atención a los niños que padecen cáncer y el programa de vacunación, entre otros.³⁰

Sumado a lo anterior, la concentración de la toma de decisiones respecto a las estrategias por seguir para enfrentar la pandemia en el círculo cerrado en torno del presidente de la República —incluso haciendo de lado las instancias a las que constitucionalmente les corresponde esa facultad, como es el Consejo de Salubridad General, lo que ha sido severamente criticado por los especialistas en salud pública y epidemiólogos, tanto de México³¹ como del resto del mundo— tuvo como resultado un daño irreparable a la sociedad con una enorme pérdida de vidas y una extensión de la enfermedad absolutamente fuera de control.³²

Y el problema no se centra en la capacidad e ineeficacia del gobierno en la administración de un sistema de salud, sino en los brutales impactos que esto tiene en la vida y los derechos de las personas. Resulta dramático ver la cantidad de muertos, incluso entre el personal de salud, por la falta de insumos adecuados para realizar su trabajo; los miles de enfermos peregrinando en los hospitales buscando recibir atención, y la carencia de medicamentos e insumos cuando, además, en el primer año de la pandemia se dio un subejercicio presupuestal en el sector salud de más de 37 mil millones de pesos.³³ En este caso la incapacidad administrativa tuvo como consecuencia la muerte de miles de personas.

El sistema educativo y la actividad económica

Dos ámbitos en los que la pandemia hizo evidentes las deficiencias y las graves desigualdades de nuestro país son en el sistema educativo y la economía. Una de las decisiones que se tomó en nuestro país, como en muchos otros, para hacer frente a la pandemia fue el confinamiento de la sociedad mediante el cierre de actividades para evitar los contagios. Si bien la medida es discutida desde el punto de vista epidemiológico por los expertos a nivel mundial, más allá de su eficacia o lo adecuado que pueda ser, la realidad es que su adopción debe ir acompañada de medidas de mitigación para evitar la afectación de la vida y derechos de las personas, en especial de aquellos sectores más desfavorecidos y a los que la medida impacta de manera más grave.³⁴

Esta situación es evidente en el campo educativo, pues si bien la autoridad realizó el esfuerzo de continuar con la impartición de clases a nivel nacional mediante tecnologías de educación a distancia, éstas pueden ser útiles para ciertos sectores de la población con acceso a los medios tecnológicos, a espacios físicos adecuados, y en los que los padres tienen disposición y posibilidades de hacer un esfuerzo para hacerse cargo del seguimiento de los estudios de sus hijos. Es evidente

30 Hoy somos conscientes del rotundo fracaso de ambas acciones: ni la Oficialía Mayor de Hacienda fue capaz de gestionar la adquisición de medicamentos ni el Insabi fue capaz de prestar servicios de atención de la salud, y ambas acciones ya se cancelaron, no sólo sin haber mejorado la situación, sino dejando las cosas en peores condiciones.

31 Salomón Chertorivski et al., *La gestión de la pandemia en México. Análisis preliminar y recomendaciones urgentes* (Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México, 2020).

32 En su momento, la agencia Bloomberg señaló a México en un ranking de 53 países como el peor para vivir en la pandemia. Véase Bloomberg, "The Covid Resilience Ranking. The Best and Worst Places to Be as World Enters Next Covid Phase", Bloomberg, 24 de noviembre de 2020, <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/?sref=fDPA8NQZ>

33 Fernando Damián, "En plena pandemia, sector salud no ejerció 37 mil mdp", *Milenio Política*, 19 de noviembre 2020, <https://www.milenio.com/politica/plena-pandemia-sector-salud-ejercicio-37-mil-mdp>

34 Héctor Hernández Bringas, "COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico", *Notas de Población* 111 (2020): 101-118.

que una parte muy importante de la población, tal vez mayoritaria si consideramos el número de personas que viven en pobreza en nuestro país, no ha podido atender ese esfuerzo educativo por parte del Estado, con el consecuente ensanchamiento de la brecha entre el nivel educativo de la población con niveles de ingreso más alto frente a los menos favorecidos.

El problema se agrava, además, porque no hay hasta hoy un esfuerzo o programa por parte de la autoridad educativa para realizar al menos un diagnóstico del impacto en la educación de los menores de esta etapa, de manera que puedan diseñarse acciones y programas para subsanar las deficiencias. Simplemente dejar pasar la situación, garantizando que los niños y niñas aprobaran el año escolar, nos parece una violación a su derecho a la educación y contribuye a ampliar la desigualdad.³⁵

En el ámbito de la actividad económica, la afectación provocada por los confinamientos para enfrentar la pandemia fue devastadora en todos los países que los adoptaron, pues afectan a todos los sectores de la economía y a la planta laboral, y generan desempleo, con las graves consecuencias para las personas que, además de padecer las medidas sanitarias, perdieron su fuente de ingresos. De nuevo, y como es lógico, la situación es más grave para las personas en los sectores menos favorecidos de la sociedad. Es evidente que quienes disfrutan de un nivel socioeconómico medio o alto pudieron enfrentar los confinamientos de manera relativamente cómoda, aunque con distintas afectaciones. Sin embargo, las personas que dependen de su ingreso diario para satisfacer sus necesidades más elementales (vivienda, alimentación, salud) quedaron en la más absoluta orfandad. Y es por ello que los gobiernos de los países que implementaron confinamientos, paralelamente, adoptaron medidas de rescate a la economía, ya sea mediante expedientes de regulación de empleo, en los que el gobierno se hace cargo de los salarios de las empresas obligadas a cerrar; créditos para mantener a las empresas y evitar las pérdidas de empleos; y condonación o prórroga de impuestos, entre muchas otras. Lamentablemente nuestro país es uno de los que menos recursos destinó a ese tipo de programas y las consecuencias están a la vista: pérdida masiva de cientos de miles de empleos, miles de pequeños negocios cerrados que no volverían a abrir.³⁶

Recuperar la economía del impacto de la pandemia ha costado mucho tiempo y muchos esfuerzos, los tiempos han sido más largos en los países donde no se tomaron medidas adecuadas para que los efectos fueran menores en la destrucción de la planta productiva y el empleo. Igualmente ha sido importante para la reactivación económica que los gobiernos adopten las políticas adecuadas y den un buen destino a los recursos. Es una realidad que economías depauperadas conllevan un incremento de la desigualdad y la pobreza, con lo que las posibilidades de satisfacción de los derechos humanos se vuelven más difíciles y se incrementa su vulnerabilidad, al mismo tiempo que incrementa la vulnerabilidad de las personas.

En varios países se optó por declarar estados de emergencia que implicaron la suspensión temporal de derechos. Si bien la medida puede ser necesaria y adecuada en determinadas circunstancias, y de acuerdo con las condiciones jurídicas y políticas internas, no es menos cierto que se

35 Miguel Á. García Olivo, "Problemáticas en el derecho humano a la educación ante la pandemia", *COVID-19 y la desigualdad que nos espera*, coordinado por Sergio García Ramírez y Nuria González Martín (Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020), 33-41; Fátima Monreal Castorena et al., "La desigualdad del derecho al acceso a la educación durante la pandemia del COVID-19", *COVID-19 y la desigualdad que nos espera*, coordinado por Sergio García Ramírez y Nuria González Martín (Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020), 141-149.

36 Varios, *La pandemia en México. Dimensión de la tragedia* (Signos Vitales. El pulso de México, 2020), acceso el 28 de agosto 2024, <http://consejoincide.com/wp-content/uploads/2020/07/Pandemia-en-Me%CC%81xico-la-dimensio%CC%81n-de-la-tragedia.pdf>

trata de una medida riesgosa, en especial en aquellos países con gobiernos de carácter autocrático y autoritario, pues pueden dar fundamento a graves violaciones y restricciones a los derechos, no siempre necesarias para hacer frente a la emergencia sanitaria. En nuestro país, el tema ni siquiera se planteó con seriedad, pues la complejidad de la regulación constitucional de la figura hacía difícil su implementación.³⁷

Reflexión final

La pandemia es la situación más difícil que el mundo ha vivido desde el fin de la Segunda Guerra Mundial; su efecto destructor se dejó sentir en todos los ámbitos y los derechos humanos no son la excepción. Las coordenadas y condiciones que permitieron en los últimos años avanzar en la vigencia de los derechos humanos y en la lucha contra la desigualdad a nivel mundial, inexorablemente van a cambiar; lo que tenemos delante todavía son más incertidumbres que certezas sobre el futuro inmediato. Pero hay algo que es claro, salir de la o de las crisis provocadas por la pandemia ha requerido unidad y solidaridad tanto dentro de los países como a nivel global, así como repensar y reconstruir muchas de las bases con las que funciona el mundo, cuya inoperancia quedó demostrada durante la pandemia. La tarea ha sido enorme y ha requerido del esfuerzo de todos, porque es un hecho que el mundo, los países y las personas debemos superar esto; lo importante es cómo lo continuamos superando y que lo que resulte sea mejor.

En ese camino deberá llegar el tiempo de las responsabilidades de todo tipo: para quienes, ante la crisis, no supieron estar a la altura del reto, y más aún para quienes tuvieron conductas irresponsables y abusivas e incluso criminales. Exigir responsabilidades no tiene un sentido de venganza; es una necesidad para poder reconstruir sobre la verdad y la identificación de errores para poder corregirlos. En el campo de los derechos humanos deberá hacerse otro tanto, y sería deseable que los *Ombudsman*, los organismos internacionales y demás instancias protectoras, abordaran la tarea de revisar dónde se violentaron los derechos, en qué campos están sus mayores vulnerabilidades y qué debemos hacer para fortalecer su vigencia en el futuro.

37 Carlos M. Pelayo Moller, "La difícil puesta en marcha de una suspensión de garantías para hacer frente al virus SARS-CoV-2 en México: el manejo de situaciones de excepcionalidad desde un marco jurídico incompleto y fragmentado", *Emergencia sanitaria por COVID-19. Reflexiones desde el derecho (III)*, coordinado por Nuria González Martín (Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020), 77-85.

Bibliografía

Acosta López, Juana Inés y Ana M. Duque Vallejo. "Declaración Universal de los Derechos Humanos ¿Norma del *ius cogens*?". *International Law. Revista Colombiana de Derecho Internacional*, núm. 12 (2008): 13-34.

Bloomberg. "The Covid Resilience Ranking. The Best and Worst Places to Be as World Enters Next Covid Phase". Bloomberg, 24 de noviembre de 2020. <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/?sref=fDPa8NQZ>

Chertorivski, Salomón, José Á. Córdova, Julio Frenk, Mercedes Juan, José Narro y Guillermo Soberón. *La gestión de la pandemia en México. Análisis y preliminar y recomendaciones urgentes*. Consejo Consultivo Ciudadano Pensando en México, 2020.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe*. Organización de las Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2020.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Derechos económicos, sociales y culturales, economía y democracia*. Serie Estudios y Perspectivas (Bogotá) núm. 2, editado por Carlos V. De Roux y Juan C. Ramírez Jaramillo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004a.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Derechos económicos, sociales y culturales, política pública y justiciabilidad*. Serie Estudios y Perspectivas (Bogotá) núm. 4, editado por Carlos V. De Roux y Juan C. Ramírez Jaramillo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004b.

Damián, Fernando. "En plena pandemia, sector salud no ejerció 37 mil mdp". *Milenio Política*, 19 de noviembre 2020. <https://www.milenio.com/politica/plena-pandemia-sector-salud-ejercicio-37-mil-mdp>

Dayán, Jacobo. "Por la dignidad humana 1: Estética de la pandemia", audio. *Cultura UNAM*. Consultado el 27 de marzo 2025. <https://cultura.unam.mx/podcast/por-la-dignidad-humana-1-estetica-de-la-pandemia/>

Estupiñán-Silva, Rosmerlin. "La vulnerabilidad en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: Esbozo de una tipología". En *Derechos Humanos y Políticas Públicas. Manual*, coordinado por Laurence Burgorgue-Larsen, Antonio Maués y Beatriz Eugenia Sánchez Mojica. Red de Derechos Humanos y Educación Superior. Universitat Pompeu Fabra, 2014.

Forbes Staff. "Al final del año, 12 millones de mexicanos serán pobres: BBVA". *Forbes México*, 21 de mayo 2020. <https://www.forbes.com.mx/economia-al-final-de-2020-12-millones-mexicanos-seran-pobres-bbva/#:~:text=%E2%80%9CSe%20estima%20que%20la%20poblaci%C3%B3n,personas%E2%80%9C%2C%20dice%20un%20comunicado>

Foschiatti, Ana María Hilda. "Las dimensiones de la vulnerabilidad sociodemográfica y sus escenarios". *Párrafos Geográficos* 9, núm.1 (2010): 21-37.

Frenk, Julio y Octavio Gómez Dantés. "Pandemia, populismo y protección planetaria". *Letras Libres*, núm. 265 (2021): 6-9.

Fritzsche, Kerstin, Stefan Schneiderbauer, Philip Bubeck, Stefan Kienberger, Mareike Buth, Marc Zebisch y et al. *El libro de la vulnerabilidad. Concepto y lineamientos para la evaluación estandarizada de la vulnerabilidad*. Ministerio Federal Alemán para la Cooperación y el Desarrollo Económico / GIZ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / adelphi / Eurac Research, 2016.

Fundación de Ciencias de la Salud. *Historia, medicina y ciencia en tiempo de epidemias*. Fundación de Ciencias de la Salud, 2010.

García Olivo, Miguel Á. "Problemáticas en el derecho humano a la educación ante la pandemia". En *COVID-19 y la desigualdad que nos espera*, coordinado por Sergio García Ramírez y Nuria González Martín. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020.

García Ramírez, Sergio. "Los sujetos vulnerables en la jurisprudencia «transformadora» de la Corte Interamericana de Derechos Huma-

nos". *Cuestiones Constitucionales. Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, núm. 41 (2019): 3-34.

García Ramírez, Sergio y Nuria González Martín, coords. *COVID-19 y la desigualdad que nos espera*. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020.

González Galván, Jorge A., María del Pilar Hernández Martínez y Alfredo Sánchez Castañeda. "La pluralidad de los grupos vulnerables: un enfoque interdisciplinario". En *Derechos Humanos. Memoria del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional III*, editado por Diego Valadés y Rodrigo Gutiérrez Rivas. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2001.

Hernández Bringas, Héctor. "COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico". *Notas de Población* 111 (2020): 101-118.

Luna, Florencia. "Vulnerabilidad: La metáfora de las capas". *Jurisprudencia Argentina IV*, núm. 1 (2008): 60-67.

Levine, Carol, Ruth Faden, Christine Grady, Dale Hammerschmidt, Lisa Eckenwiler y Jeremy Sugarman. "The Limitations of 'Vulnerability' as a Protection for Human Research Participants". *American Journal of Bioethics* 4, núm. 3 (2004): 44-49.

Monreal Castorena, Fátima F., Miguel A. Nieves Pedraza y María A. Padiella Romero. "La desigualdad del derecho al acceso a la educación durante la pandemia del COVID-19". En *COVID-19 y la desigualdad que nos espera*, coordinado por Sergio García Ramírez y Nuria González Martín. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2020.

Naciones Unidas Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. "Examen periódico universal". En *Trabajando con el Programa de las Naciones Unidas en el ámbito de los Derechos Humanos. Un manual para la sociedad civil*. ONU, 2008. https://www.ohchr.org/Documents/AboutUs/CivilSociety/Chapter_7_sp.pdf

ONUSIDA. "Hoja informativa 2024. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida". Consultado el 19 de marzo 2025, [https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet#:~:text=75%2C7%20millones%20%5B55%2C,\(al%20cierre%20de%202019\)](https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet#:~:text=75%2C7%20millones%20%5B55%2C,(al%20cierre%20de%202019))

Organización Mundial de la Salud. "La oms lanza una nueva estrategia mundial contra la gripe". *oms*, 11 de marzo 2019, <https://www.who.int/es/news/item/11-03-2019-who-launches-new-global-influenza-strategy>

Organización Mundial de la Salud. *Global influenza strategy 2019-2030*. Organización Mundial de la Salud, 2019.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. "La oms lanza una nueva estrategia mundial contra la influenza". *ops/oms*, 11 de marzo 2019. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2019-oms-lanza-nueva-estrategia-mundial-contra-influenza>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "La oms caracteriza a COVID-19 como una pandemia", *ops/oms*, 11 de marzo 2020, <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, "Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa", *ops/oms*, 6 de mayo 2023, <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua#:~:text=Por%20lo%20tanto%2C%20declar%C3%B3%20con,amenaza%20para%20la%20salud%20mundial%20%9D>

Pelayo Moller, Carlos M. 2020. "La difícil puesta en marcha de una suspensión de garantías para hacer frente al virus SARS-CoV-2 en México: el manejo de situaciones de excepcionalidad desde un marco jurídico incompleto y fragmentado". En *Emergencia sanitaria por COVID-19. Reflexiones desde el derecho (III)*, coordinado por Nuria González Martín, 77-85. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Pizarro, Roberto. *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Organización de las Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2001.

Quispe Remón, Florabel. 2012. "Las normas de *ius cogens*: ausencia de catálogo". *Anuario Español de Derecho Internacional*, 20 (2012): 143-183.

Real Academia Española. “Frágil”. En *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., versión 23.8 en línea. <https://dle.rae.es/frágil%20?m=form>

Real Academia Española. “Vulnerable”. En *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., versión 23.8 en línea. <https://dle.rae.es/vulnerable?m=form>

Sánchez, Marco V. y Pablo Sauma F. *Vulnerabilidad económica externa, protección social y pobreza en América Latina*. Organización de las Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2011.

Secretaría de Relaciones Exteriores. “Contribución de México a la labor de la Comisión de Derecho Internacional sobre el tema ‘Jus cogens’”, 31 de enero 2017. https://legal.un.org/ilc/sessions/69/pdfs/spanish/jc_mexico.pdf

Secretaría de Salud, “México pone fin a la emergencia sanitaria por COVID-19: Secretaría de Salud”, Secretaría de Salud, 09 de mayo 2023, <https://www.gob.mx/salud/prensa/mexico-pone-fin-a-la-emergencia-sanitaria-por-covid-19-secretaria-de-salud?idiom=es>

Segato, Rita Laura. “Coronavirus: todos somos mortales. Del significante vacío a la naturaleza abierta de la historia”. En *Pandemia al Sur*, compilado por Olver Quijano Valencia y Carlos Corredor Jiménez. Prometeo Libros, 2020.

Varios. *La pandemia en México. Dimensión de la tragedia*. Signos Vitales. El pulso de México, 2020. Consultado el 28 de agosto 2024. <http://consejoined.com/wp-content/uploads/2020/07/Pandemia-en-México-la-dimensión-de-la-tragedia.pdf>

05

CAPÍTULO

Reflexiones sobre la pandemia COVID-19 desde una perspectiva de género

Lourdes Velázquez Gómez, Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana.

Cuando escucho a la gente tratando de encontrar el lado positivo del distanciamiento social y del trabajo desde casa diciendo que William Shakespeare e Isaac Newton hicieron sus mejores obras mientras que la Inglaterra era devastada por la peste, la respuesta es obvia: ninguno de los dos tenía que ocuparse de los hijos.

Helen Lewis¹

¹ Helen Lewis, "The Coronavirus Is a Disaster for Feminism. Pandemics affect men and women differently", trad. propia, *The Atlantic*, 19 de marzo 2020, <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/feminism-womens-rights-coronavirus-covid19/608302/>

La pandemia de COVID-19 cambió radicalmente algunos de nuestros hábitos: alteró nuestra existencia, mató a nuestros seres queridos, destruyó parte de nuestra economía, provocó la peor crisis que ha asolado al mundo en los últimos años y ocasionó un retroceso en los derechos de la mujer. Como Simone de Beauvoir predijo en su momento: “[...] no olviden nunca que bastará una crisis política, económica y religiosa para que los derechos de la mujer sean cuestionados. Estos derechos nunca se dan por adquiridos, debéis permanecer vigilantes toda vuestra vida”.² Es necesario actuar para no retroceder en los avances logrados en las últimas décadas. Rebatir la pandemia no sólo requiere rectificar desigualdades históricas, sino también construir un mundo resiliente para el interés de todas las personas, con las mujeres como sujeto de recuperación.

Si en términos de efectos directos sobre la salud —fallecimientos y hospitalizaciones— los hombres se vieron algo más afectados por la COVID-19 que las mujeres, el impacto económico y social ha sido mayor en ellas. Las mujeres hemos pagado un precio indirecto de proporciones aún difíciles de predecir, tales como el cierre patronal, la pérdida del trabajo, la violencia y la gestión familiar en escenarios de crisis, además de afrontar todas las cuestiones individuales: ya sea que fueran mujeres y directivas, mujeres y madres, mujeres y maestras o todas estas variables. En el presente trabajo ponderaremos algunas de estas repercusiones.

La brecha de género

Resulta evidente que la pandemia³ no nos ha hecho mejores. Tampoco nos ha hecho más iguales. Tal es el caso de las mujeres. Sabemos hasta qué punto la brecha de género es un problema real incluso en las sociedades más desarrolladas, y conocemos la lucha que se hace —y se hacía incluso antes de la COVID-19— para afirmar principios tan simples y básicos como la igualdad de oportunidades. Lo que sabemos menos, sin embargo, es hasta qué punto la pandemia ha agravado realmente esta situación.

Con frecuencia se ha dicho y escrito que las mujeres son la categoría (aunque considerar a las mujeres como categoría deja bastante que desear) que más ha pagado por la pandemia y por todas sus consecuencias, siendo ellas quienes han tenido que soportar el peso de este acontecimiento tan excepcional. Esta situación ha representado una amenaza para los progresos realizados hasta ahora y un peligro real de caer por debajo del umbral de la pobreza para más de 47 millones de mujeres y niñas, en todo el mundo.

Sabemos bien que las pandemias empeoran las desigualdades a las que ya nos enfrentamos cotidianamente y ésta no es la excepción. En ella, las mujeres hemos sido el grupo más endeble, independientemente de la edad, condición social, etnia o nacionalidad. Y es que la pandemia de la COVID-19, además de afectar la economía y la salud general, en el caso de las mujeres, sumó el cuidado de los “otros” (familia) y aumentó la violencia doméstica. Todo esto, aunado al confinamiento que ha provocado la falta de atención a su salud y la explotación o el abuso sexual, entre

2 Heci Regina Candiani, “Entrevista com a filósofa Kate Kirkpatrick sobre Simone de Beauvoir”, *Revista Ideação* 1, núm. 42 (2020): 332.

3 El coronavirus ha llevado a todo el mundo a afrontar una nueva realidad, en la que es necesario establecer las diferencias entre estos términos: *pandemia* y *epidemia*. Según el *Diccionario de términos médicos* de la Real Academia de Medicina: “Una epidemia es una enfermedad que se propaga por un país durante algún tiempo, mientras que una pandemia se extiende a otros países”. Real Academia Nacional de Medicina de España, “Epidemia y pandemia: diferencias”, *Real Academia Nacional de Medicina de España*, 10 de febrero 2020, <https://ranm.es/2020/02/epidemia-y-pandemia-diferencias/>

otros efectos que deben tenerse en cuenta, así como una mayor propensión a la infección por SARS-CoV-2, debido a que las mujeres representan 70 % del personal médico y de enfermería en todo el mundo —aunque sólo 25 % ocupan cargos de responsabilidad—⁴ segmento de la población en el que se dio el más alto riesgo de contagios por estar mayormente expuesto a la infección.

Asimismo, son mujeres: 95 % de quienes realizan los trabajos del hogar y de cuidados de la familia; 93 % de las nanas de niños y personal de apoyo doméstico; 86 % de las empleadas en trabajos de asistencia personal sanitaria y cuidadoras; 82 % de los trabajadores en las cajas de los supermercados; estas últimas se enfrentaron a la COVID-19 en primera línea durante el periodo en que los únicos negocios abiertos eran los esenciales. Además, 84 % de las mujeres económicamente activas de entre 15 y 64 años trabajan en los servicios de turismo y restauranteros, considerados entre los más afectados por la pandemia. Y alrededor de 30 % trabajan a menudo, medio tiempo, empleadas en la economía informal con menos protecciones y derechos.

De estos datos tomados del *Global Gender Gap Report*⁵ se desprende claramente la presión a la que se vieron sometidas las mujeres durante la pandemia. De hecho, no es casualidad que el término *shecession* se acuñara en los países anglosajones para indicar el mayor impacto en el género femenino, a diferencia de crisis anteriores. Y lo es en muchos sentidos, empezando por la pérdida de empleos y la creciente brecha salarial, terminando por el aumento del trabajo de cuidados no remunerado y un estado del bienestar cada vez más precario. En conjunto, esta pandemia está retrasando el reloj histórico de las mujeres unos cuantos años, si no décadas, lo que evidencia la otra pandemia que debemos combatir: la vulnerabilidad de las mujeres.

Aunque nos cueste trabajo aceptarlo, ahora sabemos que las epidemias futuras serán inevitables y debemos resistir a la tentación de afirmar que la cuestión de género es una cuestión secundaria: “Durante demasiado tiempo, los políticos han dado por sentado que el cuidado de los niños y de las personas de edad avanzada podría ser absorbido por los ciudadanos, especialmente por las mujeres, que de hecho proporcionan un enorme subsidio a la economía oficial. La pandemia debería recordarnos lo equivocada que es esta situación”.⁶

En respuesta a la pandemia, todos los países deben incorporar en las políticas públicas la perspectiva de género con un enfoque interseccional en todas las áreas de gobierno que apunten a disminuir las brechas de género. En otras palabras, es una herramienta de las naciones para garantizar la igualdad de trato, de no discriminación y de oportunidades en la población. Esto implica adaptar las políticas públicas existentes desde una mirada de género e identificar vacíos de política que requieran nuevas intervenciones.

Violencia de género

Al observar las circunstancias y situaciones durante esta terrible pandemia, en las que las mujeres han sido víctimas de violencia de diversa índole, la pregunta obligada es: ¿cuáles son y en qué sectores se presenta con más frecuencia esta violencia?

4 Las mujeres representan 70 % del personal sanitario en el mundo, pero ocupan sólo 25 % de los cargos de responsabilidad. World Health Organization, “10 cuestiones clave para garantizar la equidad de género en el personal sanitario mundial”, *World Health Organization*, 20 de marzo 2019, <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/10-key-issues-in-ensuring-gender-equity-in-the-global-health-workforce>

5 World Economic Forum, *Global Gender Gap Report 2021* (World Economic Forum, 2021), 6, https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf

6 Helen Lewis, “The Coronavirus Is a Disaster...”.

Antes que nada, hay que precisar que la violencia debe entenderse en un sentido general, es decir, no limitado a la violencia física o a los malos tratos (que no es raro), sino que también incluye aquellas formas concretas de restricciones u obligaciones que no pueden evitarse de manera efectiva. En el caso específico de esta pandemia tales formas de violencia han ocurrido especialmente en tres entornos: a) el familiar, b) el laboral y c) el sanitario.

a) Familiar

La familia dependiente de la mujer antes y después de la pandemia

Por lo que respecta al entorno familiar, resulta obvio referirse a los períodos prolongados de confinamiento, en los que los miembros de la misma familia se vieron obligados a permanecer encerrados en sus hogares debido a la cuarentena y a seguir algunas medidas para reducir la movilidad, todo ello para prevenir la propagación del virus. En estos casos, las mujeres, principalmente, tuvieron que exponerse al riesgo de contagio para satisfacer las necesidades de suministro de su familia, ya sea para salir a comprar o recibir proveedores en la entrada de su casa. Ellas se vieron obligadas a reorganizar su tiempo entre el trabajo, el cuidado del hogar, la gestión de las actividades escolares y de entretenimiento de sus hijos y, a menudo, el cuidado de los adultos mayores de la familia, no autosuficientes o con discapacidades. Esto es muy importante, pues no podemos ignorar el hecho de que las mujeres, en particular, se han preocupado más por proteger a los miembros de su familia de una posible infección, lo que las ha expuesto a un mayor desgaste físico y emocional.

Por añadidura, cuando no pudieron acudir al lugar de trabajo y tuvieron que recurrir al trabajo remoto o en línea realizado desde casa, su carga laboral se vio duplicada al tener que agregar las tareas domésticas —que no siempre se pueden confiar a otra persona— a las profesionales. Como ya se ha mencionado, en muchos casos las mujeres también tuvieron el compromiso de apoyar a los hijos en edad escolar, quienes, al no poder ir a la escuela, se vieron en la necesidad de utilizar procedimientos y herramientas informáticas con la indispensable ayuda de los padres y en particular de las madres. Y esto también implicó el riesgo de perder el empleo o de ver reducidos los ingresos.⁷

Todo esto sin mencionar la sensación de claustrofobia que ha producido la convivencia de muchas personas en espacios reducidos y que ya ha sido objeto de estudios psicológicos. Es un hecho que la convivencia prolongada y forzada puede conducir a la acentuación de las diferencias de temperamento y al aumento de las tensiones que pueden llevar al maltrato físico real, incluso hasta llegar a convertirse en asesinatos, de los que, a menudo, las mujeres han sido víctimas. Este incremento de violencia física y psicoemocional perpetrada contra la mujer por la pareja o el esposo, provocadas por el contacto constante y continuado con el agresor y, además, favorecido por el aumento de consumo de bebidas alcohólicas o sustancias estupefacientes, tristemente, se ha dado en todo el mundo. Y es probable que la COVID-19 cause una considerable reducción en el progreso hacia el fin de la violencia contra la mujer. Resulta muy importante por ello no bajar la guardia, garantizando que los sistemas judiciales sigan procesando y castigando a los abusadores;

7 Tiziana Bartolini, "Covid-19 e forme di violenza sulle donne nel mondo. Intervista a Lourdes Velázquez", *NOIDONNE*, 28 de julio 2020, <https://www.noidonne.org/articoli/covid-19-e-forme-di-violenza-sulle-donne-nel-mondo-intervista-a-lourdes-velzquez.php>

evitando la liberación de prisioneros condenados por cualquier tipo de violencia contra la mujer, lo que sucedió en algunos países por la amnistía, y promoviendo el incremento de las campañas de concienciación pública, en particular las dirigidas a varones y niños.

b) Laboral

Entre las razones que he mencionado hay al menos una de carácter muy general que, en mi opinión, une a las mujeres del mundo con respecto a este rango de violencia y es el hecho de que incluso hoy, en el mundo, se considera que la posición laboral de las mujeres es de un nivel inferior a la de los varones. En muchos sectores profesionales, las diferencias salariales y los niveles jerárquicos privilegian claramente a los varones sobre las mujeres.

A pesar de los esfuerzos mundiales para poner a la población femenina en situación de igualdad, las mujeres, en general, son empleadas en trabajos precarios o "informales"; es decir, que no están protegidas por contratos o compromisos que tengan reconocimiento legal u otros beneficios. Los datos demuestran que cerca de 60 % de las mujeres del mundo trabaja de manera informal, gana menos, ahorra menos y está en mayor riesgo de caer en la pobreza. A esto se suma que el cierre de negocios dejó a millones de mujeres sin empleo. Lo que significa que una mujer que realiza uno de estos trabajos tiene más probabilidades de perderlo repentinamente, sin protección ni indemnización, por lo que se ve obligada a adaptarse a cualquier trabajo para asegurarse un ingreso que, en muchos casos, es el único o el principal con el que puede contar la familia. No olvidemos que muchas son jefas de familia de hogares monoparentales, los que, en su mayoría, son sostenidos por mujeres, quienes durante la pandemia se han empobrecido de una forma acelerada. Basta pensar en la vasta población multiétnica de empleadas del hogar y cuidadoras que viven en estas condiciones y que, además, están más expuestas al riesgo de contagio porque, como ya lo hemos mencionado antes, ellas suelen ser quienes mantienen el contacto con el mundo exterior.

También en el caso de los varones conocemos prácticas de explotación y contratación ilegal que utilizan la mano de obra de inmigrantes indocumentados. Pero en el caso de las mujeres este fenómeno se ha convertido ahora en una suerte de solución a una crisis social en muchas sociedades, es decir a la falta de personal de servicio doméstico y de personas enteramente dedicadas al cuidado de las personas mayores.

Hay que destacar que esta inferioridad y precariedad de deberes se traduce fácilmente en abusos y malos tratos, de diversa índole, por parte de "jefes" o "superiores", sean varones o mujeres. Es inútil negarlo, las mujeres siguen padeciendo diferencias sustanciales en el plano laboral y social, y el debate público sobre los efectos de la covid en el género femenino puede ayudarnos a centrarnos en las desigualdades de género. De hecho, son señales alentadoras las conversaciones en línea, en las que parece que los ciudadanos no han olvidado la cuestión de la igualdad entre hombres y mujeres, y la están investigando a fondo. Ya hemos visto que sobre el tema del "trabajo inteligente" emergían argumentos referidos a las diferentes condiciones de hombres y mujeres, sobre todo laborales, pero al revisar los datos referidos a las búsquedas de Google y a las conversaciones de Twitter podemos ver cómo el tema de la igualdad de género ha sido muy discutido, incluso durante el periodo covid.

Y aunque el "trabajo inteligente", al principio de la pandemia, resultó una tabla de salvación para muchas, con el tiempo se convirtió en toda una odisea. Los signos y las consecuencias de la

pandemia en el bienestar mental de las mujeres son evidentes. Por un lado, el “trabajo inteligente” ha sido una ocasión para el crecimiento y el desarrollo de un mayor vínculo con la familia, así como una oportunidad para que los hijos sean más conscientes del trabajo de sus padres; por otro, las dificultades que han experimentado para conciliar trabajo y familia se han vivido de forma muy negativa, con emociones como el miedo y sentimientos de culpa, rechazo, inadecuación y fatiga. Cuando trabajan desde casa, al no tener desplazamientos ni encuentros sociales de camino a la oficina, las mujeres se sumergen en el trabajo de forma muy beneficiosa desde la primera hora de la mañana y luego hacen una pausa más larga durante la hora de comer y terminan el trabajo a su hora. En cambio, cuando trabajan en una oficina, es más frecuente que las horas de trabajo se prolonguen más tarde de lo previsto. Pero, cuando están en casa, la calidad del trabajo de las mujeres se deteriora porque con frecuencia, se ven interrumpidas por asuntos familiares, se ocupan solas de las tareas domésticas (63 %) y atienden las actividades escolares de los hijos.

Sobre la cuestión del “trabajo inteligente” emergen temas referidos a las diferentes condiciones, sobre todo laborales, de hombres y mujeres, pero al revisar los datos referidos en las búsquedas de Google y las conversaciones de Twitter podemos ver cómo —incluso durante el periodo covid— el tema de la igualdad de género ha sido muy discutido. Una verdadera transformación de lo anteriormente expuesto requeriría la inversión de más recursos financieros y, sobre todo, de una nueva actitud cultural y política que vaya más allá de las cuestiones de conciliación de la vida laboral y familiar, que siguen considerándose un problema exclusivamente femenino. Habría que poner en práctica otros planteamientos: una perspectiva de género transversal que reconozca a las mujeres como un grupo heterogéneo, que se centre en rediseñar los horarios y las formas de trabajo, así como el funcionamiento de los sistemas de enseñanza, que aborde la escasez de visiones feministas en los lugares de poder y que sepa contrarrestar enérgicamente la violencia contra las mujeres.

c) Sanitario

Trabajadoras sanitarias de primera línea

La dimensión laboral no es la única. La combinación de las medidas de bloqueo y la reducción de los fondos normalmente asignados a las políticas de bienestar han provocado, en muchos países, una reducción del acceso a la atención sanitaria, cuando ésta no está relacionada con la pandemia, y con la dificultad de recibir asistencia. Estos efectos “indirectos” se suman a los directos en términos de enfermedad, aislamiento y pérdida de vidas.

Considerando el ámbito sanitario, en concreto las instalaciones de atención médica, debemos tener presente que son mujeres una parte del personal médico directamente involucrado en las unidades para la atención de COVID-19 y sus terapias. Asimismo, es femenino la gran mayoría del personal de enfermería, al igual que el de servicio de limpieza de los hospitales, quienes, dicho sea de paso, no han sido suficientemente reconocidas. Y dado que las mujeres representan un alto porcentaje del personal de primera línea en el sector sanitario (70 % globalmente), se debería prestar mayor atención a su salud y a sus necesidades psicosociales como trabajadoras sanitarias, y a cómo su entorno de trabajo puede exponerlas a la discriminación.

La gestión de la pandemia de COVID-19 se ha convertido en un “gran indicador del problema de la falta de liderazgo” con perspectiva de género, en el campo de la salud, que debemos cambiar. Tenemos las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que han sido acordadas por los Estados miembros. Sabemos qué hacer. Hemos de pasar de las palabras a los hechos para apoyar a las enfermeras y en general al personal sanitario. A este respecto, el director general del Consejo Internacional de Enfermeras, Howard Catton, ha declarado:

El valor de las enfermeras nunca ha sido más claro, no sólo para nuestros sistemas sanitarios, sino también para nuestra paz y seguridad global. Tampoco podría quedar más claro que no se está haciendo suficiente para proteger a las enfermeras y otros trabajadores sanitarios, puesto que trágicamente han fallecido más de 180 mil a causa de la COVID-19. No debemos tener miedo a denunciar que es una cuestión política, dado que existen políticas para rectificar esta lamentable situación si bien no se están aplicando.

La magnitud de la escasez mundial de enfermería en todo el mundo es una de las mayores amenazas para la salud a nivel global, pero los gobiernos no están concediéndole la atención que merece. El acceso a la atención de salud es un aspecto central de una sociedad segura, protegida, económicamente exitosa y equitativa, pero no se consigue sin suficientes enfermeras para prestar los cuidados necesarios. En este sentido, los gobiernos deben priorizar urgentemente la inversión en enfermería y en personal sanitario de forma proporcional a su importancia para el futuro de las sociedades en todas partes.⁸

En el interesante documento titulado: *Invertir en enfermería y respetar los derechos para garantizar la salud global*, publicado por el Consejo Internacional de Enfermería, en el 2022, se examina la carga adicional que la pandemia ha supuesto para los sistemas de salud y la fuerza laboral de enfermería, y pone de relieve los riesgos y la falta de protección de la profesión. En el informe aparecen datos muy importantes que debemos tener presentes. Algunos de ellos son los siguientes:

- Aproximadamente 20 % de las enfermeras en Japón han denunciado haber sufrido discriminación o prejuicios durante la propagación del virus. En Estados Unidos, 64 % de las enfermeras se han sentido sobrepasadas y 67 % han denunciado dificultades para conciliar el sueño.
- Las trabajadoras del ámbito sanitario, en especial el personal de enfermería, tienen más probabilidades que otros de verse expuestas a comportamientos ofensivos, sobre todo acoso sexual. En Estados Unidos, se ha estimado que las tasas de violencia de pacientes hacia trabajadoras de la salud eran 16 veces superiores que en cualquier otra profesión de servicios.
- En África Occidental, el riesgo de contagio de las trabajadoras sanitarias era entre 21 y 32 veces superior al de la población general adulta.
- A causa de la escasez y el envejecimiento de la fuerza laboral de enfermería, y el creciente *Efecto COVID-19*, el Consejo Internacional de Enfermería calcula que harán falta hasta 13 millones de enfermeras para cubrir la escasez global en el futuro.⁹

8 David Stewart et al., *Enfermería, una voz para liderar: invertir en enfermería y respetar los derechos para garantizar la salud global* (Consejo Internacional de Enfermeras, 2022), 9, https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-05/IND_2022_Report_ES.pdf

9 Consejo Internacional de Enfermeras, “La mayor amenaza para la salud global es la escasez de fuerza laboral”, *Consejo Internacional de Enfermeras*, 12 de mayo 2022, consultada el 20 de septiembre 2024 <https://www.icn.ch/es/noticias/la-mayor-amenaza-para-la-salud-global-es-la-escasez-de-fuerza-laboral-consejo>

No es momento de lamentarse, sino de actuar para afrontar la seguridad en el lugar de trabajo, proteger al personal sanitario, especialmente femenino, y salvaguardar la salud física y mental de quienes lo han dado todo en su lucha contra la COVID-19 y que, sin embargo, siguen padeciendo falta de protección, cargas de trabajo pesadas y sueldos bajos.

Violencia obstétrica

Es interesante notar que, entre las razones del aumento de la violencia contra las mujeres durante el periodo de emergencia a causa de la pandemia de coronavirus, se encuentra lo que ahora se denomina “violencia obstétrica”, forma de violación a los derechos humanos de las mujeres en la que confluyen la violencia institucional y la de género. El término indica todas aquellas carencias y limitaciones que muy a menudo acompañaron el periodo del embarazo, parto y puerperio de la mujer en la situación de pandemia: ecografías, controles, análisis en los servicios de salud —públicos y privados—, que antes eran rutinarios y que durante la pandemia se omitieron muchas veces por diversas circunstancias relacionadas con la imposibilidad de practicarlos, ya sea por razones vinculadas a la disponibilidad del personal o por las dificultades de las mujeres embarazadas para acceder a las estructuras asignadas para este fin.

La necesidad de racionalizar los partos y programarlos según un calendario preestablecido se incrementó considerablemente, lo que produjo un aumento anormal de cesáreas, mientras que las precauciones de aislamiento para evitar contagios redujeron la posibilidad de admitir la presencia de familiares en torno a la gestante.¹⁰ Por lo anterior, muchas mujeres estuvieron solas en la sala de parto y en un contexto de miedo —casi pánico— por estar en instituciones donde la circulación del virus era mayor y, en ocasiones, sin un manejo claro, preciso y seguro con respecto a lo epidemiológico; donde eran obligadas a parir en posiciones difíciles y fatigosas y los recién nacidos eran separados de sus madres sin ningún motivo médico. Todo ello por no hablar de situaciones más excepcionales, como las de terapias fetales o asistencia a recién nacidos en condiciones de vida precarias, que hoy encuentran dificultades particulares sin precedentes, precisamente por las medidas impuestas por la pandemia que, una vez más, acabaron siendo una forma de la violencia contra la mujer.

Conclusiones

El impacto negativo en materia de género de este tipo de emergencias es especialmente notable, recurrente y complejo, por lo que requiere un análisis específico. No sólo es importante hacer un seguimiento epidemiológico de la infección, también es fundamental analizar los factores económicos, psicológicos y sociales asociados. Las consecuencias de la pandemia de COVID-19 requieren un análisis multidisciplinario que atienda a la diversidad de sus consecuencias y considere las secuelas a largo plazo.

La repercusión desproporcionada de la pandemia sobre la igualdad de género se debió a la combinación fatal de dos elementos: por un lado, la desventaja estructural preexistente a la que se enfrentan las mujeres en diversos ámbitos de la vida social, como la brecha entre el empleo femenino y el masculino, que ya era alarmante antes de la pandemia, no sólo por los niveles mucho

10 Tiziana Bartolini, “Covid-19 e forme di violenza...”.

más altos de desempleo entre las mujeres que entre los hombres, sino también porque, con mayor frecuencia, las mujeres están empleadas sobre la base de contratos a tiempo parcial o de duración determinada, que son los más afectados en tiempos de crisis. Por otra parte, el impacto negativo de la pandemia fue causado por la falta de preparación de los países para enfrentar la emergencia y para poner en marcha, como exigen las obligaciones internacionales específicas, medidas de protección para apoyar y corregir los efectos negativos de las medidas de contingencia sobre las categorías menos protegidas, como las mujeres.

En las últimas décadas, en el mundo ha habido avances hacia el logro de la igualdad de género: más niñas van a la escuela y se gradúan; menos mujeres dejan sus trabajos después del matrimonio o cuando tienen hijos; más mujeres están en el parlamento y ocupan puestos de mando; se han aprobado leyes o se han reformado para promover la igualdad de género. No obstante, gran parte de ese progreso orientado hacia la igualdad de género comenzó a flaquear drásticamente durante la pandemia de COVID-19 que, como se mencionó a lo largo del texto, fue vivida con mayor dificultad por las mujeres.

Por lo anterior, la reconstrucción poscoronavirus representa una oportunidad única, no sólo para neutralizar el retroceso de los derechos de la mujer causado por la pandemia, sino también para promover la igualdad de género como condición previa para una sociedad más equilibrada, próspera, justa y resistente. Esto sólo es posible si en la fase de reconstrucción los Estados involucran a hombres y mujeres —en pie de igualdad— en el diseño y la ejecución de los planes de recuperación y reconstrucción, y ponen en marcha financiación y políticas de apoyo a la igualdad de género; por ejemplo: al reforzar las obligaciones legales sobre igualdad de condiciones contractuales con las sanciones; los mecanismos preferenciales en el acceso y la promoción profesional; los servicios de cuidados y guarderías; estableciendo permiso de paternidad obligatorio, etcétera. No obstante, debe quedar claro que el enfoque de género debe caracterizar todas las medidas y políticas de recuperación. Esto significa, por ejemplo, que cuando se prevea una financiación sustancial para sectores actualmente dominados por el empleo masculino (como la economía verde y la economía digital), será indispensable adoptar medidas correctoras para evitar que se agrave la desproporción en el empleo; por ejemplo, centrándose en la formación específica de la mano de obra femenina necesaria para trabajar en estos sectores y en la aplicación de medidas preferenciales para facilitar la entrada de las mujeres en estos ámbitos.

Habiendo tenido la oportunidad de entrar en contacto con muchas situaciones y personas, en particular mujeres de diversas partes del mundo, he observado que, en muchos casos, estas formas de violencia las sufren con resignación, es decir, como el precio que pagan por sobrevivir, para ayudar a la familia o para asegurar una pequeña base económica que les de independencia con el fin de ascender en la escala social o ayudar a los hijos para que lo hagan.

Por otro lado, he notado un creciente sentido de rebelión contra la discriminación femenina y una especie de orgullo por pertenecer al “género” que quiere y puede reclamar sus derechos. La ideología del género nació de este impulso, según el cual los conceptos de hombre y mujer son simples construcciones sociales, negando las raíces biológicas, fisiológicas o psicológicas que, de hecho, caracterizan a los dos sexos, y subrayando su complementariedad, sin construir discriminación contra cualquier ser humano. En particular, es parte de esta perspectiva considerar también las responsabilidades que tenemos con las generaciones futuras, y resulta muy alentador saber que nuestros hijos y los hijos de nuestros hijos forman parte de ellas y pueden dar continuidad y

esperanza al futuro, en vez de regresar a un estado previo a esta pandemia que nos ha marcado como sólo las grandes guerras y revoluciones lo habían hecho.¹¹ Creo que es una esperanza que todo esto nos, aunque pueda ser relativamente utópica, quizás ingenua. Sin embargo, pienso que el impacto es de tal magnitud y globalidad que se producirán cambios positivos en los diferentes países. El tiempo dirá si lo que aprendimos se tradujo o no en cambios sustanciales.

Queda mucho camino por recorrer para lograr la igualdad de género en México y el mundo. La crisis generada por la pandemia del COVID-19 podría haber sido una valiosa oportunidad para replantearse los enfoques y medidas existentes a fin de mejorar la situación de la mujer. En cambio, el panorama general que se presenta hoy en día muestra cómo las políticas aplicadas durante el periodo de emergencia tuvieron poco en cuenta la dimensión de género de la crisis en sus diversos aspectos sanitarios, económicos, laborales y sociales. De hecho, las medidas adoptadas durante ese periodo muestran una considerable continuidad con los instrumentos anteriores a la pandemia. Las innovaciones, cuando las hubo, como lo hemos ya señalado, fueron de carácter urgente y temporal, revelando así una falta de voluntad para abordar las causas profundas y estructurales de las desigualdades de género en el país.

11 Lourdes Velázquez, "Algunas formas de violencia contra las mujeres en el mundo durante la pandemia", *Carta de México*, 28 de agosto de 2020, <https://www.cartademexico.com/web/articulo.php?id=23338>

Bibliografía

Adeagbo, Morolake Josephine. "COVID-19 Pandemic: Mothers are also frontliners". Junio 2020. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.29617.81769>

Bartolini, Tiziana. "COVID-19 e forme di violenza sulle donne nel mondo. Intervista a Lourdes Velázquez". *NOIDONNE*, 28 de julio 2020, <https://www.noidonne.org/articoli/covid-19-e-forme-di-violenza-sulle-donne-nel-mondo-intervista-a-lourdes-velzquez.php>

Beauvoir, Simone de. *El segundo sexo*. Cátedra, 2017.

Consejo Internacional de Enfermeras. "La mayor amenaza para la salud global es la escasez de fuerza laboral". *Consejo Internacional de Enfermeras*, 12 de mayo 2022. <https://www.icn.ch/es/noticias/la-mayor-amenaza-para-la-salud-global-es-la-escasez-de-fuerza-laboral-consejo>

Kulic, Nevena, Giulia M. Dotti Sani, Susanne Strauss y Luna Bellani. "Economic disturbances in the COVID-19 crisis and their gendered impact on unpaid activities in Germany and Italy." *European Societies* 23 (sup1): S400-416. Febrero 2021. <http://doi.org/10.1080/14616696.2020.1828974>

Lewis, Helen. "The Coronavirus is a Disaster for Feminism. Pandemics affect men and women differently". *The Atlantic*, 19 de marzo 2020, <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/feminism-womens-rights-coronavirus-covid19/608302/>

Médicos y pacientes. "Las mujeres son el 70 % del personal sanitario mundial pero ocupan sólo el 25 % de los cargos de responsabilidad". *Médicos y pacientes. Portal informativo de la Organización Médica Colegial de España*, 20 de diciembre de 2022. <https://www.medicosypacientes.com/articulo/las-mujeres-son-el-70-del-personal-sanitario-mundial-pero-ocupan-solo-el-25-de-los-cargos/>

Real Academia Nacional de Medicina de España. "Epidemia y pandemia: diferencias". *Real Academia Nacional de Medicina de España*, 10 de febrero 2020, <https://ranm.es/2020/02/epidemia-y-pandemia-diferencias/>

Stewart, David, Howard Catton, Michelle Acorn, Erica Burton, Hoi Shan Fokeladeh, Colin Parish y Lindsey Williamson. *Enfermería: una voz para liderar. Invertir en enfermería y respetar los derechos para garantizar la salud global*. Consejo Internacional de Enfermeras, 2022. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-05/IND_2022_Report_ES.pdf

Velázquez, Lourdes. "Algunas formas de violencia contra las mujeres en el mundo durante la pandemia". *Carta de México*, 28 de agosto 2020. <https://www.cartademexico.com/web/articulo.php?id=23338>

Villa, Paola. "La pandemia ha colpito il lavoro delle donne". *inGenere*, 22 de marzo 2021. <https://www.ingenere.it/articoli/la-pandemia-ha-colpito-il-lavoro-delle-donne>

World Economic Forum. *Global Gender Gap Report 2021*. World Economic Forum, 2021. https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf

World Health Organization. "10 cuestiones clave para garantizar la equidad de género en el personal sanitario mundial". *World Health Organization*, 20 de marzo 2019. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/10-key-issues-in-ensuring-gender-equity-in-the-global-health-workforce>

06

CAPÍTULO

Tanatopolítica en la emergencia por COVID-19: el intento de instaurar una guía para asignación de recursos en situación de contingencia

Carolina Consejo y Chapela. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social.¹

¹ Las perspectivas, posturas y opiniones del presente capítulo son personales y no representan las de la Universidad Nacional Autónoma de México ni las del Instituto Mexicano del Seguro Social, instituciones en las que laboreo.

Como lo plantean Kathrin Knochel y colaboradores, el debate filosófico en torno a la justicia distributiva y asignación de recursos médicos escasos, derivados de la experiencia vivida en el mundo al enfrentar la pandemia por COVID-19, sigue vigente, ya que a pesar de que en algunas regiones se alcanzaron consensos, la atención dirigida al tema por la pandemia no resolvió las discusiones en muchos de los casos.²

Knochel relaciona este fenómeno con la “heterogeneidad ética” de los grupos colegiados que asesoraron al triaje internacional, a tal punto que se comenzó a hablar de la necesidad de crear “marcos referenciales multivalores”. La autora considera que no contar con un referente claro que pudiera implementarse en la práctica, hizo más grande el desafío para los profesionales de la salud en todo el mundo. El debate teórico sobre el triaje todavía está en curso sin haber alcanzado con claridad un consenso sobre cómo se deben asignar de manera justa los recursos escasos.

En México, la publicación en los medios oficiales del Consejo de Salubridad General (csg) del proyecto para elaborar una guía para asignación de recursos en situación de contingencia, implicó la elaboración de políticas sobre la muerte, y se fundamentó en criterios de justicia distributiva, fuertemente criticados por su impacto sobre los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, dignidad y vulnerabilidad de las personas.

Este capítulo establece como caso de análisis la publicación de la guía mencionada, desde los principios de autonomía, beneficencia no maleficencia y justicia establecidos en el Informe Belmont³ y desarrollados por Tom Beauchamp y James Childress.⁴ Se analizan también sus políticas sobre la vida y la muerte⁵ en el escenario de las relaciones de poder establecidas en el contexto de una emergencia sanitaria.

Una guía bioética para la asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia en el contexto de la pandemia por COVID-19

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (oms) declaró la existencia de una pandemia que representaba una emergencia de salud pública internacional, dado el incremento en el número de casos detectados en el mundo, derivados del brote del virus en la ciudad de Wuhan el 31 de diciembre de 2019. Ante este escenario, el 19 de marzo, el Consejo de Salubridad General (csg) llamó a una sesión extraordinaria en la cual acordó reconocer a la epidemia de COVID-19 por el virus SARS-CoV2 en México como una enfermedad grave de atención prioritaria, declarándose en sesión permanente hasta nuevo aviso.

El 31 de marzo de 2020, el csg, en el marco de su sesión ordinaria encabezada por el presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador, reconoció como “emergencia sanitaria por causa

2 Kathrin Knochel et al., “Translating theories of justice into a practice model for triage of scarce intensive care resources during a pandemic”, *Bioethics* 38, núm 3. (2023): 1-10, <https://doi.org/10.1111/bioe.13198>

3 National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research, *The Belmont Report*, 1979, https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

4 Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 7a. ed. (Oxford University Press, 2012).

5 Michel Foucault, *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979* (Picador, 2010).

de fuerza mayor” a la “epidemia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2”. Se anunciaron medidas extraordinarias aplicables para todo el territorio nacional, suspendiendo de forma inmediata “las actividades no esenciales en los sectores público, privado y social”, en un intento de “mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV-2 en la comunidad, y “disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y muerte por COVID-19 en la población residente en el territorio nacional”.⁶

El csg es un órgano colegiado que depende directamente del presidente de la República y tiene el carácter de autoridad sanitaria con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que emita son de carácter general y obligatorias en el país.⁷ Por lo anterior, puede emitir:

“[...] disposiciones de carácter obligatorio en materia de salubridad general en todo el país mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal, para fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud hacia el cabal cumplimiento del artículo cuatro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.”⁸

Frente a la evidente saturación de los servicios de salud y la incapacidad de respuesta por recursos de salud e insumos insuficientes que comenzaron a reportar diferentes países azotados por la llegada del virus, el 16 de abril, el csg anunció la autorización de la publicación en el sitio electrónico del propio Consejo el documento denominado Proyecto de Guía para Asignación de Recursos Médicos en Situación de Contingencia, con el fin de “darlo a conocer para observaciones y comentarios, no sólo de la comunidad médica, sino también de la opinión pública”.⁹

En una conferencia de prensa vespertina del mismo 16 de abril de 2020, el secretario del csg explicó que la Guía buscaba “establecer un mecanismo de triaje” que garantizara “imparcialidad, objetividad, aplicación de criterios científicos y bioéticos para determinar prioridades de pacientes frente a recursos evitados (sic) o recursos escasos, busca eliminar total discrecionalidad, influentismo, amiguismo, recomendaciones y acciones”. Explicó que el documento pretendía ser “un instructivo [...] para orientar, aplicar, cuando administrativamente se requieran acciones que presenten un dilema”, al establecer un sistema de puntuación que permitiera categorizar las prioridades de atención frente a recursos insuficientes.¹⁰

El funcionario aseguró que la Guía pretendía “proveer los elementos a los profesionales de salud en las decisiones con recursos escasos y liberar a los profesionales de salud que atienden

6 Secretaría de Salud, “Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19”, 31 de marzo de 2020, <https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301>

7 Consejo de Salubridad General, *Misión y Visión*, 01 de enero de 2023, consultado el 22 de abril 2025, <https://www.gob.mx/csg/articulos/consejo-de-salubridad-general-366737?state=published>

8 Secretaría de Salud, “092. Se declara en sesión permanente el Consejo de Salubridad General”, 19 de marzo de 2020, consultado el 22 de abril 2025, <https://www.gob.mx/salud/prensa/092-se-declara-en-sesion-permanente-el-consejo-de-salubridad-general>

9 Secretaría de Salud, “108. Se presentará propuesta de Guía para asignación de recursos en situación de contingencia a vocales del csg”, 16 de abril de 2020, consultado el 22 de abril 2025, <https://www.gob.mx/salud/prensa/108-se-presentara-propuesta-de-guia-para-asignacion-de-recursos-en-situacion-de-contingencia-a-vocales-del-csg?idiom=es>

10 Presidencia de la República, Gobierno de México, “Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”, 11 de junio de 2021, consultado el 22 de abril 2025, <https://www.gob.mx/salud/prensa/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-274416>

directamente al paciente de la carga psicológica para la ejecución de un acto inevitable ante una disyuntiva entre dos o más personas infectadas".¹¹

Para ello se establecerían equipos de triaje, quienes "asignarán los recursos escasos de medicina crítica" y estarían conformados de la siguiente forma:¹² un oficial de triaje (un médico intensivista o un médico urgenciólogo), un segundo oficial de triaje (un profesional de la enfermería intensivista o de urgencias médicas) y un administrador del centro de salud.

Dentro de las funciones exclusivas del oficial de triaje se encontraba la supervisión de todo el proceso de éste: evaluar todos los expedientes de pacientes que podrían ser admitidos a una unidad de cuidados intensivos y la asignación a cada paciente de una prioridad de admisión; ésta se registraría en una lista y se le comunicaría al personal a cargo de la admisión de la unidad de cuidados críticos, así como al médico tratante. Esto implicaría que tanto las decisiones sobre dicha prioridad como la comunicación a los familiares y pacientes no se encontrarían en las manos y responsabilidad del médico directamente responsable de la atención.

En un comunicado de prensa el CSG¹³ aseguró que se trataba de "un documento vivo", y "muy dinámico por las diversas aportaciones que lo habían enriquecido", y que "con satisfacción" comunicaban a la sociedad "que el citado proyecto estaba concluido". La forma de presentación generó confusión a nivel operativo y en algunas unidades médicas se comenzó a tomar como referente. Pero de forma inmediata sus contenidos despertaron diversas preocupaciones éticas por parte de grupos académicos y medios de comunicación, ya que entre otras cosas se establecía un sistema cuestionable de asignación de recursos mediante el cual se podría justificar el retiro de ventiladores que sostenían la vida de pacientes graves con bajos puntajes de sobrevivencia, aún en contra de la voluntad de los propios pacientes y de sus familiares. Un agravante que presentaron los críticos fue que de aprobarse y publicarse en el *Diario Oficial de la Federación* podría entenderse como obligatoria.

Poco después de su publicación, y entre fuertes críticas divulgadas por los medios y redes sociales, el CSG eliminó el documento inicial de su sitio web para el 30 de abril subir una versión titulada: *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*. En la primera nota a pie de página de este documento se advertía al lector lo siguiente: "Las personas que proponen esta guía, como coordinadoras o colaboradoras, lo hacen a título personal y no representan de ninguna forma posiciones de las instituciones a las que pertenecen".¹⁴

Análisis del proyecto de guía para asignación de recursos médicos en situación de contingencia

Como definición operativa del término *bioética* con fines del presente análisis, adoptaremos la propuesta por Warren Thomas Reich: "Estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo la

11 Secretaría de Salud, "108. Se presentará propuesta de Guía para asignación de recursos ...".

12 Ibidem.

13 Ibidem.

14 Consejo de Salubridad General, *Guía bioética de asignación de recursos de medicina crítica*, consultado el 22 de abril 2025, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/550962/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf

visión moral, decisiones, conductas y políticas de las ciencias de la vida y de la atención a la salud, que emplea una diversidad de metodologías éticas en el contexto de la interdisciplinariedad".¹⁵

En congruencia con la perspectiva establecida por la Comisión Nacional de Bioética en el contexto nacional, entenderemos la bioética como “la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afecten la vida en el planeta, tanto en la actualidad, como en futuras generaciones”.¹⁶

Retomaremos también la definición de “ética médica” propuesta por Robert Veatch,¹⁷ como un campo disciplinario derivado de la bioética que estudia los conflictos éticos que se presentan en el contexto de la medicina y en la investigación biomédica.

Metodologías para el análisis bioético

Partiremos del análisis bioético de la propuesta inicial de *Guía para asignación de recursos médicos en situación de contingencia*, que en lo sucesivo denominaremos Guía; incluiremos una perspectiva de bioética para el contexto de los sistemas públicos de salud sugerida por la Unesco,¹⁸ en la que se recomienda partir de los siguientes pasos:

1. Identificar los hechos clínicos o técnico/médicos del caso.
2. Identificar la perspectiva de los diferentes involucrados.
3. Formular los problemas bioéticos identificados.
4. Enlistar los posibles riesgos y beneficios para los pacientes a corto y largo plazo.

Para los fundamentos teórico-metodológicos, se incluye una metodología para el análisis de casos y problemas bioéticos que puede incluir más de un enfoque teórico.¹⁹ En primera instancia, retomamos perspectivas que establecen *a priori* principios éticos establecidos en el Informe Belmont²⁰ y en la obra de Beauchamp y Childress *Principios de Bioética Médica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia*.²¹ Se suman los principios del proyecto BIOMED II, de la comunidad europea:²² dignidad y vulnerabilidad. Dado que una de las debilidades señaladas sobre el uso de estas teorías de principios es la posibilidad de que puedan entrar en tensión entre sí, como cuando se considera que una decisión suficientemente fundamentada que busca “beneficiar” a una perso-

15 Warren Thomas Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, 3ra. ed, ed. Stephen G. Post (Thomson/Gale, Macmillan Reference, 1995).

16 Comisión Nacional de Bioética, *Guía Nacional Para el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, 5ta. ed., (2015), consultado el 7 de abril 2025, https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Página_con_forros.pdf

17 Robert M. Veatch, *Medical Ethics*, 2da. ed. (Jones and Bartlett Publishers, 1997).

18 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco, *Guide No. 2. Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies*, 2005, consultado el 22 de abril 2025, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392>

19 Comisión Nacional de Bioética, *Guía nacional para el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*.

20 National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research, *The Belmont Report*.

21 Beauchamp y Childress, *Principles of Biomedical Ethics*.

22 Jacob Dahl Rendtorff, “Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability-Towards a foundation of bioethics and biolaw”, *Medicine, health care, and philosophy* 5, (2002): 235-244, <http://doi.org/10.1023/a:1021132602330>

na puede llevar a hacerlo sobre su autonomía si se partiera de que podría no tener el conocimiento médico técnico para tomar alguna postura válida. Para ello se añaden las aproximaciones de Diego Gracia²³ para la ponderación de principios introduciendo la noción de que “el juicio ético debe establecerse *a posteriori* una vez evaluadas las consecuencias que se pueden predecir como probables o seguras (consecuencialistas o teleólogos)”.

Diego Gracia realiza un abordaje analítico integral que combina los métodos descritos, señalando la existencia de diferentes “niveles” de problematización, según el contexto en el cual se presente el problema. Reconoce que el conflicto ético en los hospitales suele estar en el nivel de los principios y las consecuencias, y tiene que ver con la posibilidad o no de realizar ciertas acciones técnicas, siendo entonces el método de principios y consecuencias el ideal para el análisis y toma de decisiones. Ante la posibilidad de que uno o más principios puedan entrar en conflicto plantea la existencia de principios de primer y segundo orden, lo que permite atender con prioridad a los principios de primer orden.

Para el caso específico relacionado con la asignación de recursos para el soporte vital avanzado y el acceso a las unidades de cuidados intensivos en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19, recuperaremos algunos elementos del documento “The Hastings Center Guidelines For Decision on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life”.²⁴

Análisis

El siguiente análisis se centra en el contexto de toma de decisiones para la asignación o retiro de ventiladores para el soporte vital avanzado en la atención del paciente crítico con COVID-19.

1. El contexto clínico/técnico/epidemiológico

A raíz del surgimiento de epidemias tales como las del virus del SARS y del ébola, ya se argumentaba que los marcos unificados que respaldan la integración de datos clínicos y biológicos eran fundamentales para respaldar la generación de evidencia para la prevención, preparación, mitigación y respuesta de futuras pandemias.²⁵ Sin embargo, al inicio de la pandemia, el conocimiento sobre la historia natural de la enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2 era sumamente escaso, al igual que la efectividad de las intervenciones tanto para su prevención como para la atención.

En el contexto de una emergencia mundial de salud pública, el rápido aumento de casos graves llevó a la saturación de los hospitales en todo el mundo, a la ruptura de las cadenas de distribución y escasez de recursos para la atención, lo cual, junto con la falta de acceso a personal de salud capacitado, provocó la muerte de miles de personas. Esto obligó a establecer un esfuerzo internacional para recopilar y compartir rápidamente evidencia científica y conocimientos empíricos para el diagnóstico clínico, la gestión y el tratamiento de COVID-19.

Si bien se establecieron estudios internacionales de gran escala, la mayoría de la evidencia publicada al comienzo de la pandemia partía de los reportes de casos y experiencia derivada del

23 Diego Gracia, *Bioética Clínica* Vol. 2. (Editorial El Búho, 2004), 85-97.

24 Nancy Berlinger et al., *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*, 2da. ed. (Oxford University Press, 2013).

25 Karin Verspoor, “The evolution of clinical knowledge during COVID-19: Towards a global learning health system”, *Yearbook of Medical Informatics* 30, núm. 1 (2021): 176-184, <https://doi.org/10.1055/s-0041-1726503>

estudio de grupos pequeños de pacientes.²⁶ Por lo tanto, en México se tuvieron que establecer protocolos de atención que fueron cambiando conforme surgía nueva evidencia científica en el mundo y en los estudios de la propia población.

Esto llevó a que el manejo de los pacientes graves que requerían acceso a cuidados intensivos y soporte vital avanzado se iniciara en un contexto de incertidumbre, con muy poca evidencia para establecer robustamente referentes de predicción sobre la posible recuperación, lo que aumentaba el peso de la responsabilidad y los riesgos profesionales del personal de salud al frente del proceso de atención.

El escenario de atención fue más adverso conforme aumentaron los casos. A principios de diciembre de 2020 la Secretaría de Salud reportó un total de 1 millón 313 mil 675 casos confirmados de COVID-19 y 405 mil 524 casos sospechosos, con 117 mil 876 defunciones atribuidas a la enfermedad.²⁷ Sin embargo, desde un inicio, diversos organismos señalaron un posible subregistro de casos y defunciones.²⁸

El contagio y fallecimiento del personal de salud al frente de la atención llevó a disminuir el acceso a la atención. En diciembre de 2020 la Secretaría de Salud reportó un acumulado de 186 mil 246 casos de personal de salud con COVID-19, 2 mil 397 defunciones confirmadas y 217 defunciones sospechosas. El personal de enfermería, el sexo masculino y el rango etario de 30 a 34 años fueron los más afectados.²⁹

2. Los actores

En el proceso de toma de decisiones podemos identificar a los siguientes actores de manera sintética mas no excluyente: el paciente y su familia o representante legal; el personal de salud al frente del proceso de atención; el personal directivo de la unidad en la cual se genera el proceso de atención; el Estado y a los generadores de políticas para la asignación de recursos para la atención del paciente en estado crítico.

En los momentos más severos de la emergencia sanitaria, el deterioro de los pacientes hasta llegar a un estado crítico fue veloz. Los pacientes y sus familiares buscaban por todos los medios el acceso a un hospital con los recursos suficientes para brindar la atención. Una vez logrado el objetivo de ingresar al nosocomio, el paciente era separado de sus familiares y no volvían a verlo hasta el egreso, ya fuera por mejoría o por fallecimiento. En muchos casos las familias contaban con varios miembros hospitalizados y la comunicación era deficiente o nula, tanto con sus pacientes como con el personal de salud.

Esto llevó a que su participación en la toma de decisiones sobre el proceso de atención se viera disminuida o incluso eliminada. La ansiedad y el miedo por la incomunicación llevó a que muchas personas decidieran no buscar su hospitalización. Más adelante algunas instituciones, por iniciativa

26 Verspoor, "The evolution of clinical knowledge during COVID-19...".

27 Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, "Informe Técnico Diario COVID-19 México", 19 de diciembre de 2020, consultado el 21 de abril, 2025, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601594/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.12.19.pdf

28 Mariano Sánchez et al., "La respuesta de México al COVID-19. Estudio de Caso", Institute for Global Health Science, https://globalhealthsciences.ucsf.edu/wp-content/uploads/2024/02/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

29 Secretaría de Salud, "COVID-19 México. Personal de salud, 28 de diciembre de 2020", https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/638101/COVID-19_Personal_de_Salud_2020.12.28.pdf

del propio personal, establecerían estrategias de comunicación por videollamadas o telefónicas para intentar acercar al paciente a sus familiares. Estas iniciativas llegarían a hacerlas oficiales algunas instituciones de salud como ocurrió en el 2020 con los hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.³⁰

El personal de salud al frente del proceso de atención hacia esfuerzos para atender a los pacientes en estado crítico con poca información fundamentada en la evidencia científica, escasez de recursos, sobrecarga de trabajo y en un contexto de alto riesgo a la salud, sin acceso inicial a un esquema de vacunación que los llevó a atestiguar el fallecimiento de compañeros.

Ante la escasez de recursos humanos se diseñaron “Equipos de respuesta COVID-19” integrados por un médico “líder” con especialidad en medicina del enfermo en estado crítico y urgencias médica-quirúrgicas, el cual tendría a su cargo a tres médicos de apoyo, con formación de médicos generales o de otras especialidades, además de seis enfermeras.³¹ Sin embargo, en los momentos más intensos de la emergencia sanitaria, en la práctica resultó casi imposible que se contara, en todo momento, con dicho equipo completo ante el rebasamiento de la capacidad de respuesta instalada, en particular a comienzos de 2021.³² El personal directivo operativo de los hospitales de las diferentes instituciones de salud contaba con instrucciones de implementar algoritmos de atención elaborados por sus autoridades normativas y equipos colegiados del sector salud, organizados en grupos que llegaron a recibir la denominación militar de “Comandos”.³³

Sin poder controlar el suministro de recursos tanto humanos como materiales para la atención, dependían de las acciones federales para el acceso a ellos. Además de establecer estrategias para intentar dar respuesta a la excesiva demanda de atención, se enfrentaban a la obligación de proteger los derechos laborales del personal de salud y responder a las demandas gremiales ante las condiciones insuficientes para el desempeño de su labor profesional.

Desde la declaración de emergencia sanitaria del 30 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General estableció acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2, lo que incluía tomar el mando en la instauración de políticas públicas, que podría incluir decisiones sobre la priorización de la asignación de recursos. Los comunicados y publicaciones que emitiera serían el referente nacional para la adopción de políticas e implementación de acciones en todas las unidades médicas del sector. Por lo anterior, su posicionamiento en torno a la asignación de recursos para la atención del paciente grave o en estado crítico cobraría una fuerza de autoridad rectora.

Por los contextos anteriormente planteados, las personas que acudían en estado grave o crítico a las unidades médicas en búsqueda de la atención enfrentaron grandes obstáculos para el ejercicio pleno de su autonomía. En muchos casos el estado de gravedad impedía hacer uso pleno de su agencia con el fin de manifestar sus preferencias e incidir en la toma de decisiones, lo cual

30 Gobierno de la Ciudad de México. “Familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19 podrán comunicarse por medio de videollamadas”, 06 de mayo de 2020, consultado el 10 de abril 2025, <https://adip.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/familiares-de-pacientes-hospitalizados-por-covid-19-podran-comunicarse-por-medio-de-videollamadas>

31 Instituto Mexicano del Seguro Social, “IMSS garantizó atención de emergencia sanitaria mediante reconversión, apertura anticipada y expansión hospitalaria”, junio 2021, consultado el 10 de abril 2025, <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202106/244>

32 Mariano Sánchez, et al., “La respuesta de México al COVID-19. Estudio de Caso”.

33 Gobierno de México, “Estrategia sectorial ante la COVID-19”, 22 de febrero de 2022, consultado el 10 de abril 2025, <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/04/Compendio-final-240322.pdf>

se agudizaba al enfrentarse a la imposibilidad de contar con una adecuada comunicación con sus familiares o representantes legales que pudieran respaldar sus decisiones.

En el escenario de la atención institucionalizada, las personas graves por COVID-19 se encontraron en una situación de extrema vulnerabilidad, mayor aún ante las desigualdades sociales preexistentes a la pandemia y las condiciones en las que se encontraba el sistema de salud.³⁴

En este contexto se emitió la propuesta de la Guía, que al ser considerada como una “disposición general” no dejaba claro si su alcance era vinculante o referencial. Refería contar con un sustento en los Derechos Humanos y en un enfoque de la bioética “que justifica cierta manera específica de asignar recursos escasos de medicina crítica”. Entre las medidas para la optimización de los recursos escasos planteaba la posibilidad de retirar el ventilador —una de las medidas fundamentales de soporte vital avanzado— a pacientes que no alcanzaban un puntaje establecido de pronóstico de sobrevivencia.

3. Problematización bioética e identificación de sus implicaciones en la implementación de la Guía

Enfoque de principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, dignidad, vulnerabilidad

En su apartado “1. Bioética y respuesta al COVID-19”, la Guía planteaba que los principios bioéticos utilizados en el contexto de la salud pública necesariamente debían ser diferentes de aquellos utilizados en la clínica. Al asumir que, en el ámbito de la Salud Pública, la bioética debe responder a una lógica y ponderación de principios diferentes a los utilizados en la bioética clínica, se violenta el Artículo 3º de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, que establece que: “1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”.³⁵ Por lo tanto, la Unesco asume que los Estados y sus representantes son responsables de promover políticas que garanticen el bienestar de los integrantes de la sociedad, mediante el establecimiento de políticas tales como las relacionadas con el acceso a los recursos de salud.

Paul Kellher plantea la existencia, además, de responsabilidades sociales relacionadas con el acceso a la salud, las cuales están respaldadas en gran medida por el principio de beneficencia. Considera dicho principio como “una acción que promueve los intereses de otro por su propio bien”. La beneficencia “genera deberes de justicia que se correlacionan con los derechos”, no simplemente como deberes “imperfectos” relacionados con ideas de caridad o generosidad.³⁶

Para respaldar sus argumentos, retoma la distinción que realizan Beauchamp y Childress³⁷ entre “beneficencia general” y “beneficencia específica”. Estos autores consideran que la beneficencia general se dirige a todas las personas, mientras que la específica está dirigida a particulares,

34 Sánchez et al., “La respuesta de México al COVID-19. Estudio de Caso”.

35 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco, *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*, 2005, consultado el 21 de abril 2025, https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

36 J. Paul Kelleher, “Beneficence, justice, and health care”, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24, núm. 1 (2014): 27-49, <https://dx.doi.org/10.1353/ken.2014.0004>

37 Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 5ta. ed. (Oxford University Press, 2001).

como podrían ser, en nuestro caso, los pacientes. Kellher explica cómo algunos de sus detractores —Gert, Cluver y Clouser— consideran que la beneficencia general puede entenderse como “un ideal moral”, mas no como una obligación ética, y cita:

Beauchamp y Childress son claros en que los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud tienen deberes específicos hacia sus pacientes que están determinados por su profesión y por las prácticas de su institución específica. Agrupar estos diversos y detallados deberes profesionales junto con el malentendido “deber general de beneficencia” y colocarlos todos bajo un único principio de beneficencia es sustituir un eslogan por sustancia.³⁸

Finalmente, argumenta que en las políticas de salud se requiere el uso del principio de beneficencia “específica” con un enfoque de justicia.

Justicia distributiva y dignidad

En su teoría de justicia distributiva J. Rawls³⁹ busca responder las siguientes preguntas: ¿qué bien o carga (riesgo) se pretende repartir?, ¿quién debe repartir?, ¿a quién se debe repartir?, ¿bajo qué criterios se debe repartir? Para responder esta última pregunta se propone buscar el mejor reparto de recursos que permita generar el menor de los daños a la menor cantidad de personas y maximizar los beneficios a la mayor cantidad de personas.

En el caso del establecimiento de políticas por parte del Estado mexicano, privilegiar a terceros con el uso del apoyo ventilatorio avanzado o recursos de cuidados intensivos mediante el retiro de éstos a una persona cuya vida depende de ellos, se aleja del fundamento de justicia del autor, quien parte del siguiente principio kantiano: a pesar de que se busca un bien socialmente centrado, no se puede asumir a las personas como medios. Para eso requiere el reconocimiento y defensa de su dignidad. Esta perspectiva es retomada en los conceptos liberales de justicia de los enfoques de la bioética principalista derivada del Informe Belmont,⁴⁰ los principios de Beauchamp y Childress,⁴¹ así como los derivados del informe europeo BIOMED II.⁴² Si bien se deben establecer criterios para la asignación de recursos en escenarios de escasez con fines socialmente centrados, desde estas perspectivas no se podrían enfrentar el privilegio del bien social con la obligatoriedad de salvaguardar la dignidad y los derechos fundamentales de la persona; lo que sucedería al retirar un ventilador que sostiene su vida, sin que sea por voluntad o mejor interés de ésta. Si se buscara una lectura de Rawls desde una perspectiva de justicia social en el ámbito de la salud pública, se tendrían que establecer criterios de justicia distributiva que reconocieran tanto la dimensión de dignidad de la persona como su dimensión relacional, para superar las fronteras de la visión liberal centrada en el individuo aislado.^{43,44,45}

38 Bernard Gert, et al., en J. Paul Kelleher, “Beneficence, justice, and health care” *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24, núm. 1 (2014): 27-49, <https://dx.doi.org/10.1353/ken.2014.0004>

39 Rawls, John, *A Theory of Justice. Revised edition*, 2da. ed. (The Belknap Press of Harvard University Press, 1999).

40 National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research, *The Belmont Report*.

41 Beauchamp y Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 7a. ed.

42 Dahl Rendtorff, “Basic ethical principles in European bioethics and biolaw...”.

43 Françoise Baylis et al., “A relational account of public health ethics”, *Public Health Ethics* 1, núm. 3 (2008): 196-209, <https://doi-org-pbidi.unam.mx:2443/10.1093/phe/phn025>

44 Alexander Kaufman, *Rawls's Egalitarianism* (Cambridge University Press, 2018).

45 Matti Häyry, *Roles of Justice in Bioethics* (Cambridge University Press, 2022).

Sin embargo, en contextos de una emergencia de salud pública, los gobiernos pueden verse tentados a establecer políticas que, bajo el argumento del bien público, lesionen la integridad y dignidad de los individuos.

No maleficencia: el retiro de recursos para el sostén de la vida con fines de reasignación

El esquema de asignación y reasignación de recursos que permitía el retiro de las medidas de soporte vital a una persona aún viva, en caso de no evolucionar favorablemente en un tiempo establecido y derivando en su fallecimiento, violenta el principio de no maleficencia, el cual junto con el principio de justicia son considerados por Diego Gracia como principios de primera categoría.⁴⁶

Desde una perspectiva legal, el retiro del ventilador incurre en la violación del mandato establecido en el Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que a la letra dice: “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos [...]”. “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud [...]”. Y en el Artículo 4º:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.⁴⁷ Por lo tanto, el retiro del ventilador que lleve a la muerte del paciente es un acto penalizado por el Código Penal Federal en su Libro Segundo Título Decimonoveno “Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal”⁴⁸ e incurre en los supuestos asentados en su Artículo 302 que a la letra dice: “Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro [...]”.⁴⁹

Autonomía, responsabilidad: la creación de “oficiales” y “equipos de triaje”

La Guía planteaba eliminar la responsabilidad del médico para la toma de decisiones relacionada con la asignación o reasignación de recursos de atención para el cuidado del paciente crítico, bajo el argumento de protegerlos del sufrimiento moral. Para ello se conformarían equipos de triaje que podrían encontrarse fuera de la unidad, y contarían con la máxima autoridad para la toma de decisiones de asignación y retiro de recursos para el soporte vital avanzado.

En su apartado 2.4, la Guía establece que las decisiones de retirar un recurso que sostiene la vida lo realizará el oficial de triaje, quien “explicará al paciente y/o familiares las implicaciones de la decisión tomada y cómo fue tomada”. Además, señala que:

Si existen los recursos necesarios, personal de servicio social o cuidados paliativos deberán estar presentes cuando: i) se le comunique a un(a) paciente y/o familiares que no será admitido(a) a una unidad de cuidados

46 Gracia, Diego, *Bioética Clínica*.

47 Cámara de Diputados, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Diario Oficial de la Federación, consultado el 7 de abril 2025, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>

48 Cámara de Diputados, “Libro Segundo. Título Decimonoveno. Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal Capítulo II. Homicidio”, *Código Penal Federal*, consultado el 7 de abril 2025, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Codigo_Penal_Federal.pdf

49 Ibid.

intensivos, y ii) se le comunique a un(a) paciente y/o familiares que los cuidados intensivos (por ejemplo, el ventilador mecánico) le serán retirados".⁵⁰

Por lo tanto, las decisiones de retiro y reubicación de recursos radicarían en personas que no participan de la relación médico-paciente y médico familiar. La comunicación de la decisión podría recaer en un pasante de servicio social, quien se plantea en sustitución de un experto en medicina paliativa. La Guía ofrecía la posibilidad de acceder a un "Sistema de apelación a la decisión de triaje" para lo cual establece que, ante el retiro del ventilador, el paciente y su familia contarán con un recurso de "apelación". Utiliza los conceptos de *apelaciones válidas* y *apelaciones no válidas*, siendo que las primeras corresponden a la existencia de un error en el puntaje (impericia-negligencia) y las segundas corresponden al cuestionamiento de los criterios del puntaje que pudiera argumentar el paciente, familiar o representante legal. En caso de implementación de la Guía, se condenaría a pacientes y familiares a un estado de profunda vulnerabilidad en directa violentación a su autonomía al violar sus garantías individuales, sin un verdadero recurso de apelación por inconformidad. Esta vulnerabilidad se presumiría mayor, en un contexto donde las relaciones de poder agudizaban su asimetría, se enfrentaban barreras para la comunicación efectiva y oportuna, en el escenario de la pandemia por COVID-19 para la protección del paciente grave, bajo sedación o con deterioro del estado de alerta, imposibilitado para ejercer su agencia y autonomía al no poder manifestar sus preferencias y defenderlas para la toma de decisiones.

Lo anterior violentaba lo establecido por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos⁵¹ (DUBDH) Artículos 5º y 7º que a la letra dicen:

Artículo 5. Autonomía y responsabilidad individual. Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses. [...]

Artículo 7. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento. De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento.

Injusticia hermenéutica

Miranda Fricker⁵² plantea la existencia de situaciones de injusticia epistémica, en las que se margina a la persona que proviene de una comunidad hermenéutica diferente a la del grupo dominante, en cuanto a su rol y capacidad de "conocedor". En este escenario, el testimonio del "otro", que pertenece a una comunidad hermenéutica diferente y menos empoderada, no es percibido de la misma forma por los miembros de la comunidad hermenéutica dominante.

Podríamos asumir entonces, que al menos uno de los "self" que interactúan, no es concebido como un "otro" similar a "sí". Esto llevaría a la imposibilidad de una acción ética del "sí", que lleve a asumir responsabilidad alguna sobre el "otro".

50 Consejo de Salubridad General, *Guía bioética de asignación de recursos de medicina crítica*, consultado el 22 de abril 2025, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/550962/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf

51 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*.

52 Miranda Fricker, *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing* (Oxford University Press, 2007), <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

En el proceso de toma de decisiones, suponiendo que se establece una comunicación oportuna con la familia o el representante legal del paciente, aun cuando se les explique el fundamento del puntaje basado en la evidencia científica disponible, en el proceso de apelación ante una sospecha de error del puntaje, podrían encontrarse en circunstancias de marginación hermenéutica.⁵³

Los profesionales de la salud a cargo de la atención del paciente no pueden renunciar a la responsabilidad personal, profesional y como servidores públicos para trasladar dicha responsabilidad a terceros. De aceptarse la figura de objeción de conciencia para la toma de decisiones, el profesional de la salud y los directivos responsables del establecimiento, deben garantizar que existe otra persona competente que asumirá las responsabilidades de la atención, pero esto implicaría que el responsable deberá de retomar la relación médico paciente.

Por lo tanto, no se puede sustituir la responsabilidad personal, profesional y como servidor público⁵⁴ del médico o tratante por la figura de un “Oficial de triaje” como lo plantea la Guía. De la misma manera no podría aceptarse la existencia de un equipo de triaje para tomar decisiones vinculantes dirigidas a la suspensión y reubicación de este tipo de recursos terapéuticos con la consecuencia de la lesión o fallecimiento de la persona. Además, en ningún caso una autoridad puede obligar al médico o profesional de la salud subordinado a realizar un acto penalizado por la ley mexicana.

Criterios de exclusión y puntuación para la asignación de recursos escasos de medicina crítica

La mayoría de las asociaciones médicas, centros de estudio y asesoría especializados en bioética entre las que destacan The Hastings Center, Kennedy Institute of Ethics, la John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bermen Institute of Bioethics y el Instituto Borja de Bioética,⁵⁵ así como las publicaciones que retoman el aprendizaje adquirido de las experiencias derivadas de otras pandemias, sostienen que los sistemas de puntaje deben de ser fundamentados en las mejores evidencias clínicas y científicas.^{56,57,58} Además, deben ser aplicados para valorar el inicio de medidas terapéuticas y de sostén de la vida, así como la utilización de recursos escasos, no de su retiro.

El uso de criterios de exclusión fundamentados en la esperanza de vida a largo plazo o en la edad, han sido fuertemente criticados por expertos y bioeticistas, quienes además han afirmado que, aún en contingencias pandémicas, los fundamentos bioéticos no deben cambiar en el proceso de asignación de recursos escasos.⁵⁹

53 Ibidem.

54 Cámara de Diputados, *Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos*, consultado el 7 de abril 2025, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lfrsp.htm>

55 Ezekiel J. Emanuel, “Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19”, *The New England Journal of Medicine* 382, núm. 21 (2020): 2049-55, <http://doi.org/10.1056/NEJMsb2005114>

56 Nancy Berlinger et al., *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*.

57 Emanuel, Ezekiel J., “Fair allocation of scarce...”.

58 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective*, consultado el 24 de abril de 2023, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>

59 Kennedy Institute of Ethics, “KIE Scholars React to COVID-19”, consultado el 24 de abril 2025, <https://kennedyinstitute.georgetown.edu/news-events/kie-scholars-react-to-covid-19/>

La Guía establecía como parte de su instrumento de ponderación por puntaje, el criterio de sobrevida a largo plazo, lo que para bioeticistas del Instituto Kennedy representa una forma de incluir el criterio de discriminación por edad.⁶⁰ Además, buscó fundamentar la categorización de grupos prioritarios a los cuales se les deberían asignar recursos sin un sustento robusto con planteamientos de justicia que tomaran en cuenta la equidad, la inclusión y la no discriminación. Muchos de los argumentos se fundamentaron en discursos ideologizados entre los que destacaron la clase social y el origen étnico.

Discusión: biopoder y tanatopolítica en la asignación y retiro de los recursos para el mantenimiento de la vida

Michel Foucault plantea la existencia de una forma de poder que utiliza mecanismos de control sociopolítico de los individuos y grupos mediante el uso de discursos que buscan fundamentarse en el conocimiento biológico, a la que denomina “biopoder”.⁶¹ El biopoder se preocupa por la gestión de la vida, un proceso que opera en dos niveles: a nivel individual existe una anatopolítica del cuerpo humano, y a nivel de los grupos sociales hay una biopolítica de las poblaciones.^{62,63} Después de plantear a la biopolítica como un poder que administra la vida y la muerte de personas y poblaciones, se introduce a la dimensión de la gobernabilidad. Para Foucault el poder “fluye a través del discurso”, y en el discurso político tanatológico se fundamenta el gobierno y la gestión de la muerte.

A lo largo de su obra plantearía a la biopolítica no sólo como una condena del control absoluto sobre las personas, sino que plantearía la posibilidad del ejercicio de acciones de mayor o menor libertad, asociadas a la posibilidad del autocuidado o cuidado de sí.⁶⁴ Estos conceptos han sido retomados para plantear la existencia de una tanatopolítica o política de la muerte, que incluye tanto su producción como su administración.⁶⁵ Por su parte, Giorgio Agamben plantea cómo las políticas de la muerte se convierten en un medio para “reducir completamente el ‘bios’”, las vidas humanas investidas de derechos, a la “zoé”, “vida desnuda” o “vida que puede ser terminada sin repercusiones”.⁶⁶

60 Kennedy Institute of Ethics, “KIE Acting Director Dr. Daniel Sulmasy on Bioethics in the COVID-19 Pandemic”, video entrevista, 9 de abril de 2020, <https://youtu.be/okk6K0neDew>

61 Michel Foucault, *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France. 1978-1979*, (Picador, 2010).

62 Gary Gutting, *Foucault. A very short introduction*, (Oxford University Press, 2005, Kindle).

63 Michel Foucault, *La voluntad de saber. Historia de la sexualidad I* (Siglo XXI, 2011).

64 Michel Foucault, *El cuidado de sí. Historia de la sexualidad III* (Siglo XXI, 2010).

65 Jan Grue, “The death of others. On the narrative rhetoric of neoliberal thanatopolitics”, *Disability Studies Quarterly* 42, núm. 1 (2022), <https://doi.org/10.18061/dsq.v42i1.7799>

66 Giorgio Agamben, *Homo Sacer* (Stanford University Press, 1998) en Jan Grue, “The death of others...”.

Roberto Esposito retoma la idea expuesta por Foucault durante sus seminarios sobre guerra y racismo, impartidos entre 1975 y 1976, derivados de las experiencias del nazismo, la idea de que la biopolítica constantemente amenaza con revertirse hacia una tanatopolítica.^{67,68}

De esta manera Esposito señala lo siguiente:

Una vez inscripto en las prácticas del biopoder, el racismo ejerce una doble función: la de producir una separación, dentro del *continuum* biológico, entre quienes deben permanecer con vida y quienes, en cambio, han de ser arrojados a la muerte, y, más esencial, la de fijar una relación directa entre ambas condiciones, en el sentido de que la muerte de los segundos favorece la supervivencia de los primeros.⁶⁹

Explica que, como una novedad, y contrario a lo que se suele asumir en torno a las políticas de la muerte observadas durante el régimen de la Alemania nazi, “no concentra el poder supremo de matar sólo en manos del jefe, sino que lo reparte de modo igualitario en todo el cuerpo social”,⁷⁰ una vez establecidos mecanismos afirmativos mediante los cuales la opinión pública y la población en su conjunto hacen propios los criterios y fundamentos morales en torno a la pertinencia de matar.

Esto implica el establecimiento de mecanismos del biopoder que llevan a una acción afirmativa aceptada por la sociedad, en la cual se puede justificar el privar de la vida, por ejemplo, a las personas con soporte vital avanzado, bajo el discurso de que la beneficencia centrada en terceros con mayor posibilidad de sobrevivir, supera en interés social la problemática de violentar los principios de no maleficencia, autonomía y respeto a la dignidad de las personas.

Cuando se buscan establecer prioridades basadas en discursos morales o ideológicos, para la asignación o reasignación de recursos fundamentados en criterios tales como el origen étnico, el estatus social, o asignar un mayor o menor valor utilitario a las personas, en particular en estados de “emergencia” y excepción, se incurre en el riesgo de repetir escenarios de tanatopolítica ya descritos.

Riesgos de la biopolítica, ideología y las obligaciones del Estado laico

Desde 1917 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos define a México como “una República representativa, democrática, laica, federal, compuesta de estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental”, en la cual, además: “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.”⁷¹

67 Roberto Esposito y Timothy Campbell, “The immunization Paradigm”, *Diacritics* 36, núm. 2 (2006): 23-48, <http://www.jstor.org/stable/20204124>

68 Roberto Esposito, *Comunidad, inmunidad y biopolítica* (Herder editores, 2012).

69 Esposito, Roberto, *Bíos. Biopolítica y filosofía* (Amorrortu, 2011).

70 *Ibidem*.

71 Cámara de Diputados, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Diario Oficial de la Federación, consultado en octubre de 2023, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>

En el escenario de la pandemia por COVID-19 y ante el establecimiento de políticas para el acceso o denegación de recursos para el sostén de la vida, fue necesaria la defensa del Estado laico. Además de la violación a las garantías individuales tales como el derecho a la vida violentadas por el proyecto de la Guía, fue indispensable señalar los riesgos de respaldar dichas políticas en posturas ideológicas sobre el valor de la vida de unos grupos sociales sobre otros.

En el escenario de emergencia y estado de excepción derivados de la pandemia por COVID-19, la posibilidad de la sobrevivencia de espacios plurales de discusión, la inclusión de voces diversas que tuvieran un verdadero impacto para la orientación de la toma de decisiones en salud pública fue casi imposible. Esto se reflejó en la casi nula participación de la diversidad de los grupos que conforman el Consejo de Salubridad General que se observó. Lo anterior se sumó a la grave y creciente polarización promovida desde las narrativas oficiales, que planteaban la existencia del enemigo político externo e interno ante todo cuestionamiento a las políticas públicas que debían erradicarse, dado que planteaban una amenaza casi tan grave como la de COVID-19 para la supervivencia de la sociedad.

En este sentido se ubicó a las universidades y a diversos grupos académicos que buscaron alzar la voz, bajo esta clasificación de enemigos, miembros de grupos históricamente privilegiados, moralmente despreciables para el conjunto del pueblo. Todo bajo la denominación de lo “neoliberal”. Se promovió la necesidad de realizar una “limpieza” de las instituciones y una reorientación incluso de la ciencia y de las políticas de educación bajo una “Nueva Escuela Mexicana”⁷² que retomaba elementos de un poderoso mito fundacional y de un pasado perdido en el cual se promovía a la raza cósmica, la raza de bronce mexicana, como aquella que debía ser el factor de transformación del continente.⁷³ Bajo esta narrativa de Estado se retomó la idea de la existencia de una superioridad racial y moral en un pueblo imaginario “originario” contaminado por la presencia amenazante constante de un enemigo, blanco anglosajón o extranjero,⁷⁴ quien por siglos ha buscado colonizar y arrebatar la soberanía del pueblo mexicano.

Estos discursos que buscan establecer procesos de “moralización”⁷⁵ ciudadana, se acercan de forma preocupante a las acciones descritas tanto por Foucault, como Agamben y Roberto Esposito, en la construcción de mecanismos y dispositivos de biopoder que se deslizan a la normalización de una tanatopolítica fundada en una ideología de discriminación. Es por esto por lo que es indispensable retomar los conceptos de ciudadanía, de agencia y responsabilidad personal, profesional y de servidores públicos de las personas que juegan diversos roles dentro del conjunto social, su relación con las instituciones públicas de salud, frente a la tendencia de instaurar un adoctrinamiento y visión única de Estado.

Agencia y ciudadanía

Dado que no es el objetivo de la presente obra analizar los debates que a lo largo de la historia se han sostenido en torno a la definición de ciudadanía, en una generalización práctica podemos

72 Secretaría de Educación Pública, *La Nueva Escuela Mexicana: principios y orientaciones pedagógicas*, consultado el 24 de abril 2025, <https://dfa.edomex.gob.mx/sitesdfa.edomex.gob.mx/files/files/NEM%20principios%20y%20orientación%20pedagógica.pdf>

73 José Vasconcelos, *La raza cósmica*, (Espasa-Calpe Mexicana, S.A., 1948), consultado el 21 de abril 2025, https://enriquedussel.com/txt/Textos_200_Obras/Filosofos_Mexico/Raza_cosmica-Jose_Vasconcelos.pdf

74 Rafael Lemus, “La raza cósmica”, *Letras Libres*, 31 de marzo de 2010, <https://letraslibres.com/revista-mexico/iii-la-raza-cosmica/>

75 Alfonso Reyes, *Cartilla Moral*, adapt. por José Luis Martínez, (Gobierno de México, 2018), consultado el 10 de abril 2025, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/427152/CartillaMoral_.pdf

señalar algunas características comunes a lo largo de la historia de las sociedades. Las personas cuentan con una vida en la cual participan en espacios públicos en interacción con los demás. Cuentan también con una agencia, es decir, con la capacidad de hacer uso de su libertad para poder realizar acciones dirigidas por su voluntad. Para ello se establecen derechos y obligaciones individuales y colectivos; existe la figura de un Estado que interviene, en mayor o menor magnitud, en la vida pública y privada de las personas y organizaciones.⁷⁶

Uno de los elementos que se ha transformado a lo largo de la historia de las sociedades y los Estados, han sido los criterios establecidos para definir quién merece ser considerado con el estatus de “ciudadano” asociado a un valor moral específico.⁷⁷ Existen imaginarios, valores sociales y morales que generan una idea de pertenencia a una comunidad estatal, una idea de nacionalidad que refleja una serie de principios de identidad, una o varias narrativas fundacionales sobre sus orígenes, historia y vivencias compartidos y que se asocia con un territorio común al asumirse como Estado nación.⁷⁸

En muchos de los Estados contemporáneos la educación pública busca la formación de un perfil de ciudadano acorde al modelo de sociedad que persigue modelar. En caso de asumir que en el perfil ideal de ciudadanía se busque que los ciudadanos deban contar con la capacidad de interactuar en la sociedad con responsabilidad y legítima preocupación por los demás, por su entorno, el medio ambiente y las generaciones futuras, se podría buscar la formación ciudadana para el desarrollo de dicha capacidad de agencia. La relación entre ciudadanía y su participación política cobra importancia frente al escenario turbulento de la contingencia sanitaria por COVID-19, las crisis humanitarias por migración, la marginación de minorías y el resurgimiento de nacionalismos populistas en el mundo y en México.⁷⁹

En el contexto ético de la definición de agencia, y su relación con la responsabilidad directa del personal de salud que se encontró al frente de la atención de los pacientes críticos con COVID-19, es útil el enfoque que brinda la ética de las virtudes aristotélicas,⁸⁰ y en particular sus corrientes críticas contemporáneas. Esta perspectiva nos permite fundamentar su relación con la responsabilidad personal, profesional y del servidor público en el escenario de la toma directa de decisiones.

Ética, agencia moral y responsabilidad personal del trabajador de la salud en la toma de decisiones

La ética como campo de conocimiento puede definirse como filosofía aplicada o filosofía práctica. Existen otras definiciones relacionadas con la ética como dimensión de la capacidad humana, centrada en su posibilidad de libertad.⁸¹ Platón entiende a las personas como seres teleológicos, lo que significa que buscan dar una direccionalidad a sus vidas, lo que requiere el ejercicio de la liber-

76 Maarten Vink, “Comparing Citizenship Regimes”, en *The Oxford Handbook of Citizenship*, edición en línea, ed. por Ayelet Shachar et al. (Oxford Academic, 2017).

77 Peter J. Spiro, *Citizenship. What everyone needs to know* (Oxford University Press, 2019).

78 Richard Bellamy, *Citizenship: A Very Short Introduction*, edición en línea (Oxford University Press, 2008).

79 Ayelet Shachar, Rainer Bauböck, Irene Bloemraad y Maarten Vink, “Introduction: Citizenship-Quo Vadis?”, en *The Oxford Handbook of Citizenship*, ed. por Ayelet Shachar et al. (Oxford Academic, 2017).

80 Aristóteles, *Ética nicomáquea. Ética eudemia*, (Gredos, 2003, Kindle).

81 Juliana González, *Ética y libertad*, 2da. ed. (Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997).

tad. Aristóteles, al igual que Platón, plantea la ética como la capacidad de las personas para analizar con el ejercicio de la razón el mundo de la moral.⁸² Desde esta perspectiva se puede entender la moral como un conjunto de valores que pueden compartirse en un grupo o sociedad específicos que podemos definir como grupos morales. Estos grupos morales a los cuales pertenecemos las personas, tales como la familia, la comunidad e incluso la organización en la cual laboramos, pueden ser muy diferentes.⁸³

Existe una diversidad de valores que pueden adoptar estos diferentes grupos morales, lo que condiciona la existencia de tensiones y conflictos valorativos en una sociedad plural. Como ejercicio crítico, la indagación que una persona pueda hacer sobre sí misma en interacción con otros en el mundo les permite dirigir sus acciones con mayor libertad. Las personas pueden desarrollar una capacidad crítica y analítica que les permita alejarse de una mera reacción alienada por el simple juicio moral. Por lo tanto, el ejercicio de la capacidad ética permite alcanzar una mayor autonomía.

Aristóteles, al retomar la idea de que las personas son seres teleológicos, considera que pueden dirigir sus acciones para construir y seguir ese camino mediante el ejercicio de su voluntad. Dado que las personas no existen aisladas, la dimensión ética de sus acciones se centra en la preocupación sobre los demás. A mayor autonomía y capacidad de ejercer la voluntad, existe una mayor responsabilidad sobre las consecuencias de nuestras acciones y omisiones. Esto implica el ejercicio de una forma particular de agencia, una “agencia moral”.⁸⁴ El filósofo presenta la posibilidad de actuar de una forma virtuosa al realizar acciones que consideran un justo medio, lo que implica partir de una legítima preocupación ética por el otro, al comprender el contexto en el cual se actúa y las consecuencias derivadas de las propias acciones y omisiones. Finalmente, considera que esta capacidad del ejercicio de la agencia, que a su vez permite mayor autonomía y libertad, es también un medio para alcanzar la felicidad.⁸⁵

Desde esta perspectiva, el médico como persona que se encuentre en la situación de tomar decisiones sobre la asignación o suspensión de recursos para el sostén de la vida, puede hacer uso de su agencia poniendo en el centro de su preocupación a la persona a la que brinda atención, haciéndose responsable directo de las consecuencias de sus acciones y omisiones. Esta capacidad de ejercicio de la libertad adopta especial importancia en el contexto del ejercicio profesional. Se esperaría entonces entender la responsabilidad profesional desde una ética de las virtudes, en la cual los miembros del equipo de salud pueden tomar decisiones, buscando el justo medio, tomando en cuenta sus limitaciones y posibilidades reales.⁸⁶ De forma esquemática, al menos, se pueden identificar tres dimensiones de responsabilidad de las personas que participan en la toma de decisiones durante el proceso de atención de los pacientes graves y en la asignación de recursos:

- a) Responsabilidad personal
- b) Responsabilidad profesional
- c) Responsabilidad como servidor público y la rendición de cuentas

82 Ibidem.

83 Carolina Consejo y Chapela, “La toma de decisiones en el ámbito de la atención a la salud y el consentimiento informado”, en Martínez Bullé Goyri, Víctor M. *Consentimiento Informado. Fundamentos y Problemas de su Aplicación Práctica*, (Instituto de Investigaciones Jurídicas, Programa Universitario de Bioética, 2017).

84 González, *Ética y libertad*.

85 Aristóteles. *Ética nicomáquea. Ética eudemia*.

86 Justin Oakley y Dean Cocking, *Virtue Ethics and Professional Roles*, (Cambridge University Press, 2001).

Responsabilidad personal como virtud

En las relaciones que establecen las personas con los “otros”, pacientes, familiares y miembros de la organización hospitalaria, existe una dimensión de responsabilidad que se encuentra estrechamente vinculada con la racionalidad de las personas y su posibilidad de existencia ética.

Aristóteles considera al sujeto como el autor y causa de sus propias acciones, por lo tanto, el sujeto que se considera agente racional es capaz de realizar acciones regidas por su voluntad; por lo tanto, la voluntad se encontrará en el centro de las definiciones de responsabilidad.

François Raffoul explica cómo en su *Ética Nicomáquea*, Aristóteles establece la existencia de un campo de dominio en el cual podemos ejercer un poder que depende del alcance de nuestras acciones dirigidas por la voluntad. Otro elemento importante es la diferencia que hace entre el actuar por ignorancia (*di'agnoian*) y actuar en o a pesar de saberse ignorante (*agnoon*).⁸⁷ Esto lleva a distinguir la responsabilidad relacionada con la voluntariedad y la irresponsabilidad relacionada con la involuntariedad. Dado que la responsabilidad se desarrolla dentro de la esfera del control de la voluntariedad, más allá del planteamiento de la imputabilidad y del castigo, el ejercicio de la libertad, como producto de la voluntad racional, es necesariamente virtuoso de las acciones, es decir teniendo a la responsabilidad como virtud.

En su propuesta teórica sobre la responsabilidad, el filósofo Paul Ricoeur plantea que la persona entra al mundo en un cuerpo. Acompañando a este cuerpo se encuentra la conciencia y una forma de “ser en relación con otros”. Esto obliga a adquirir, de forma simultánea, la idea de “reflexibilidad” y la idea de la “otredad”. Permite pasar de una correlación débil entre “alguien” y “cualquier otra persona”, a una fuerte correlación entre el pertenecer al “sí” o “self”, en el sentido de “mío”, y “pertenecer al otro” en el sentido de “lo tuyo”.⁸⁸ Raffoul se refiere a que, a partir de esta propuesta de Ricoeur, “la autonomía es heteronomía”, y el llamado de la conciencia es una “auto-hetero-afectación”.

Responsabilidad profesional

La responsabilidad imputable al profesional de la salud se puede entender en su bidimensionalidad personal y profesional, ya que puede desarrollar una agencia moral, pero, además, tiene un rol en el cual la sociedad le brinda la confianza de realizar ciertas acciones a partir de ser dueño de un conocimiento reconocido por el colectivo. La responsabilidad profesional se relaciona con el rol asumido, así como con referentes códigos y normas derivados del propio gremio y de las cuales la sociedad demanda comportamientos esperados.

Podríamos suponer entonces que las personas responsables del proceso de atención del paciente hospitalizado son también responsables de las acciones que llevan a salvaguardar, hasta donde sea posible su integridad, disminuir su vulnerabilidad y brindar protección de lesiones derivadas de la atención médica, mediante la disminución de riesgos asociados con el comportamiento de los trabajadores de la salud e incluso de los familiares presentes.

87 François Raffoul, *The Origins of Responsibility* (Indiana University Press, 2010).

88 Paul Ricoeur, *Oneself as Another* (The University of Chicago Press, 1992).

Responsabilidad profesional del trabajador de la salud en contextos adversos

Un fenómeno difundido durante la pandemia por COVID-19 fue el “agotamiento de la compasión” o la “lesión moral”, que algunos autores relacionaron con una forma de “disonancia cognitiva” asociada a la necesidad de establecer mecanismos de defensa ante una angustia “que resulta de eventos o actos transgresores”, debido a la “interrupción o violación de su orientación existencial y sistema de valores”. Como lo describen Song y sus colaboradores, incluso puede haber “una traición a lo que se considera correcto por parte de alguien que ostenta una autoridad legítima en una situación de alto riesgo”.⁸⁹

Esto lleva a que a un estado de vulnerabilidad del personal de salud se asocie un estado de alta vulnerabilidad del paciente que depende de sus cuidados y de la forma en la que toman sus decisiones. Esta condición de vulnerabilidad y agotamiento fue retomada como argumento por los autores de la Guía para justificar la introducción del oficial de triaje y brindarle las facultades de sustituir al médico en la toma de decisiones para la suspensión de medidas de sostén de la vida de un paciente para la reasignación de recursos a otro. El fundamento era la “toma de distancia” necesaria para poder tomar decisiones sin el anclaje a la preocupación moral o experiencia emocional frente al sufrimiento de los pacientes. Esta postura, según Justin Oakley, puede denominarse como “desapego profesional”, promovida de forma sistematizada en la formación médica y cuyas consecuencias han sido ampliamente estudiadas.⁹⁰ Esta forma de “afasia moral” busca desarrollar una capacidad para salvaguardar la objetividad y templanza en situaciones de sufrimiento experimentado por los pacientes y sus familias o contextos adversos como son las situaciones de emergencia.

Oakley alerta que en algunas situaciones el profesional de la salud pueda pasarse del “desapego profesional” a un desapego cotidiano, fuera del entorno clínico e incluso a un “desapego del propio rol”, que lleva a que le sea prácticamente imposible hacer uso de su capacidad de juicio para distinguir las acciones que puedan estar legítimamente justificadas en su rol profesional de aquellas que no lo están. El autor defiende la idea de que el desarrollo de la ética de las virtudes aristotélica no sólo permite a los médicos integrar su vida profesional con la laboral de una forma armónica, sino que puede permitirles establecer vínculos con los pacientes sin perder la capacidad del ejercicio racional del análisis moral para la toma de decisiones.

Por su parte, Bernardo Zacka retoma la discusión desde las experiencias del “servidor público de a pie” que es ese trabajador que directamente interactúa con la ciudadanía, pero que también representa al Estado. Defienden la posibilidad de que las personas servidoras públicas, aún en condiciones adversas propensas a condicionar disonancia cognitiva, tienen la capacidad para generar la disposición de hacer uso de su agencia para, desde una ética de las virtudes, dirigir su acción profesional con responsabilidad.

89 Song, Ye Kyung et al., “Morally injurious experiences and emotions of health care professionals during the COVID-19 pandemic before vaccine availability”, *JAMA Network Open* 4, núm. 11 (2021): e2136150, <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.36150>

90 Justin Oakley y Dean Cocking, *Virtue Ethics and Professional Roles* (Cambridge University Press, 2001).

Conclusiones

La publicación de la *Guía para asignación de recursos en situación de contingencia* en el *Diario Oficial de la Federación* y su implementación, entre otras consecuencias, habría violado las garantías individuales de los pacientes con apoyo mecánico ventilatorio bajo el fundamento de la necesidad de reasignación de recursos escasos en el escenario de la contingencia sanitaria por COVID-19. Su publicación en los medios oficiales del Consejo de Salubridad General provocó confusión, lo cual incluso llevó al riesgo de su implementación.

Además de sus implicaciones jurídicas, el documento comprometía la integridad y la dignidad de las personas, lesionando su autonomía y condenándolas a una situación de profunda vulnerabilidad, donde la inequidad en las relaciones de poder permitiría al Estado establecer una forma de tanatopolítica sin contrapesos, al promover una ideología y moral oficiales, únicas y discriminatorias. Arrebatar la posibilidad del ejercicio de su agencia y responsabilidad profesional a los responsables directos de la atención, bajo los argumentos de eficiencia y prevención del sufrimiento moral, implicaría también una vulneración a su dignidad.

Con el fin no sólo de estar en mejores condiciones de atender contingencias futuras sino de mejorar los presentes de atención, es indispensable la promoción de capacidades éticas que retomen una lectura crítica de la ética de las virtudes para el ejercicio de la agencia en la práctica profesional. Para ello es necesario que se establezcan estrategias tanto desde el sector salud como desde el educativo, para la formación y promoción de una cultura bioética desde una perspectiva laica, lo que incluye reforzar la infraestructura, presencia y facultades de la Comisión Nacional de Bioética, la colaboración con las universidades, la apertura de espacios de diálogo con la sociedad y la búsqueda del fortalecimiento de una ciudadanía crítica, capaz de generar una disposición ética desideologizada para el ejercicio de su agencia, en una participación social plural e incluyente que pueda ayudar a la gobernanza brindando contrapesos para la regulación del Estado.



Bibliografía

Aristóteles. *Ética nicomáquea. Ética eudemia*. Gredos, 2003. Kindle.

Baylis, Françoise, Nuala P. Kenny, Susan Sherwin. "A relational account of public health ethics". *Public Health Ethics* 1, núm. 3 (2008): 196-209. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1093/phe/phn025>

Beauchamp, Tom L. y James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 5ta. ed. Oxford University Press, 2001.

Beauchamp, Tom L. y James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 7a. ed. Oxford University Press, 2012.

Bellamy, Richard. *Citizenship: A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2008.

Berlinger, Nancy, Bruce Jennings y Susan M. Wolf. *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*. 2da. ed. Oxford University Press, 2013.

Cámara de Diputados. "Libro Segundo. Título Decimonoveno. Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal Capítulo II. Homicidio". *Código Penal Federal*. Consultado el 7 de abril 2025. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Codigo_Penal_Federal.pdf

Cámara de Diputados. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>

Cámara de Diputados. *Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos*. Consultado el 7 de abril 2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lfrsp.htm>

Comisión Nacional de Bioética. *Guía nacional para el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética*. 5a ed. 2015. Consultado el 7 de abril 2025. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf

Consejo de Salubridad General. *Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica*. Consultado el 22 de abril 2025. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/550962/GuiaBioeticaTria-je_30_Abril_2020_7pm.pdf

Consejo de Salubridad General. *Misión y Visión*. 01 de enero de 2023. <https://www.gob.mx/csg/articulos/consejo-de-salubridad-general-366737?state=published>

Dahl Rendtorff, Jacob. "Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability-Towards a foundation of bioethics and biolaw". *Medicine, Health Care, and Philosophy* 5, (2002): 235-244. <http://doi.org/10.1023/a:1021132602330>

Emanuel, Ezekiel J., J. D. Govind Persad, Ross Upshur, et al. "Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19". *The New England Journal of Medicine* 382, núm. 21 (2020): 2049-55. <http://doi.org/10.1056/NEJMsb2005114>

Esposito, Roberto y Timothy Campbell. "The immunization Paradigm". *Diacritics* 36, núm. 2 (2006): 23-48. <http://www.jstor.org/stable/20204124>

Esposito, Roberto. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Amorrortu, 2011.

Esposito, Roberto. *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. Herder, 2012.

Foucault, Michel. *El cuidado de sí. Historia de la sexualidad III*. Siglo XXI, 2010.

Foucault, Michel. *La voluntad de saber. Historia de la sexualidad I*. Siglo XXI, 2011.

Foucault, Michel. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France. 1978-1979*. Picador, 2010.

Fricker, Miranda. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press, 2007. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

Gert, Bernard Charles M, Culver. Danner K. Clouser. En J. Paul Kelleher, "Beneficence, justice, and health care". *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24, núm. 1 (2014): 27-49. <https://dx.doi.org/10.1353/ken.2014.0004>

Gobierno de la Ciudad de México. "Familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19 podrán comunicarse por medio de videollamadas". 06 de mayo de 2020. <https://adip.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/familiares-de-pacientes-hospitalizados-por-covid-19-podran-comunicarse-por-medio-de-videollamadas>

Gobierno de México. "Comunicado Técnico Diario. Nuevo Coronavirus en el Mundo (COVID-19)". 14 de marzo de 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541491/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.03.14.pdf

Gobierno de México. "Estrategia sectorial ante la COVID-19". 22 de febrero de 2022. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/04/Compendio-final-240322.pdf>

González, Juliana. *Ética y libertad*. 2da. ed. Fondo de Cultura Económica, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997.

Gracia, Diego. *Bioética Clínica*. Editorial El Búho, 2004.

Grue, Jan. "The death of others. On the narrative rhetoric of neoliberal thanatopolitics". *Disability Studies Quarterly* 42, núm. 1 (2022). <https://doi.org/10.18061/dsq.v42i1.7799>

Gutting, Gary. *Foucault: A Very Short Introduction*. Oxford University Press, 2005. Kindle.

Häyry, Matti. *Roles of Justice in Bioethics*. Cambridge University Press, 2022.

Instituto Mexicano del Seguro Social. "Guía para la preparación y respuesta ante la epidemia de COVID-19 en el IMSS. Lineamientos reconversión hospitalaria fase III". 2020. Consultado el 10 de abril 2025. http://educacionensalud.imss.gob.mx/ces_wp/wp-content/uploads/2021/08/AI2-Lineamientos-Para-Reconversion-Hospitalaria-En-Fase-III.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. "IMSS garantizó atención de emergencia sanitaria mediante reconversión, apertura anticipada y expansión hospitalaria". Junio 2021. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202106/244>

Kaufman, Alexander. *Rawls's Egalitarianism*. Cambridge University Press, 2018.

Kelleher, J. Paul. "Beneficence, justice, and health care". *Kennedy Institute of Ethics Journal* 24, núm. 1 (2014): 27-49. <https://dx.doi.org/10.1353/ken.2014.0004>

Kennedy Institute of Ethics. "KIE Acting Director Dr. Daniel Sulmasy on Bioethics in the COVID-19 Pandemic". Video entrevista. 9 de abril de 2020. <https://youtu.be/okk6K0neDew>

Kennedy Institute of Ethics. "KIE Scholars React to COVID-19". Consultado el 24 de abril 2025. <https://kennedyinstitute.georgetown.edu/news-events/kie-scholars-react-to-covid-19/>

Knochel, Kathrin, Eva Maria Schmolke, Lukas Meier, et al. "Translating theories of justice into a practice model for triage of scarce intensive care resources during a pandemic". *Bioethics* 38, núm 3 (2023): 1-10. <https://doi.org/10.1111/bioe.13198>

Lemus, Rafael. "La raza cósmica". *Letras Libres*, 31 de marzo de 2010. <https://letraslibres.com/revista-mexico/iii-la-raza-cosmica/>

Martínez Bullé Goyri, Víctor M. *Consentimiento Informado. Fundamentos y Problemas de su Aplicación Práctica*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Programa Universitario de Bioética, 2017.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research. *The Belmont Report*. 1979. Consultado el 21 de abril 2025. https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf

Oakley, Justin y Dean Cocking. *Virtue Ethics and Professional Roles*. Cambridge University Press, 2001.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco. *Guide No. 2. Bioethics Committees at Work*:

Procedures and Policies. 2005. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco. *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos.* 2005. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco. *Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective.* <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>

Organización Mundial de la Salud. “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”. Consultado el 21 de abril 2025. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Presidencia de la República, Gobierno de México. “Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”. 11 de junio de 2021. <https://www.gob.mx/salud/prensa/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-274416>

Raffoul, François. *The Origins of Responsibility.* Indiana University Press, 2010.

Rawls, John. *A Theory of Justice. Revised edition.* 2da. ed. The Belknap Press of Harvard University Press, 1999.

Reyes, Alfonso. *Cartilla Moral.* Adaptado por José Luis Martínez. Gobierno de México, 2018. Consultado el 10 de abril 2025. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/427152/CartillaMoral_.pdf

Ricoeur, Paul. *Oneself as Another.* The University of Chicago Press, 1992.

Sánchez, Mariano, Eduardo González y Jaime Sepúlveda, et al. “La respuesta de México al COVID-19. Estudio de Caso”. *Institute for Global Health Science.* Consultado el 7 de abril 2025. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/wp-content/uploads/2024/02/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

Secretaría de Educación Pública. *La Nueva Escuela Mexicana: principios y orientaciones pedagógicas*. Consultado en octubre 2023. <https://dfa.edomex.gob.mx/sites/dfa.edomex.gob.mx/files/files/NEM%20principios%20y%20orientacioín%20pedagoígica.pdf>

Secretaría de Salud. “077. Se confirma en México caso importado de coronavirus COVID-19”. 28 de febrero de 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa/077-se-confirma-en-mexico-caso-importado-de-coronavirus-covid-19>

Secretaría de Salud. “092. Se declara en sesión permanente el Consejo de Salubridad General”. 19 de marzo de 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa/092-se-declara-en-sesion-permanente-el-consejo-de-salubridad-general>

Secretaría de Salud. “108. Se presentará propuesta de Guía para asignación de recursos en situación de contingencia a vocales del CSG”. 16 de abril de 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa/108-se-presentara-propuesta-de-guia-para-asignacion-de-recursos-en-situacion-de-contingencia-a-vocales-del-csg?idiom=es>

Secretaría de Salud. “Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México”. 24 de marzo 2020. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. “Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19”. 31 de marzo de 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301>

Secretaría de Salud. “COVID-19 México. Personal de salud. 28 de diciembre de 2020”. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/638101/COVID-19_Personal_de_Salud_2020.12.28.pdf

Shachar, Ayelet, Rainer Bauböck, Irene Bloemraad y Maarten Vink. “Introduction: Citizenship-Quo Vadis?”. En *The Oxford Handbook of Citizenship*, editado por Ayelet Shachar, et al. Oxford Academic, 2017.

Song, Ye Kyung, Sneha Mantri, Jennifer M. Lawson, et al. "Morally injurious experiences and emotions of health care professionals during the COVID-19 pandemic before vaccine availability". *JAMA Network Open* 4, núm. 11 (2021): e2136150. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.36150>

Spiro, Peter J. *Citizenship: What Everyone Needs to Know*. Oxford University Press, 2019.

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. "Informe Técnico Diario COVID-19 México". 19 de diciembre 2020. Consultado el 21 de abril 2025. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/601594/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.12.19.pdf

Thomas Reich, Warren. *Encyclopedia of Bioethics*. 3ra. ed, editado por Stephen G. Post. Thomson/Gale, Macmillan Reference, 1995.

Vasconcelos, José. *La raza cósmica*. Espasa-Calpe Mexicana, S.A. 1948. Consultado el 21 de abril 2025. https://enriquedussel.com/txt/Textos_200_Obras/Filosofos_Mexico/Raza_cosmica-Jose_Vasconcelos.pdf

Veatch, Robert M. *Medical Ethics*. 2da. ed. Jones and Bartlett Publishers, 1997.

Verspoor, Karin. "The evolution of clinical knowledge during COVID-19: Towards a global learning health system". *Yearbook of Medical Informatics* 30, núm. 1 (2021): 176-184. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1726503>

Vink, Maarten. "Comparing Citizenship Regimes". En *The Oxford Handbook of Citizenship*, edición en línea. Editado por Ayelet Shachar, et al. Oxford Academic, 2017.

Zaca, Bernardo. *When the State Meets the Street: Public Service and Moral Agency*. The Belknap Press of Harvard University Press, 2017.

07

CAPÍTULO

Experiencia y acciones de los comités de ética en investigación y comité hospitalario de bioética durante la pandemia por COVID-19

Samuel Weingerz Mehl. Hospital General “Doctor Manuel Gea González”.

Los coronavirus son virus RNA, cadena simple no segmentada en sentido positivo, que generalmente causan infecciones zoonóticas.¹ En los últimos años su transmisión ha causado importantes pandemias: como la del síndrome respiratorio agudo (SARS) en 2003, el síndrome respiratorio de oriente medio (MERS) en 2012 y el SARS-CoV-2 en 2019.^{2,3}

A finales del año 2019 se identificó un nuevo coronavirus como causa de neumonía en un grupo de pacientes en Wuhan, Hubei, China. Éste se propagó rápidamente, lo que causó una epidemia en ese país, seguida de un número creciente de casos en otros países. En febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que se trataba de un nuevo beta-coronavirus como agente causal y designó a esta nueva entidad como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). El 11 de marzo del 2020, la OMS declaró esta nueva enfermedad una pandemia mundial.⁴ En México, el primer caso se detectó el 27 de febrero de 2020, y para el 24 de marzo se identificó transmisión local. A la fecha se han confirmado más de 5 millones de casos a nivel mundial con más de 6 millones de defunciones. México es considerado uno de los países más afectados por la pandemia; hacia finales del 2020 ya se habían documentado un total 5 millones 772 mil 966 casos con 324 mil 895 defunciones.⁵

Los adultos con COVID-19 generalmente experimentan síntomas leves a moderados (85 % de los casos), mientras que 14 % presenta cuadros severos que requieren hospitalización; de éstos 2 % requiere ingresar a cuidados intensivos. Esto puede variar dependiendo de la variante, ya que en el caso de ómicron (B.1.1.529) se presentan cuadros leves, generalmente con tasas menores de hospitalización y defunciones.⁶

Si bien numerosas terapias han sido (y están siendo) exploradas en diferentes etapas de la COVID-19, para los pacientes con enfermedad severa, en especial para los pacientes que se encuentran en la UCI (unidad de cuidados intensivos), los tratamientos disponibles son limitados. Remdesivir fue el primer tratamiento aprobado por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos) para su uso en pacientes adultos y pediátricos hospitalizados con COVID-19. La dexametasona (con o sin remdesivir) y baricitinib (más remdesivir) (utilizados bajo una AUE, autorización para uso de emergencia) se recomiendan para los pacientes hospitalizados que necesitan la administración de oxígeno mediante un dispositivo de flujo elevado, o bien ventilación no invasiva. La dexametasona se recomienda para aquellos pacientes que necesitan una ventilación mecánica invasiva o tratamiento de ECMO (extracorporeal membrane oxygenation, oxigenación por membrana extracorpórea). La FDA emitió una autorización por excepción para tocilizumab para el tratamiento de pacientes hospitalizados que reciben

1 Thomas Waterfield et al., "Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies in children: a prospective multicentre cohort study", *Archives of disease in childhood* 106, núm. 7 (2021): 680–686, <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320558>

2 Christl A. Donnelly et al., "Epidemiological determinants of spread of causal agent of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong", *The Lancet* 361, núm. 9371 (2003): 1761-6, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13410-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13410-1)

3 Simon Cauchemez et al., "Middle East respiratory syndrome coronavirus: quantification of the extent of the epidemic, surveillance biases, and transmissibility", *The Lancet Infectious Diseases* 14, núm. 1 (2014): 50-56, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70304-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70304-9)

4 Yuanyuan Dong et al., "Epidemiology of COVID-19 Among Children in China", *Pediatrics* 145, núm. 6 (2020): e20200702, <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>

5 Edgar Ortiz-Brizuela et al., "Clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with COVID-19 in a tertiary care center in Mexico City: A prospective cohort study", *Revista de Investigación Clínica* 72, núm. 3 (2020): 165-77, <https://doi.org/10.24875/RIC.20000211>

6 Conacyt, "COVID-19 México", consultado el 03 de junio 2022, <https://datos.covid-19.conacyt.mx>

corticosteroides y necesitan oxígeno suplementario, ventilación mecánica invasiva o no invasiva o ECMO. Existe una necesidad médica no satisfecha, sustancial, de tratamientos para los pacientes con COVID-19 severa para reducir la tasa de mortalidad y salvar vidas.^{7,8,9}

En este capítulo intentamos mostrar que a partir de ese momento —marzo 2020— México entró en una nueva realidad. Tomando en cuenta que la sociedad cuenta con nuevos rasgos en su participación en la salud, debemos considerar que la población, en general, tiene un reconocimiento del respeto al principio de su autonomía como derecho fundamental; un segundo rasgo es que la mayor parte de la población cuenta con acceso a información por medio de diversas nuevas tecnologías como internet; un tercer rasgo es que presume cierta exigencia de resultados y, por tanto, la posibilidad de establecer actos de responsabilidad hacia el personal de salud, por cualquiera de las vías administrativa, civil o penal. Para mostrar esta nueva realidad daré un par de ejemplos: en el Hospital de las Américas de Ecatepec, familiares ingresaron a la fuerza a las instalaciones al no obtener información sobre el estado de salud de sus pacientes. Otro ejemplo es la siguiente nota: “Es triste y se siente frustración. Después de aquel día nos enteramos de que [al personal de salud] no les rentaban casas o que los bajaban del autobús”. Luego de ello, algunos hospitales dieron la instrucción de acudir a trabajar “vestidos de civil” para evitar agresiones. Así, en México, llevar el uniforme blanco podía ser motivo para que te bajaran de un transporte público o te impidieran el paso a un establecimiento comercial. Existía mucho temor y miedo al contagio y los profesionales de la salud corrían el riesgo de ser estigmatizados por “miedo, desinformación y desconfianza”.

Experiencia y acciones tomadas por los comités en el Hospital General de segundo nivel

Un marco éticamente sólido para la atención durante las emergencias sanitarias debe equilibrar el deber de cuidado centrado en el paciente, y los deberes centrados en la salud pública, para promover igualdad y equidad en acceso a los servicios. El enfoque de la ética clínica y el cambio de la práctica centrada en la atención del paciente, guiada por consideraciones de salud pública, crea una gran tensión, especialmente para los médicos que no están acostumbrados a trabajar en condiciones de emergencia con recursos escasos como sucede en nuestros hospitales públicos. Recuerdo que de las primeras acciones de bioética solicitadas por la directiva en nuestra institución fue ayudar en la orientación ética de diversos aspectos que sobrevienen con la pandemia. Por fortuna, pudimos obtener esta experiencia previa en pandemias gracias a un documento de la OMS

7 CDC, “Science Brief: Emerging SARS-CoV-2 Variants”, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases, *cdc COVID-19 Science Briefs*. Centers for Disease Control and Prevention, actualizado el 28 de enero 2021, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34009774/>

8 Wei-jie Guan et al., “Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China”, *The New England Journal of Medicine* 382, núm. 18 (2020): 1708-20, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>

9 National Institutes of Health, *COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines*, consultado el 04 de abril 2025, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570371/pdf/Bookshelf_NBK570371.pdf

y también del Hastings Center que emitió, muy precozmente, en marzo 2020, unas recomendaciones en las que nos apoyamos y que nos ayudaron como guías éticas durante la pandemia.^{10,11,12,13}

La pandemia por COVID-19 causó una emergencia de salud pública, lo que provocó que se interrumpieran los procesos normales para la atención al paciente éticamente sólida; me refiero a considerar, en medida de lo posible, las preferencias y valores del paciente. Sin embargo, considerar la salud pública tiene como objetivo promover la salud de la población, minimizando la morbilidad y la mortalidad mediante el uso prudente de recursos que, especialmente en una emergencia, pueden requerir limitaciones en los derechos y preferencias individuales.

Estos documentos referidos y publicados por el Hastings Center, mencionan tres deberes éticos que debíamos implementar para responder a la pandemia por COVID-19, los cuales me permito transcribir de manera resumida.

Recomendaciones del Hastings Center

Planificar. El deber de planificar

Los líderes de atención médica tienen el deber de planificar el manejo de los desafíos éticos previsibles durante una emergencia de salud pública. Estos desafíos éticos surgen cuando hay incertidumbre sobre cómo “hacer lo correcto” en la práctica clínica cuando los deberes o los valores entran en conflicto. Estos desafíos afectan la fuerza laboral de atención médica.

La planificación para desafíos éticos previsibles incluye la identificación de posibles decisiones. En una emergencia de salud pública que presenta una enfermedad respiratoria grave, es posible que se deban tomar decisiones de clasificación sobre el nivel de atención (uci o sala médica); inicio de tratamiento de soporte vital (incluyendo RCP —reanimación cardiopulmonar— y soporte de ventilación); retirada del tratamiento de soporte vital y derivación a cuidados paliativos (centrados en la comodidad) si no se inicia o se retira el tratamiento de soporte vital. También es posible que se deban tomar decisiones de clasificación en relación con la escasez de personal, espacio y suministros.

Salvaguardar. El deber de salvaguardar

Al apoyar a los trabajadores y al proteger a las poblaciones vulnerables. Responder a emergencias de salud pública incluye salvaguardar la fuerza laboral de atención médica. Durante una oleada de enfermedades infecciosas, en medio del deterioro de las condiciones ambientales, los médicos y

10 The Hastings Center, “COVID-19: Supporting Ethical Care and Responding to Moral Distress in a Public Health Emergency. Guidance, tools, and resources for Hospital Ethics Committees (HECs) and Clinical Ethics Consultation (CEC)”, marzo 2020, consultado el 4 de abril 2025, <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/SlideDeck-HECCEC-COVID-19-Readiness.pdf>

11 Organización Panamericana de la Salud, “Modelo y pautas operativas para la revisión y supervisión éticas de las investigaciones relacionadas con COVID-19”, 15 de abril 2020, consultado el 4 de abril 2025, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52087/OPSHSSBIOCOVID19200007_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

12 Organización Panamericana de la Salud, “Orientaciones para establecimientos de salud sobre la prevención y el control de infecciones en la respuesta a emergencias de salud y desastres”, 2023, consultado el 4 de abril 2025, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57719/OPSPHECPICOVID19230010_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13 Organización Mundial de la Salud, “Orientación técnica y por país: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)”, consultado el 4 de abril de 2025, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>

no médicos, como el personal de mantenimiento, pueden correr un mayor riesgo de sufrir daños laborales. Las poblaciones vulnerables durante una emergencia de salud pública incluyen aquellas con mayor riesgo de COVID-19, debido a factores como la edad o las condiciones de salud subyacentes, y aquellas con barreras preexistentes para el acceso a la atención médica, debido a factores como el estado migratorio. Las instituciones de salud que emplean o permiten su asistencia, como estudiantes de medicina y de enfermería, deben reconocer a estos trabajadores como una población vulnerable.

Guiar. El deber de tener guías y pautas de atención

Estas guías deben considerar niveles de atención de contingencia y estándares de atención de crisis. La tensión entre la orientación de igualdad y equidad de la ética de la salud pública, debe ser expresada a través de la asignación justa de recursos limitados y un enfoque en la seguridad pública, y la orientación de la ética clínica centrada en el paciente y expresada a través del respeto por los derechos y preferencias de los pacientes individuales. Es severo cuando las intervenciones de soporte vital no están disponibles para todos los pacientes que podrían beneficiarse de estas intervenciones y probablemente las elegirían. Una enfermedad respiratoria grave como la COVID-19 puede requerir soporte de ventilador o ECMO para pacientes en estado crítico en una uci, con monitoreo continuo por parte de técnicos respiratorios y enfermeras de cuidados intensivos. Pero las camas y el personal de la uci son recursos escasos, y una oleada de pacientes en estado crítico podría llenar rápidamente las camas disponibles. También es de esperar escasez de muchos otros tipos: de personal, espacio y suministros. El orden de llegada es un enfoque insatisfactorio para la asignación de recursos críticos: un paciente en estado crítico que espera una cama en la uci podría beneficiarse mejor de este recurso que un paciente que ya está en la uci cuya condición no mejora.

Una emergencia de salud pública requiere la planificación y la posible implementación de una serie de contingencias para gestionar el aumento de la demanda de atención y la escasez de recursos. Los niveles de atención de contingencia en condiciones de emergencia reducen, inevitable y gradualmente, la calidad de la atención debido a los límites de personal, espacio y suministros. Los protocolos de control de infecciones reducen la calidad de la atención de otras maneras, como al restringir las visitas.

Los servicios de ética institucional de un hospital o sistema de salud, incluida la consulta de ética clínica (cec), deben funcionar como recursos para los médicos que experimentan incertidumbre y angustia en condiciones normales. La incertidumbre y la angustia previsibles que enfrentarán los médicos y los equipos en condiciones de contingencia o crisis exigen una preparación enfocada por parte de los servicios de ética institucional; de tal manera que la directiva de la institución procedió de manera muy temprana a realizar la planificación para llevar a cabo el cambio a hospital covid, solicitando ventiladores y equipos de protección, capacitando personal, etcétera. Además se tomó la directriz de salvaguardar a todo el personal adulto mayor, así como personas vulnerables, entre los que se encontraban estudiantes de pregrado de medicina y de enfermería, fueran retirados del hospital.

Finalmente se llevaron a cabo guías para atención adecuada de manejo sanitario, manejo e identificación de cadáveres, guías para el consentimiento informado por aislamiento, ayuda para

la salud mental a pacientes, familiares y personal de salud. Dicho esto, a continuación, me referiré específicamente a acciones y experiencias de los comités.

Cuestiones especiales en los aspectos éticos en investigación durante la pandemia

1. El Comité de Ética en Investigación (CEI) estuvo dividido parcialmente en hospital y parcialmente en trabajo en hogar en línea. La sala de juntas con sana distancia y pocos miembros.
2. Era requerido presentar los proyectos y protocolos con rapidez en sesiones extraordinarias, pero con estricta observación ética.
3. Los médicos al frente de los casos no tenían tiempo para elaborar un proyecto de investigación, por lo que había que ayudarlos en la hechura de sus proyectos y nos compartían sus ideas y objetivos.
4. La mayor parte o toda la investigación no tenía un marco de referencia específico de las maniobras diagnósticas o tratamientos propuestos, por lo que se ayudó a buscar referencias y marco de referencias que permitieran iniciar estos proyectos.
5. No había fondos propios en los hospitales para financiar proyectos; algunos investigadores y médicos tratantes consiguieron financiamiento para su investigación y había que hacer los convenios de manera expedita.
6. La industria farmacéutica estuvo muy interesada con algunos proyectos y se buscó agilizar los trámites.

El CEI actuó bajo el sustento legal de la Ley General de Salud, en sus artículos 102 y 103, que transcribo por su importancia:

Artículo 102. La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitación, o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos.

Artículo 103. En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar recursos terapéuticos o de diagnóstico bajo investigación cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento informado por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables.¹⁴

El comité tomó los siguientes acuerdos, apoyados por nuestros directivos y con sustento en el modelo y las pautas operativas y las estrategias para agilizar la revisión y supervisión ética, publicadas por la Organización Panamericana de Salud el 7 y el 15 de abril de 2020,¹⁵ consideraciones especiales que se reflexionaron al interior del comité.

14 Ley General de Salud, *Cámara de Diputados*, última reforma publicada DOF 07-06-2024, consultada el 22 de agosto 2024, <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

15 Organización Mundial de la Salud, "Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)", consultado el 4 de abril 2025, <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

- Es sin duda un tema de investigación que tiene valor social.
- Requiere de gran ayuda metodológica en su ensamblaje para obtener resultados con objetivos específicos.
- Los proyectos se deben dictaminar con rapidez, eficacia y conocimiento ético y legal.
- Se requirió de un subcomité *ad hoc* que ayudara a los clínicos sólo con la idea precisa de hipótesis y objetivos que les apoyara a ensamblar todo el proyecto desde el punto de vista de búsqueda de referencias metodología adecuada y validación estadística.
- Describir con claridad cómo se cuidarían los aspectos que permitieran maximizar beneficio y minimizar el riesgo.
- Se puso especial atención a los criterios de inclusión para sujetos en la investigación.
- Los directivos institucionales y el comité estarán en comunicación con la industria farmacéutica para lograr sinergias y conseguir el financiamiento adecuado, así como el número de sujetos necesarios.

Cuestiones especiales en los aspectos del Comité Hospitalario de Bioética durante la pandemia

Por parte del comité hospitalario de bioética un tema que se trabajó y sobre el cual se llegó a acuerdos fue sin duda el tema del consentimiento informado:

- Consentimiento informado de ingreso; un complemento (aislamiento).
- Consentimiento informado de cada tratamiento específico que no fuera el ordinario y no aprobado.
- El paciente puede estar en condiciones de firmar y mostrar su autonomía, pero no siempre.
- No hay familiares ni testigos debido a la necesidad de aislamiento por ser pacientes COVID-19.

Por ello se formularon los siguientes puntos:

1. Cuando el paciente pueda firmar el consentimiento informado, siempre deberá hacerlo con firma de testigos, como personal de enfermería, trabajo social o médicos.
2. Antes de aceptar de esta manera el consentimiento informado, el familiar responsable que fue designado al ingreso y admisión del paciente deberá ser informado vía telefónica cuando menos.
3. El consentimiento informado explicaría que, ante las circunstancias, los tratamientos que se intentan explorar han sido utilizados en humanos, pero para otras enfermedades, y se conoce su modo de acción, dosis y eventos adversos.
4. Además de la gratuidad de la maniobra, en especial se cuidaría la confidencialidad y privacidad de la información (investigación); podría retirarse en cualquier momento que se deseara, bastaba con avisar al investigador.

Otras acciones fueron relacionadas con temas por considerar en ese momento:

- Aislamiento de pacientes y familiares.
- Comunicación telefónica con familiares.
- Reconocimiento del cuerpo y destino final.

Algunas conclusiones de los hechos acaecidos en 2020-2021 durante la pandemia fueron las siguientes:

- En general, la mayor parte de las publicaciones describen que no lograron tener solidez en el conocimiento adquirido, y están publicando como casos y experiencias para acumular conocimiento.
- Precisamente por la emergencia, es necesario cuidar y vigilar aún más los aspectos éticos conocidos como imperativos para investigación con humanos.

Consideraciones y aspectos bioéticos

- La recomendación debe centrarse no sólo en las consecuencias utilitarias, sino además en la dignidad y respeto a los derechos humanos de cada paciente; en el manejo de situaciones de conflicto, problemas y dilemas que surjan durante el actuar diario (casos).
- Consentimiento informado para pasar de terapia convencional a cuidados paliativos.
- Voluntades anticipadas, documento y formato.
- La bioética debe reflexionar, de preferencia de manera colegiada, plural e interdisciplinaria, para disminuir o abatir estos temas.
- En el sustento académico y de evidencia para apoyar o no si una sustancia puede ser utilizada con esta nueva indicación.

Es muy relevante comentar que actuamos institucionalmente basados en las orientaciones y guías de la OMS y la OPS. El objetivo de las presentes orientaciones es contribuir a la preparación y la disposición operativa de los establecimientos de salud para la prevención y el control de infecciones (PCI) frente a emergencias de salud y desastres, incluida la COVID-19.

Consideraciones clave:

- Es importante implementar y fortalecer las medidas de prevención y control de infecciones para la respuesta médica en los establecimientos de salud durante situaciones de emergencia de salud y desastres.
- Se debe garantizar la seguridad del personal que trabaja en la institución de salud (personal administrativo y asistencial), pacientes y visitantes, mediante la prevención de la contaminación cruzada y la contención de la propagación de eventos que pudieran desencadenar emergencias de salud.

- En situaciones donde el programa de prevención y el control de infecciones sea limitado o inexistente, es importante, como primer paso, asegurar la aplicación inmediata de, al menos, alguno de los siguientes requisitos mínimos pertinentes a la COVID-19 y también a otras enfermedades:
 - ◆ Tomar las precauciones estándares o habituales con todos los pacientes que ingresan al establecimiento de salud.
 - ◆ Llevar a cabo la clasificación de pacientes.
 - ◆ Garantizar la identificación temprana y el control de la fuente de infección.
 - ◆ Tomar precauciones adicionales para los casos en los que no se ha confirmado la infección.
 - ◆ Aplicar controles administrativos.
 - ◆ Aplicar controles ambientales y técnicos.

Conclusiones

La bioética institucional de un hospital o sistema de servicios de salud debería incluir la consulta y consejería a través del comité hospitalario de bioética y del comité de ética en investigación o como consulta de experto para funcionar como un recurso para los médicos que experimentan incertidumbre y angustia en estas condiciones.

El apoyo a la práctica ética con integridad científica y profesional es crucial para el cuidado total de la salud y el bienestar de toda la fuerza laboral, y de la población en general.



Bibliografía

- Brizuela, Edgar Ortiz, Marco Villanueva-Reza, María F. González-Lara, et al. "Clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with COVID-19 in a tertiary care center in Mexico City: A prospective cohort study". *Revista de Investigación Clínica* 72, núm. 3 (2020): 165-77. <https://doi.org/10.24875/RIC.20000211>
- Cauchemez, Simon, Christophe Fraser, Maria D. Van Kerkhove et al. "Middle East respiratory syndrome coronavirus: quantification of the extent of the epidemic, surveillance biases, and transmissibility". *The Lancet Infectious Diseases* 14, núm. 1 (2014): 50-56. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70304-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70304-9)
- CDC. "Science Brief: Emerging SARS-CoV-2 variants". Actualizado el 28 de enero 2021. Consultado el 4 de abril 2025. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570441/pdf/Bookshelf_NBK570441.pdf
- Conacyt. "COVID-19 México". Consultado el 3 de junio 2022. <https://datos.covid-19.conacyt.mx>
- Dong, Yuanyuan, Xi Mo, Yabin Hu, et al. "Epidemiology of COVID-19 among children in China". *Pediatrics* 145, núm. 6 (2020): e20200702. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>
- Donnelly, Christl A., Azra C. Ghani, Gabriel M. Leung, et al. "Epidemiological determinants of spread of causal agent of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong". *The Lancet* 361, núm. 9371 (2003): 1761-6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13410-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13410-1)
- Guan, Wei-jie, Zheng-yi Ni, Yu Hu, et al. "Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China". *The New England Journal of Medicine* 382, núm. 18 (2020): 1708-20. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
- Ley General de Salud. Cámara de Diputados. Última reforma publicada DOF 07-06-2024. Consultada el 22 de agosto 2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

National Institutes of Health. *COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines*. Consultado el 4 de abril 2025. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570371/pdf/Bookshelf_NBK570371.pdf

Organización Mundial de la Salud. “Orientación técnica y por país: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)”. Consultado el 4 de abril de 2025. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>

Organización Mundial de la Salud. “Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)”. Consultado el 4 de abril de 2025. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Organización Panamericana de la Salud. “Modelo y pautas operativas para la revisión y supervisión éticas de las investigaciones relacionadas con COVID-19”, 15 de abril 2020. Consultado el 4 de abril 2025. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52087/OPSHSSBIOCOVID19200007_spapdf?sequence=6&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. “Orientaciones para establecimientos de salud sobre la prevención y el control de infecciones en la respuesta a emergencias de salud y desastres”, 2023. Consultado el 4 de abril 2025. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57719/OPSPHECPICOVID19230010_spapdf?sequence=1&isAllowed=y

The Hastings Center. “COVID-19: Supporting Ethical Care and Responding to Moral Distress in a Public Health Emergency. Guidance, tools, and resources for Hospital Ethics Committees (HECS) and Clinical Ethics Consultation (CEC)”, marzo 2020. Consultado el 4 de abril 2025. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/SlideDeck-HECCEC-COVID-19-Readiness.pdf>

Waterfield, Thomas, Chris Watson, Rebecca Moore, et al. “Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies in children: a prospective multicentre cohort study”. *Archives of disease in childhood* 106, núm. 7 (2021): 680-6. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320558>

08

CAPÍTULO

Cuidados paliativos domiciliarios de excelencia. Instrumento ideal para la atención a pacientes COVID en fase terminal

Michelle Charlotte Coulon Herbelin. Universidad Panamericana, Centro de Cuidados Paliativos de México.

Mónica Jaimes Palomera. Secretaría del Medio Ambiente de la Ciudad de México, Subdirección de Análisis y Modelación.

Luz María Pichardo García. Programa de Ciencias con especialidad en Bioética en la UNAM.

Lo esencial es respetar la dignidad hasta el final

Es universalmente aceptado que “a cada ser humano, desde la concepción hasta la muerte natural, se le debe reconocer la dignidad de persona. Este principio fundamental [...] debe ocupar un lugar central en la reflexión ética sobre la investigación biomédica que reviste una importancia siempre mayor en el mundo de hoy”.¹

El ser humano tiene un valor en sí mismo, difícilmente medible, que se ha de reconocer y respetar por encima de cualquier situación, condición o etapa de la vida. El respeto de esa dignidad es universal, concierne a todos los seres humanos, porque cada uno lleva inscrito en sí mismo, de manera indeleble, su propio valor.² Una de las enseñanzas más relevantes en la pandemia ha sido reconocer y respetar esta dignidad y sea cualesquiera la vía que se utilice, realizar acercamientos consoladores a los pacientes en los instantes previos a la muerte es una clara muestra de ello. Los cuidados paliativos implican ese acompañamiento, cercanía y comprensión; también para los familiares, simultáneamente y después. En estos años en los que vivimos las consecuencias de una calamidad natural desconocida, atravesamos dramas difíciles de curar, ni a corto ni a mediano plazo. En numerosas ocasiones tampoco a largo plazo.

Esto se debe, en gran medida, a la ausencia de una cultura que sepa disponerse para la muerte cuando venga y como venga. En la sociedad occidental, por lo general, las personas no se preparan para la muerte. Hablar de ello es de mal gusto y vivimos como si fuéramos a vivir para siempre. La muerte es una realidad en la que se evita pensar y que se ve lejana. Al recibir un diagnóstico de cáncer, un accidente incapacitante o de otra enfermedad terminal, se empiezan a plantear preguntas nunca pensadas sobre cómo serán esos momentos: ¿podré tolerar el dolor?, ¿el sufrimiento?, ¿qué opciones tengo?, ¿mejor adelanto mi muerte?, ¿cómo prepararme para irme dignamente de este mundo?³

Aparición de la COVID-19

Con la aparición de la COVID-19, todas estas interrogantes nos llegaron por sorpresa. Nadie estaba en guardia y algo nunca vivido por las generaciones actuales se hizo presente: un virus que sobrepasó nuestros conocimientos y experiencias y ganó muchas batallas; nos avasalló. Podría ayudar si fuéramos congruentes con lo que esperamos de la vida, el sentido que le damos a lo que nos sucede, ya sea positivo o negativo: alegrías y fracasos; la presencia inevitable de la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, y la certeza de una muerte, a veces no esperada. Estaríamos preparados un poco mejor para situaciones como las que provocó la pandemia: con menor incertidumbre con respecto a cómo enfrentar estos casos extremos que sucedieron a gran escala; con más ecuanimidad y control de emociones, permitir una aceptación del final de una vida cercana o la propia; con menor ansiedad y sin dramas, aunque sí viviendo un duelo obligado. Una aceptación dolorosa

1 Congregación para la Doctrina de la Fe, “Instrucción *Dignitas Personæ*. Sobre algunas cuestiones de bioética” (La Santa Sede, 2008), consultado el 07 de abril 2025, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_sp.html

2 Harvey Max Chochinov, “Dignity. Dignity? Dignity!”, *Journal of Palliative Medicine* 11, núm. 5 (2008): 674-5, <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.9910>

3 Juan Gervas, “Pacientes terminales”, *El País*, 25 de abril 2005, https://elpais.com/diario/2005/04/26/salud/1114466408_850215.html

sí, pero que haya madurado desde que tenemos uso de razón, como parte de la vida, ello es una protección efectiva para este tipo de desastres naturales. Deberíamos formar, especialmente a los niños, en la preparación y asimilación de este tipo de sucesos inevitables, y que muchas veces conduce a la realidad más segura de la existencia: la muerte, sin traumas o miedos, aprendiendo a vivir y superar el dolor y encontrando un sentido, un valor al que aferrarse. Obviamente no fue el caso en la mayoría de los países, mucho menos en nuestro país.

¿Es posible medir la dignidad en la última fase de la vida?

En Manitoba, Canadá, el doctor Harvey Chochinov ha desarrollado, desde hace más de 40 años, una teoría y varios instrumentos para medir la dignidad en enfermos terminales que han sido validados en numerosos pacientes de diversos países del mundo,⁴ y que han facilitado enormemente a la gran mayoría de ellos la posibilidad de reducir el dolor existencial y favorecer una despedida más armónica con sus seres cercanos. En este estudio aplicamos uno de ellos con resultados muy provechosos: el *Inventario de la Dignidad del Paciente*.⁵

La cuestión más relevante es definir, a través de este inventario, cuál o cuáles son los aspectos a los que el paciente da mayor importancia para sus últimos días u horas y enfocarse en ellos para disminuir su estrés y angustia y permitirle una agonía serena y consciente. Es aquí cuando la medicina se transforma y deja de ser esencialmente acción, para ser gesto y palabra. Pareciera que aquí deja de ser medicina, pero no es así: justamente es cuando más lo es (Foucault). En efecto, en la mayoría de los casos ya no había más qué hacer. Una palabra, una presencia, quizá a través de un celular. Un adiós que no se dio.

¿Cómo se conforma un equipo de cuidados paliativos?

Cuando el médico tratante detecta que el enfermo no responde a los tratamientos curativos es su deber informarle, con calidez humana, que debe pasar a un tratamiento paliativo. Si el enfermo no tiene que estar hospitalizado, lo mejor es quedarse en casa, acompañado por el cuidador principal y apoyado por un equipo interdisciplinario de salud que establecerá estrategias destinadas a aliviar el dolor y diferentes síntomas del paciente. Este apoyo le dará confianza y asegurará los pasos a seguir en los últimos momentos.

Es importante que haya un algólogo dentro del equipo de Cuidados Paliativos Domiciliarios de Excelencia. Los recursos médicos actuales pueden aliviar la mayoría de los dolores sin dejar al paciente somnoliento gran parte del día y con efectos secundarios mínimos. La algología es un arte; siempre se deberán tomar las diferentes decisiones sobre sedación y otros tratamientos junto

4 Harvey Max Chochinov, "Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad", trad. Carolina Casañas i Comabella, *Medicina Paliativa* 16, núm. 2 (2009), https://www.researchgate.net/publication/234064509_Dignidad_y_la_esencia_de_la_medicina_el_A_B_C_y_D_del_cuidado_centrado_en_la_dignidad_translated_into_Spanish_by_Carolina_Casanas_i_Comabella

5 Harvey Max Chochinov et al., "The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care", *Journal of Pain and Symptom Management* 36, núm. 6 (2008): 559-71, [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00250-9/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(08)00250-9/fulltext)

con el paciente y su cuidador principal, respetando su legítima autonomía. En la mayoría de las instituciones de salud, lamentablemente, no se está aplicando todavía de manera sistemática esta atención domiciliaria por equipos especializados en Cuidados Paliativos. En los escasos lugares donde sí se han implementado han tenido un excelente resultado, en especial cuando se cuenta con cuidadores primarios responsables y comprometidos con el paciente.

En México es muy reciente el interés por los Cuidados Paliativos. En el Hospital General y en algunos otros institutos de salud de la Ciudad de México, desde la década de los noventa del siglo xx, se formaron diferentes clínicas del dolor con la buena intención de paliar, pero sin realizar formalmente un cuidado paliativo. En Guadalajara, jóvenes médicos preparados en Canadá y en Estados Unidos iniciaron los Cuidados Paliativos de manera más formal en el Nuevo Hospital Civil. En 2001 se creó un centro de Dolor y Cuidados Paliativos, denominado Palia, en el Hospital General de Occidente.

En 2006 apareció otra fundación privada en México llamada Centro de Cuidados Paliativos de México, Institución de Asistencia Privada. Su principal objetivo son los cuidados paliativos domiciliarios de excelencia, dada la gran necesidad que tienen los pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal y su familia de alguien que los oriente y apoye en esta fase. Por lo general son enviados a sus casas, por máximo beneficio, sin recursos, ni idea alguna acerca de los cuidados requeridos por el enfermo terminal en esas circunstancias.

La especialidad médica en Cuidados Paliativos adquirió mayor importancia en México cuando se modificó la Ley General de Salud, el 5 de enero de 2009. Se reformó y adicionó la Ley en materia de Cuidados Paliativos;⁶ más tarde, en 2013, se estableció una normativa muy completa y detallada sobre este tema.⁷ Se trata de lineamientos muy completos que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente por parte de un equipo interdisciplinario.

Actualmente, en numerosos centros hospitalarios, el elevado número de pacientes excede la capacidad del profesional de salud, están rebasados. Esto deriva con frecuencia en una atención precipitada, deshumanizada, sin recursos suficientes y que repercute en el trato al paciente, quien sufre las consecuencias de la falta de preparación de médicos y enfermeras para encauzar, en particular, a la fase paliativa a los pacientes que ya no tienen esperanza de curación, sin culpa del personal de salud.

El enfermo terminal y sus familiares requieren una atención personalizada y profesional en su domicilio, dada la fase crítica que atraviesan. Es importante cuidarlos para evitar que gasten su poca energía en desplazamientos excesivos por la ciudad para llegar al hospital, sino al contrario: hacer llegar el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos a donde están ellos. Lamentablemente falta la infraestructura más elemental.

Una persona debería terminar su vida con mayor conciencia y con la dignidad que le confiere su calidad de ser humano, sea quien sea. Pero en el mundo no existen equipos de cuidados paliativos domiciliarios de excelencia bien capacitados para atender la demanda, tampoco en nuestro país. Nos quedamos muy cortos y más en este 2020-21, con la escasez de medicamentos y perso-

6 Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, *Diario Oficial de la Federación*, DOF, 5 de enero 2009, consultado el 7 de abril 2025, https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009#gsc.tab=0

7 Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos, DOF 09 de diciembre 2014, consultado el 7 de abril de 2005, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014#gsc.tab=0

nal. En todo México existen —hoy por hoy— únicamente 120 centros dedicados a ello. De manera que muy pocas personas (menos de 13 %) y sus familiares pueden acceder al apoyo médico y paliativo que les permita vivir con compañía, sin drama y sin angustia sus últimos días.

Este estudio es uno de los primeros en México en utilizar el *Inventario de la Dignidad del Paciente* de Chochinov en enfermos terminales de diversos padecimientos. Se espera con este estudio, demostrar su eficacia para que pueda ser utilizado en las instituciones de salud con una oportuna medicina paliativa, domiciliaria o no. En especial en casos como el que vivimos recientemente, de gran magnitud, como el del coronavirus durante el cual se registraron 704 millones 753 mil 890 casos de contagio en todo el mundo, de los cuales fallecieron 7 millones 010 mil 681. Prácticamente 10 %.⁸

Se eligió el *Inventario de la Dignidad del Paciente* de Chochinov dado el éxito que ha demostrado este cuestionario en Canadá, Estados Unidos, Italia, Alemania, Japón, Inglaterra, Australia, Corea y muchos otros países donde este instrumento ha probado devolver, en gran medida, a la población que se acerca a la muerte, el sentido de lo que está atravesando y el respeto a su dignidad personal, sus valores y convicciones.⁹

El objetivo de este estudio es evaluar el *Inventario de la Dignidad del Paciente* en una muestra de enfermos terminales de la Ciudad de México tratados en un Centro de Cuidados Paliativos Domiciliarios; evaluar si les ayuda a los especialistas a enfocarse en los puntos clave que requiere cada paciente, para definir los cauces adecuados y lograr una mejora significativa de sus últimos días u horas: decir “No estás sola/o” de alguna manera.

Aplicación del *Inventario de la Dignidad del Paciente*

Se manejó un diseño cualitativo, descriptivo, inductivo¹⁰ en una población de enfermos terminales dependientes del Centro de Cuidados Paliativos de México: Cecpam. Con el propósito de ubicar de forma eficiente y rápida los factores o aspectos que más peso tienen (análisis de matriz de correlación)¹¹ para cada paciente y en los que se debe trabajar para recuperar su dignidad y mejorar su calidad de vida. Se obtuvo el permiso verbal para utilizar los datos demográficos de los expedientes de los pacientes.

La población de estudio fueron los enfermos atendidos entre 2013 y 2014, quienes aceptaron libre y voluntariamente participar en las entrevistas. El muestreo fue intencionado¹² y el tamaño de la muestra fue de $n = 40$.¹³

8 Worldometer, “Cifras mundiales globales del covid”. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

9 Harvey Max Chochinov et al., “Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life”, *Journal of Clinical Oncology* 23, núm. 24 (2005): 5520-5, <http://www.secpal.com/biblioteca/index.php?acc=verart&idart=448>, <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>

10 Roberto Hernández Sampieri et al., *Metodología de la investigación* (McGraw Hill España, 2014). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>

11 Hernández Sampieri et al., *Metodología de la investigación* (McGraw Hill, 1991), 184.

12 Fred N. Kerlinger y Howard B. Lee, *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales* (McGraw Hill Interamericana, 2002), 541-543.

13 Sonia Pértegas Díaz y Salvador Pita Fernández, “Determinación del tamaño muestral para calcular la significación del coeficiente de correlación lineal”, *Cadernos de atención primaria* 9, núm. 4 (2002): 209-211, <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral-para-calcular-significacion-coeficiente-correlacion-lineal/relacion-entre-variables-cuantitativas/>

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Pacientes atendidos por el equipo de Cecpam en sus domicilios entre agosto de 2013 y febrero de 2014.
2. Que acepten participar libremente.
3. Atendidos por segunda ocasión por el equipo.
4. Mayores de 18 años.

El criterio de exclusión se aplicó a quienes no cumplieran con las condiciones anteriores.

El análisis estadístico se realizó mediante el R-Project. (Version 3.3.3 del R- Foundation for Statistical Computing Platform). Primero el análisis de estadísticas básicas. Se asignó un número a cada uno de los pacientes para garantizar el anonimato y la confidencialidad. Enseguida se obtuvo la matriz de correlación de las 25 variables. Para el análisis de la matriz se utilizó el método de componentes principales, el método de rotación de varimax con la normalización de Kaiser. La rotación convergió en siete iteraciones. Se identificaron los principales componentes que explicaran la mayor parte de la varianza de los datos. Lo anterior con el paquete SPSS V. 17.

Se utilizaron las siguientes 25 variables, correspondientes al inventario de la Dignidad del Paciente. Se muestran en el Cuadro 1. A cada variable se le asigna un número para fines del análisis factorial. El procedimiento fue el siguiente:

Cuadro 1. Variables de Inventario de la Dignidad del Paciente

Variable	Factor
No poder desempeñar tareas diarias como vestirse o bañarse.	F1
No poder atender sus propias necesidades.	F2
Síntomas de incomodidad física: dolor, náuseas, apnea.	F3
Sentir que la imagen ante otros ha cambiado.	F4
Sentirse deprimido.	F5
Ansiedad.	F6
Incertidumbre sobre el futuro de su salud.	F7
Preocupación por el futuro.	F8
No pensar con claridad.	F9
No ser capaz de continuar rutinas habituales.	F10
Sentir que ya no es la persona que era.	F11
No sentirse apreciado ni valorado.	F12





Variable	Factor
No sentirse capaz de cumplir roles importantes: esposo, padre.	F13
Sentirse sin sentido ni propósito para vivir.	F14
Sentir que no se hizo una aportación duradera en la vida.	F15
Sentir que se tienen asuntos incompletos.	F16
Preocupación por una vida espiritual significativa.	F17
Sentirse una carga para otros.	F18
Sentir que se ha perdido el control.	F19
Vida privada reducida.	F20
No sentirse apoyado por familiares ni amigos.	F21
No sentirse apoyado por equipo de salud.	F22
No sentirse capaz de enfrentar mentalmente la enfermedad.	F23
Sentir que no se puede aceptar la realidad como es.	F24
No ser tratado con respeto.	F25

Fuente: Harvey Max Chochinov et al. "The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care".

1. Se obtuvieron las medidas de tendencia central habituales: media, varianza, rango, frecuencias de los datos demográficos y de las variables. Se graficaron.
2. Se aplicó una matriz de correlaciones de los cuestionarios de los 40 pacientes. De los coeficientes de correlación se obtuvieron las asociaciones más conspicuas entre variables.
3. Se utilizó el análisis de componentes principales para determinar cuáles factores explican la mayor cantidad de la varianza.

Los datos son utilizados de manera confidencial, lo cual se garantiza mediante los siguientes procedimientos.

- No se manejan nombres de pacientes, sino un número.
- La revisión de expedientes fue realizada en la misma institución por uno de los investigadores.
- Los archivos están guardados con contraseña. Solo los encargados del estudio tienen acceso.

Población atendida

Los datos demográficos principales de la muestra estudiada $n = 40$ pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal atendidos durante la segunda visita domiciliaria se resumen en el Cuadro 2 y en las Figuras 1 y 2. La media de edad de los 40 participantes fue de 72.4 años, rango de 39 a 104 años; 60 % eran mujeres.

Cuadro 2.

Datos demográficos de los pacientes a quienes se aplicó el *Inventario de la Dignidad de Chochinov*, pacientes mexicanos en el Centro de Cuidados Paliativos, en septiembre de 2014

Paciente	Sexo	Edad	Padecimiento	Estado civil	Estrato socioeconómico
1	F	69	Cáncer de cuello uterino	Soltera	C
2	M	71	Glioblastoma	Casado	B
3	M	48	Cirrosis	Casado	A
4	M	40	Epidermolisis	Viudo	B
5	F	56	Cáncer de cerebro	Soltera	B
6	F	56	Cáncer de cuello uterino	Casada	C
7	F	59	Cáncer de huesos	Casada	C
8	M	65	Alzheimer	Casado	B
9	F	72	Cáncer de colon	Soltera	C
10	M	58	Cáncer de páncreas	Casado	B
11	F	54	Linfoma no Hodking	Casada	C
12	F	79	Cáncer de colon	Casada	A
13	F	90	Cáncer de páncreas	Viudo	B
14	M	78	Encefalopatía	Casado	A
15	M	76	Cáncer de próstata	Casado	B
16	F	84	Diabetes mellitus	Viuda	B
17	F	87	Arterioesclerosis	Viuda	A
18	M	50	Esclerosis múltiple	Casado	A
19	F	76	Alzheimer	Viuda	A
20	F	79	Cáncer de páncreas	Casada	C



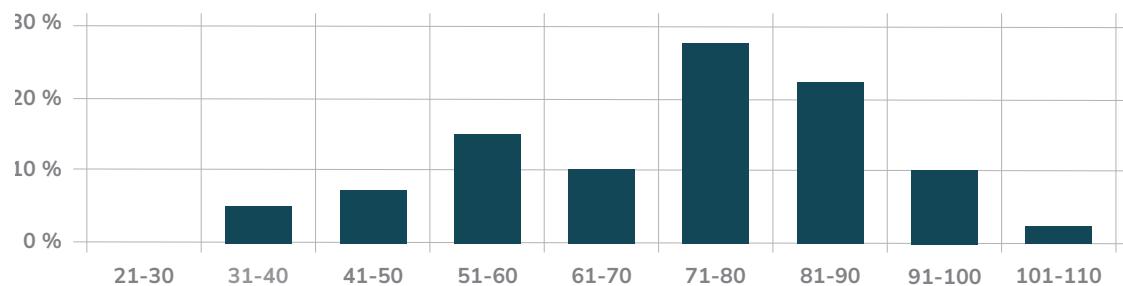


Paciente	Sexo	Edad	Padecimiento	Estado civil	Estrato socioeconómico
21	F	88	Dolor fantasma	Viuda	A
22	F	89	Cáncer de mama	Viuda	D
23	M	62	Insuficiencia renal crónica	Casado	A
24	F	39	Cáncer de cerebro	Casada	B
25	M	81	Diabetes mellitus	Casado	B
26	M	74	Cáncer de próstata	Casado	C
27	M	83	Cáncer de próstata	Viudo	A
28	M	96	Cáncer de piel	Viudo	C
29	M	81	EPOC	Viudo	B
30	F	97	Osteoporosis	Viuda	B
31	F	80	Adenocarcinoma	Viuda	C
32	F	42	Tumor cerebral	Soltera	C
33	F	90	Síndrome de fragilidad	Soltera	B
34	F	96	EPOC	Viuda	B
35	F	104	Insuficiencia vascular	Divorciada	A
36	M	69	Cáncer de estómago	Casado	C
37	F	76	Cáncer de intestino	Casada	B
38	M	81	Diabetes mellitus	Casado	B
39	F	48	Sarcoma retroperitoneal	Casada	D
40	F	73	Cáncer de páncreas	Soltera	B

Fuente: Michelle C. Coulon Herbelin, "Cuidados Paliativos Domiciliarios. Dignidad del paciente terminal y su cuidador primario. Estudio de correlación".

La Figura 1 muestra la distribución por edad.

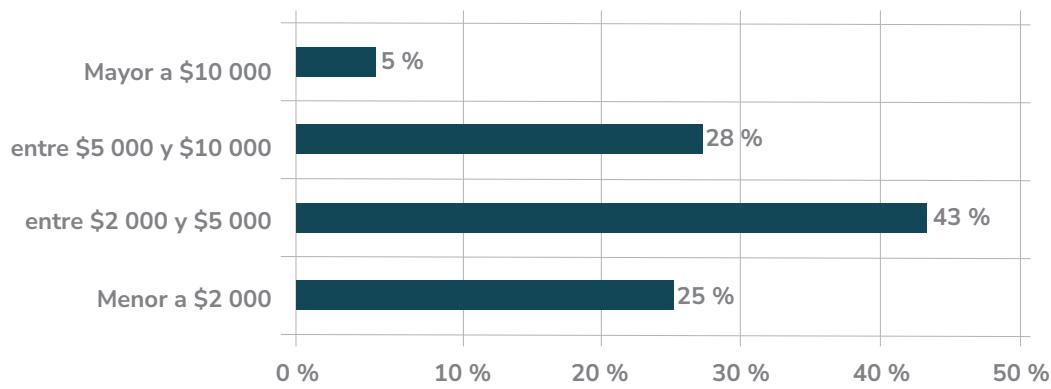
Figura 1.
Distribución por edad



Fuente: Michelle C. Coulon Herbelin, "Cuidados Paliativos Domiciliarios. Dignidad del paciente terminal y su cuidador primario. Estudio de correlación".

La Figura 2 indica el porcentaje de participantes de acuerdo con sus ingresos; 67.5 % viven con un sueldo muy bajo, por debajo de \$5 000.00 (menos de 40 dólares mensuales).

Figura 2.
Nivel socio-económico



Fuente: Michelle C. Coulon Herbelin, "Cuidados Paliativos Domiciliarios. Dignidad del paciente terminal y su cuidador primario. Estudio de correlación".

De la matriz de correlaciones (Anexo I) se obtuvieron los siguientes factores de correlación. El nivel de significancia de la prueba de una cola fue menor a 0.05. Todos los factores fueron menores a 0.002. Se muestran en los Cuadros 3, 4 y 5.

Cuadro 3.

Se muestran los coeficientes de correlación de Pearson (*r*) aplicados a una muestra de *n* = 40 pacientes a quienes se ha encauzado a la fase paliativa.

Factor	Coeficiente de Pearson <i>r</i> (<i>n</i> = 40)	Descripción breve del factor
F2	0.862	Necesidades básicas: vestirse, asearse
F17	0.859	Vida espiritual
F1	0.842	Necesidades básicas diarias
F16	0.834	Asuntos pendientes
F19	0.832	Pérdida de control
F7	0.829	Incertidumbre
F6	0.819	Ansiedad
F21	0.801	No apoyo familiares ni amigos
F5	0.782	Depresión
F22	0.769	No apoyo equipo de salud
F24	0.761	No aceptación
F18	0.758	Sentirse una carga
F8	0.741	Preocupación por el futuro
F15	0.740	Contribución duradera
F10	0.717	Rutinas habituales
F13	0.712	Roles importantes
F14	0.710	Sin sentido o propósito
F4	0.704	Imagen a cambio
F12	0.690	No sentirse apreciado o con valía
F20	0.677	Vida privada reducida
F3	0.654	Incomodidad física
F23	0.648	No enfrentar mentalmente la enfermedad
F11	0.594	No ser la persona que era
F9	0.593	No pensar con claridad

Fuente: Michelle C. Coulon Herbelin, "Cuidados Paliativos Domiciliarios. Dignidad del paciente terminal y su cuidador primario. Estudio de correlación".

Cuadro 4.

Se utilizó el método de componentes principales.

El método de rotación de varimax con la normalización de Kaiser.

La rotación convergió en siete iteraciones.

Componentes	Total	Eigenvalores iniciales	
		% de la varianza	% varianza acumulativa
1	12 056	48 226	48 226
2	2 361	9 446	57 672
3	2 017	8 067	65 739
4	1 63	6 519	72 257
5	1 417	5 667	77 924
6	1 006	4 023	81 947
7	683	2 734	84 681
8	623	2 493	87 174
9	512	2 049	89 223

Fuente: Datos analizados con R. Project V.3.3.3.

Se encontró que seis componentes con un eigenvalor¹⁴ o valor propio mayor a 1 son los que se utilizan para determinar el número de componentes de cada factor. En este caso son los seis primeros que explican 82.9 % de la varianza, lo cual es muy bueno. En el Cuadro 5 se muestran sólo los componentes que tienen un eigenvalor mayor a 0.5. Esto nos indica que existe un factor o tendencia común que explica el comportamiento de la casi totalidad de las respuestas de los pacientes.

Cuadro 5.

Los principales grupos de factores del análisis, su asociación con las variables y su carga correspondiente

Factor 1		Factor 2		Factor 3	
Variable	Carga del factor	Variable	Carga del factor	Variable	Carga del factor
F8	0.829	F20	0.832	F18	0.859
F7	0.819	F22	0.801	F17	0.834
F6	0.782	F19	0.758	F16	0.74
F9	0.741	F15	0.71	F14	0.712
F11	0.717	F13	0.69	F26	0.539
		F21	0.677		

Factor 4		Factor 5		Factor 6	
Variable	Carga del factor	Variable	Carga del factor	Variable	Carga del factor
F3	0.862	F25	0.761	F23	0.769
F2	0.842	F24	0.648	F10	-0.593
F5	0.704	F12	0.594		
F4	0.654				

Fuente: Análisis factorial realizado con la plataforma SPSS V.17.

Las asociaciones entre variables con coeficiente de correlación mayores a 0.07 y que se muestran en el Cuadro 3 fueron encontradas en la mayor parte de los factores. Es evidente la solidez de las métricas del inventario para explicar la variación en la percepción del paciente acerca de su dignidad.

Entre los factores con asociaciones más altas está percibir que se ha perdido el control sobre su vida. Está relacionado fuertemente con la percepción de sí mismo como una persona con baja

14 Eigenvalor: se define como el valor propio de la matriz A (Anexo I). Este gráfico representa la varianza de cada componente en la base de datos, el cual es utilizado para determinar el número de componentes que deben ser utilizados para explicar el mayor porcentaje de variación de los datos. La varianza de cada componente se calcula utilizando la siguiente fórmula: $\lambda_i \sum_i = 1/n \lambda_i$, donde: λ_i es el iésimo eigenvalor $\sum_i = 1/n \lambda_i$ es la suma de todos los eigenvalores.

autoestima,¹⁵ en especial frente a sus seres cercanos ($r = 0.7$), con la pérdida del sentido de la vida, ($r = 0.729$) y sentir que se ha convertido en una carga para los demás ($r = 0.825$).

Otro grupo de factores asociados con alto coeficiente de correlación lo constituyeron: la percepción del enfermo de ver reducida su privacidad, unida a la disminución significativa de su valía y a la apreciación y apoyo que sienten por parte de sus familiares y amigos ($r = 0.814$); haberse convertido en una carga para ellos ($r = 0.77$); no encontrar un propósito o sentido a seguir viviendo ($r = 0.729$). Se encontró alta correlación entre considerar que no se tiene una vida espiritual relevante;¹⁶ no se han tenido una contribución significativa a lo largo de su vida ($r = 0.729$); tener asuntos pendientes o círculos que cerrar ($r = 0.790$); no tener ya la capacidad para seguir desempeñando roles importantes: hijo/a, esposo/a, padre, madre, abuelo/a, etcétera ($r = 0.73$). La preocupación por el futuro está asociada con la incertidumbre acerca de su enfermedad o de la eficacia del tratamiento ($r = 0.788$) y la ansiedad ($r = 0.685$). No poder desempeñar tareas diarias como vestirse y bañarse está muy ligado con no poder atender sus propias necesidades básicas de manera independiente, como ir al baño por su cuenta ($r = 0.742$). Observamos que el hecho de no pensar con claridad está asociado también con la incertidumbre acerca de su enfermedad y de su pronóstico ($r = 0.79$), y unido también con la ansiedad ($r = 0.7$).

Los resultados obtenidos de pacientes en México reflejan los valores tan distintos que los enfermos desean recuperar, en contraste con el estudio elaborado en Illinois.¹⁷ Los dos primeros son las necesidades básicas y la vida espiritual, seguidos de la pérdida de control de sus vidas y la incertidumbre por el futuro. Es una población que ha sido enviada a casa por no tener nada que hacer en bien del enfermo y por falta de cultura paliativa y de acompañamiento. En esos momentos debe ser acogido por el equipo de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Entonces es posible constatar qué carencias viven el enfermo y su familia; se empieza a ubicar la realidad de sus limitaciones y a pensar en la cercanía real de la muerte. ¡Lo que implica que la dignidad es medible! Y que cada enfermo la pone en diferentes aspectos de la vida, conforme a sus creencias, cultura, nivel socioeconómico, edad, etcétera. También en el apoyo que haya tenido y tenga.

Relevancia de aplicar los cuidados paliativos en la pandemia y pospandemia

La importancia de brindar cuidados individualizados es el primer punto en el cuidar; cada enfermo es único e irrepetible y en un momento difícil requiere una comprensión profunda de sus síntomas de angustia, incertidumbre e impotencia, que enfrentan tanto él como sus familiares. Estos síntomas no siempre son considerados por los médicos que los atienden, dado que no todos tienen formación en Cuidados Paliativos, pero sí una carga excesiva de trabajo. Esto fue mucho más evidente durante la pandemia, con las consecuentes precipitaciones en el actuar, en la toma de decisiones

15 Mi propia identidad depende en modo crucial de mi relación dialógica con otros. Charles Taylor, *La ética de la autenticidad* (Paidós, 1994), 81, consultado el 4 de junio 2025, <http://lenguaje y conocimiento.files.wordpress.com/2012/02/56756016-la-etica-de-la-autenticidad-charles-taylor.pdf>

16 Juan Pablo Beca Infante, "Significado de la enfermedad y dignidad del enfermo", Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo, 2007), consultado el 4 de junio 2025, http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/significado_enfermedad.pdf

17 Chochinov, "The Patient Dignity Inventory...", 561.

apresuradas, en la carencia de modos amables y serenos de simpatía, empatía, y sentido de comprensión de lo que requería cada enfermo.¹⁸

El presente análisis permitió explicar, por medio de seis factores, 82 % de la varianza total de los datos en población mexicana; a diferencia de lo encontrado por Chochinov con los datos de Illinois, que explicaron por medio de cinco factores solamente 58 % de la varianza total. Lo anterior puede deberse a factores culturales, educativos, espirituales, socioeconómicos y principalmente al hecho de que el paciente en Estados Unidos estaba hospitalizado y el de México era atendido en su domicilio.

La identificación, en el presente estudio, de estas fuentes de estrés en los pacientes atendidos en México, es un paso clave para recalcar la necesidad de que los profesionales de salud se especialicen en Cuidados Paliativos Domiciliarios de Excelencia, de manera que puedan atender mejor a los pacientes con cualquier enfermedad terminal. Así también resalta el deber del médico tratante de referir a tiempo al paciente del tratamiento curativo al tratamiento paliativo.

Con la aplicación en Cecpam se ha demostrado que el *Inventario de la Dignidad del Paciente* es un instrumento válido y confiable y constituye una poderosa ayuda para el equipo médico al momento de detectar una enfermedad terminal como lo fue la COVID-19, en la que procede encauzar al paciente a paliar los principales síntomas que le causan angustia e incertidumbre: en primer lugar, el ya no ver a sus familiares, las molestias de la falta de oxígeno, el verse rodeado sólo por máquinas y desconocidos en batas azules y cubrebocas, todo lo cual le pueden llevar a sentir que ha desaparecido su dignidad y valor como persona. ¿Cómo recuperarla?

Cada persona necesita, en mayor o menor medida, solucionar sus asuntos y darles cauce adecuado pronto, antes de partir, de manera que la última parte de su vida sea afrontada positivamente, con la mayor serenidad. El *Inventario de la Dignidad del Paciente* ayuda a detectar los puntos frágiles y más pragmáticos de cada enfermo, al resolverlos de forma eficiente e individualizada, y permitiendo pasar a otros niveles familiares, sociales y espirituales.

Aprender de lo vivido

Es preciso desarrollar una labor de acompañamiento y refuerzo de los cauces actuales de atención en situaciones críticas como lo fue la pandemia, con base en un uso habitual de las rutinas y los estándares evaluados por el equipo de Cuidados Paliativos, contando con que está formado por especialistas expertos en su materia y respetuosos de la dignidad, quienes hoy por hoy se muestran insuficientes para mantener y preservar adecuadamente la calidad de vida y los requerimientos particulares que el *Inventario* hace patentes en cada caso.

Recurrir a un equipo profesional que aplique los Cuidados Paliativos Domiciliarios de Excelencia, utilizando el *Inventario de la Dignidad del Paciente*, establece una diferencia significativa para los enfermos terminales, sus cuidadores primarios y las familias, lo cual les permite vivir la última fase de su vida con mayor dignidad, calma y sentido, aunque se presente de forma intempestiva como fue el caso de la pandemia.

¹⁸ Irma Jeannette Saltos-Llerena, "Condiciones de trabajo del personal de salud que enfrenta la pandemia en Latinoamérica: revisión integrativa". *SANUS Revista de Enfermería* 7, núm 18 (2022): e311, <http://doi.org/10.36789/revsanus.v1.311>

Bibliografía

Beca Infante, Juan Pablo. "Significado de la enfermedad y dignidad del enfermo". Centro de bioética. Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo, 2007. Consultado el 7 de abril 2025. http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/signigficado_enfermedad.pdf

Chochinov, Harvey Max, Thomas Hack, Thomas Hassard, Linda J. Kristjanson, Susan McClement y Mike Harlos. "Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life". *Journal of Clinical Oncology* 23, núm. 24 (2005): 5520-25. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>

Chochinov, Harvey Max. "Dignity. Dignity? Dignity!". *Journal of Palliative Medicine* 11, núm. 5 (2008): 674-5. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.9910>

Chochinov, Harvey Max, Thomas Hassard, Susan McClement, Thomas Hack, Linda J. Ktistjanson, Mike Harlos, et al. "The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care". *Journal of Pain and Symptom Management* 36, núm. 6 (2008): 559-71. [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00250-9/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(08)00250-9/fulltext)

Chochinov, Harvey Max. "Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad". Traducido por Carolina Casañas i Comabella. *Medicina Palliativa* 16, núm. 2 (2009): 1-5. https://www.researchgate.net/publication/234064509_Dignidad_y_la_esencia_de_la_medicina_el_A_B_C_y_D_de_l_cuidado_centrado_en_la_dignidad_translated_into_Spanish_by_Carolina_Casanas_i_Comabella

Congregación para la Doctrina de la Fe. "Instrucción *Dignitas Personæ*. Sobre algunas cuestiones de bioética". La Santa Sede, 2008. Consultado el 7 de abril 2025. http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_sp.html

Coulon Herbelin, Michelle Charlotte "Cuidados paliativos domiciliarios. dignidad del paciente terminal y su cuidador primario. Estudio de correlación". Tesis de maestría en Bioética. Universidad Paname- ricana, Campus México. 2014.

Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. *Diario Oficial de la Federación, DOF*, 5 de enero 2009. Consultado el 7 de abril 2025. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009#gsc.tab=0

Gervas, Juan. "Pacientes terminales", *El País*, 25 de abril 2005, https://elpais.com/diario/2005/04/26/salud/1114466408_850215.html

Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Bap- tista Lucio. *Metodología de la investigación*. 2da. ed. McGraw Hill, 1991.

Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptis- ta Lucio. *Metodología de la investigación*. McGraw Hill España, 2014. Consultado el 7 de abril 2025. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>

Kerlinger, Fred N. y Howard B. Lee. *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. 4ta. ed. McGraw Hill Interamericana, 2002.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la aten- ción de enfermos en situación terminal a través de cuidados pa- liativos, *DOF* 09 de diciembre 2014. Consultado el 7 de abril 2005. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/12/2014#gsc.tab=0

Pértegas Díaz, Sonia y Salvador Pita Fernández. "Determinación del tamaño muestral para calcular la significación del coeficiente de correlación lineal". *Cadernos de atención primaria* 9, núm. 4 (2002): 209-211. Consultado el 7 de abril 2025. <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral-para-calcular-significacion-coeficiente-correlacion-lineal/relacion-entre-variables-cuantitativas/>

Saltos-Llerena, Irma Jeannette. "Condiciones de trabajo del personal de salud que enfrenta la pandemia en Latinoamérica: revisión integrativa". *SANUS Revista de Enfermería* 7, núm 18 (2022): e311. <http://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.311>

Taylor, Charles. *La ética de la autenticidad*. Paidós, 1994. Consultado el 7 de abril 2025. <http://lenguajeyconocimiento.files.wordpress.com/2012/02/56756016-la-etica-de-la-autenticidad-charles-taylor.pdf>

Worldometer. "Cifras mundiales globales del covid". Consultado el 7 de abril 2025. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>



Anexo I.

Matriz de correlación de Pearson

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F20	F21	F22	F23	F24	F25					
F1	1																													
F2	.742	1																												
F3	.542	.690	1																											
F4	.650	.663	.688	1																										
F5	.425	.321	.486	.670	1																									
F6	.301	.380	.664	.640	.859	1																								
F7	.291	.318	.447	.659	.677	.685	1																							
F8	.186	.242	.279	.457	.616	.700	.788	1																						
F9	.242	.358	.371	.398	.453	.501	.438	.549	1																					
F10	.330	.329	.456	.634	.642	.611	.693	.618	.459	1																				
F11	.353	.322	.408	.562	.580	.571	.689	.695	.566	.677	1																			
F12	.450	.513	.447	.386	.456	.458	.409	.545	.590	.485	.678	1																		
F13	.225	.400	.419	.335	.366	.417	.260	.376	.373	.433	.558	.654	1																	
F14	.328	.399	.426	.291	.491	.522	.430	.621	.571	.409	.652	.809	.642	1																
F15	.284	.401	.419	.396	.495	.470	.329	.358	.445	.369	.503	.637	.755	.633	1															
F16	.077	.193	.226	.158	.293	.397	.197	.286	.380	.204	.199	.344	.562	.359	.572	1														
F17	.180	.376	.422	.238	.426	.531	.304	.378	.376	.302	.438	.556	.730	.639	.775	.720	1													
F18	.339	.477	.456	.377	.462	.466	.423	.504	.414	.526	.400	.681	.533	.677	.491	.316	.516	1												
F19	.396	.468	.528	.390	.529	.536	.441	.496	.497	.363	.471	.695	.473	.729	.469	.193	.480	.825	1											
F20	.299	.429	.568	.372	.560	.632	.430	.519	.540	.553	.512	.772	.659	.729	.575	.434	.576	.814	.771	1										
F21	.428	.266	.369	.271	.331	.329	.320	.378	.376	.300	.441	.601	.254	.589	.313	.177	.226	.589	.685	.555	1									
F22	.410	.321	.536	.380	.336	.382	.437	.214	-.063	.424	.330	.379	.241	.210	.253	.084	.293	.437	.486	.485	.531	1								
F23	.249	.232	.243	.315	.502	.435	.562	.506	.402	.532	.598	.521	.592	.476	.512	.477	.500	.361	.408	.547	.283	.354	1							
F24	.275	.169	.274	.388	.430	.372	.408	.327	.198	.545	.587	.477	.632	.405	.518	.356	.437	.369	.264	.556	.304	.445	.752	1						
F25	.384	.432	.446	.357	.286	.322	.307	.238	.062	.174	.452	.579	.616	.468	.680	.439	.619	.479	.455	.533	.455	.582	.422	.589	1					

Fuente: Roberto Hernández et al. Metodología de la investigación. 2da ed. (McGraw Hill. 1991) 35.

09

CAPÍTULO



**Pandemia por COVID-19.
Pendiente el rediseño
de las estructuras
gubernamentales y de la
organización académica
y social**

Juan Garza Ramos. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM.

La pandemia de COVID-19 puso en evidencia rezagos notables en la organización social, académica y política relacionados con los temas de “Una Salud”: salud humana, salud animal y salud ambiental. Estos rezagos permitieron que un nuevo agente infeccioso pasara de los animales silvestres a los humanos, provocando una gran pandemia. La desigualdad y la pobreza afectaron especialmente a los más vulnerables, y la respuesta de la sociedad, especialmente del gobierno, no fue adecuada.

En este trabajo se propone una reorganización administrativa y operativa de las estructuras gubernamentales y de la organización académica y social con el fin de lograr una mayor eficiencia transversal y metadisciplinaria. Este modelo multidimensional sugiere la formación de recursos humanos en disciplinas de la salud, la realización de talleres integradores para estudiantes de diversas disciplinas y la redefinición del concepto de bienestar animal. Para dar respuestas estructurales a la crisis sanitaria se recomiendan cambios en la legislación federal, estatal y municipal, con especial énfasis en las procuradurías de algunas secretarías de Estado, como la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (Senasica) y la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (Profepa).

El origen de la pandemia por COVID-19 es un tema muy importante, pues nos da la oportunidad de revisar si logramos dar una respuesta apropiada a la crisis sanitaria causada por la pandemia. Desajustes en el ecosistema propiciaron la invasión de especies silvestres de mamíferos a recintos con especies animales domésticas y otras silvestres, su procesamiento como alimentos y la transmisión de un nuevo agente infeccioso afectó la salud humana. Estos desajustes requieren una atención integral que actualmente no existe. Es fundamental una colaboración efectiva entre diversas instituciones y disciplinas para lograr una mejor organización. Se deben estimular actividades concurrentes entre gobiernos, productores, industria, sector académico, comerciantes y consumidores para alcanzar el objetivo de “Una Salud”.

Desafíos en la colaboración interinstitucional

Las agencias de Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud (oms), Organización Panamericana de la Salud (ops), Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y organismos afines como la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) trabajan bien de forma aislada e independiente; sin embargo, la cooperación deseada no funcionó bien, pues estos organismos no están diseñados para el trabajo colaborativo.¹

Más allá del bienestar animal: de las buenas intenciones a la realidad

La pandemia de COVID-19 resaltó la necesidad de una mejor atención a los animales que conviven con los seres humanos. El concepto de *bienestar animal* debe aplicarse de manera específica y no generalizada, ya que algunas especies pueden ser dañinas para la salud humana. La OMSA se

¹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), *One health*, consultado el 10 de abril de 2025, <https://www.fao.org/one-health/es/>

enfoca en el bienestar de los animales de granja, lo cual es más práctico. Proteger a los animales sin dueño, como perros y gatos ferales, sin una tenencia responsable, puede generar riesgos significativos para la salud pública. La pandemia subraya la importancia de un enfoque integral que considere la salud animal y humana para prevenir futuras pandemias. Se propone que, para tener una visión más objetiva, se utilice el término *buenas prácticas* en lugar de *bienestar animal* que es subjetivo. Las políticas sociales deben trabajar en conjunto con las de salud y ambiente para asegurar un entorno seguro para todos.

Pandemia, un reflejo de la desigualdad

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto las profundas desigualdades sociales existentes, exacerbando la situación de los más pobres y revelando las debilidades del sistema de salud.² Estos desajustes han resaltado la necesidad de cambios estructurales para evitar problemas como la incertidumbre, sobrecarga de trabajo y la falta de recursos. Durante la pandemia, se evidenció que alrededor de 21 millones de mexicanos carecen de acceso al agua potable, una situación inadmisible que había permanecido “invisible”.

Aunque la crisis impulsó la reorganización de redes familiares y comunitarias que fomentaron la solidaridad y la empatía, las instituciones gubernamentales y académicas no adaptaron sus modelos organizativos. En el tema de “Una Salud” la interrelación entre salud humana, animal y ambiental requiere de una respuesta integrada que actualmente falta, debido a la compartimentación y aislamiento de ministerios y disciplinas.³

Durante la pandemia se respondió de manera individual a cada problema, lo que hizo evidente cómo los organigramas actuales no facilitan la cooperación interinstitucional. Problemas complejos como la salud, el ambiente y la pobreza involucran múltiples secretarías y sectores,⁴ pero la falta de integración sigue siendo un obstáculo.

Se necesita una comunicación más eficaz entre académicos, sector público, sector privado y demás participantes, y recurrir a enfoques como las ciencias de la complejidad, que permiten identificar todos los elementos involucrados en la resolución de problemas. Este enfoque debe prevalecer para ajustar manuales de organización y definir claramente el papel de cada participante.⁵

2 Secretaría de Desarrollo Social, “Sin hambre. Cruzada Nacional. Cruzada nacional contra el hambre”, Secretaría de Desarrollo Social, 2013, consultado el 11 de abril 2025, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/120919/CruzadaNacionalContraElHambre.pdf>; Organización de las Naciones Unidas, *Informe de las Naciones Unidas: las cifras del hambre en el mundo aumentaron hasta alcanzar los 828 millones de personas en 2021*, ONU, 6 de julio 2022, consultado el 19 de julio 2023, <https://www.who.int/es/news-room/06-07-2022-un-report--global-hunger-numbers-rose-to-as-many-as-828-million-in-2021>

3 René Crocker Sagastume et al., “La crisis en el abordaje epidemiológico a escala planetaria con énfasis en México”, en *Educación médica en un mundo en crisis*, coords. René Cristóbal Crocker Sagastume y Ramón Ignacio Esperón Hernández (AMFEM, 2021), 29-46, consultado el 23 de abril 2025, <https://www.amfem.edu.mx/phocadownload/publicaciones/educacion-medica-en-crisis.pdf>

4 Oscar Mauricio Covarrubias Moreno et al., “Los problemas públicos emergentes y el desafío de la coordinación en los sistemas federales”, *GIGAPP-IUIOG. Estudios Working Papers*, núm. 2011-04: 1-16, consultado el 23 de abril 2025, https://www.gigapp.org/administrator/components/com_jresearch/files/publications/WP-2011-04.pdf

5 Myriam Cardozo Brum, “Las ciencias sociales y el problema de la complejidad”, *Argumentos* 24, núm. 67 (2011): 15-35, consultado el 23 de abril 2025, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59521370002>

Enfoque metadisciplinario para la toma de decisiones

Anteriormente, trabajábamos en grupos y compartíamos información; ahora buscamos un desempeño colectivo efectivo, lo cual sigue siendo un desafío. Lo interdisciplinario, transdisciplinario e intersectorial no son suficientes, de ahí la necesidad de un enfoque metadisciplinario que cruce fronteras y sectores, establezca objetivos comunes, desarrolle conocimiento integrado para la ciencia y la sociedad, y cree nuevos paradigmas. La pandemia nos mostró la necesidad de incorporar profesionales de diversas disciplinas, como medicina veterinaria, biología, trabajo social, ecología y agronomía, además de los tradicionales en medicina, enfermería y psicología, entre otras. Es esencial construir una visión integradora y metadisciplinaria alejada de la especialización estrecha,⁶ pues la salud no es sólo responsabilidad de médicos y enfermeras, requiere la cooperación de todos los sectores. La organización actual, con su hegemonía y compartimentación, ha quedado obsoleta. La pandemia demostró que problemas complejos como salud pública, sustentabilidad global, seguridad alimentaria, resistencia antimicrobiana, enfermedades emergentes, zoonosis, vigilancia epidemiológica activa, enfermedades transfronterizas, vectores, reservorios o bioterrorismo no pueden abordarse de manera aislada.⁷

Este reto exige cambios significativos en la legislación federal, estatal y municipal, así como en las estructuras organizacionales. La sociedad necesita mecanismos para actuar de manera organizada y eficaz ante problemas transversales complejos. Durante la pandemia, el Consejo de Salubridad General no actuó para integrar esfuerzos dispersos, evidenciando la necesidad de reformar las leyes y estructuras actuales para garantizar respuestas colectivas y eficaces ante crisis multidisciplinarias. Para prepararnos mejor es evidente que debemos modificar la legislación en diversos niveles, incluyendo las leyes federales de salud, de salud animal y del medio ambiente. Es crucial incluir, de manera explícita, la obligatoriedad de una respuesta colectiva ante problemas que afecten a múltiples instituciones, disciplinas y sectores de la sociedad. En la actualidad, la legislación es débil y está incompleta; por ejemplo, la Ley Federal de Sanidad Animal establece que se deberá notificar a la Secretaría de Salud:

[...] Enfermedad o plaga de Notificación Obligatoria: Aquella enfermedad o plaga exótica o endémica que por su capacidad de difusión y contagio representa un riesgo importante para la población animal o su posible repercusión en la salud humana y que debe ser reportada obligadamente sin demora a la Secretaría (Art. 18, fragmento V, 5). [...] V. Establecer en coordinación con la Secretaría de Salud el sistema de alerta y recuperación de bienes de origen animal cuando signifiquen un riesgo a la salud humana (Art. 18, fragmento V, 19).⁸

Además de las leyes federales, también es necesario revisar y complementar las leyes estatales y municipales. Aunque los problemas complejos pueden abordarse más fácilmente a nivel municipal, resultan más complicados a nivel federal. Es esencial actualizar los reglamentos y normas,

6 Juan Garza Ramos y Laura Arvizu Tovar, *Hacia una salud: propuesta en el marco de la administración pública federal en México* (Imagen Editorial Yire, 2012), 7,10; Wayne Parsons, *Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas* (Flacso, 2012), 615.

7 Mirtha Hernández y Patricia López Suárez, "Presenta la UNAM colección *La década Covid en México*", 22 de junio 2023, *Gaceta UNAM*, <https://www.gaceta.unam.mx/presenta-la-unam-coleccion-la-decada-covid-en-mexico/>

8 Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, "Publica Sader listado de enfermedades y plagas de notificación obligatoria en México", 24 de diciembre de 2018, <https://www.gob.mx/agricultura/prensa/publica-sader-listado-de-enfermedades-y-plagas-de-notificacion-obligatoria-en-mexico>

integrando directrices claras para el trabajo conjunto de varias entidades y sectores. Las actuales disposiciones reglamentarias, basadas en manuales de organización, no facilitan la cooperación intersectorial que se necesita urgentemente.

La estructura organizacional, según la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, debe ser revisada. Los organigramas actuales, propuestos por la Secretaría de Hacienda, son útiles para la distribución de presupuestos y personal, pero insuficientes para la operación efectiva de las instituciones. Se propone una reorganización hacia un modelo multidimensional que permita una mayor integración y cooperación entre las distintas áreas involucradas.

Modelo multidimensional para “Una Salud”

A partir de lo planteado, es que se propone construir un modelo multidimensional sustentado en cambios legislativos y estructurales. Los conceptos que integran “Una Salud” se atendían como problemas independientes, pero la pandemia ha demostrado que deben ser abordados de manera integral. La visión de “Una Salud” exige integrar salud, agricultura, ambiente, comercio y economía, estableciendo una coordinación multisectorial para implementar políticas integradas.

Aunque parezca sencillo, esto requiere estructuras institucionales y soporte legislativo, así como compromisos colectivos innovadores. La administración, coordinación, planeación, implementación y los recursos humanos, técnicos y financieros, necesitan estructuras institucionales novedosas y un espíritu de equipo para operar armoniosamente.

Es crucial desarrollar instituciones novedosas capaces de operar en forma estratégica y efectiva políticas que integren la salud, anticipen riesgos, actúen de manera oportuna para restablecer el equilibrio y estén preparados para actuar integralmente de forma oportuna, contundente y conjunta en caso de que se detecte un brote epidémico e impedir una pandemia. Las dimensiones de esta integración estructural y funcional pueden corresponder a:

- a) Dimensión ambiental: biodiversidad, comercio de fauna silvestre, bienestar animal; ecosistemas: desierto, selva, bosque; climas: tropical, templado, seco, permanente o estacional; zona geográfica: precipitación, temperatura, humedad, altitud; contaminación: agua, aire, suelo; crisis climática, catástrofes naturales: terremotos, volcanes, ciclones, huracanes; gestión de riesgos.
- b) Dimensión económica: banca; industria: agrícola, pecuaria, alimentaria, farmacéutica; agrupaciones por sector, consorcios: productores integrados, productores primarios, comercializadores, importadores-exportadores.
- c) Dimensión biológico-sanitaria: biodiversidad: especies animales, microbiota; ramas taxonómicas, transmisión directa,⁹ vectores, buenas prácticas de producción y manufactura, alimentos: seguridad e inocuidad agroalimentaria, del campo al plato, naturales, procesados, industrializados, mieles, insectos comestibles, jugos; carnes: rastros y plantas TIF [Establecimientos Tipo Inspección Federal]; acuicultura y piscicultura: captura, transporte, procesamiento; laboratorios de diagnóstico; vigilancia sanitaria

⁹ Vineet D. Menachery et al., “A SARS-like cluster of circulating bat coronaviruses shows potential for human emergence”, *Nature Medicine* 21, núm. 12 (2015): 1508-1513, <https://doi.org/10.1038/nm.3985>

activa y pasiva, en: puertos, fronteras, aeropuertos; trazabilidad, bioseguridad, zonas endémicas, zonas libres.¹⁰

- d) Dimensión promoción de la salud: capital humano, capacitación, infraestructura, alerta sobre riesgos; difusión, sensibilización, concientización: medios masivos, redes; sistemas informáticos, comunicaciones sin interrupción, información veraz, no desvirtuar información.
- e) Dimensión gobernanza: organismos internacionales, constitución, leyes, reglamentos, normas; estructura de gobierno: federal, estatal, municipal, local; impuestos-recaudación; presupuesto-egresos; profesiones, oficios, fuerza laboral; sector privado, sector social, seguridad agroalimentaria.
- f) Dimensión social: empleo: formal, informal, autoempleo; vivienda: urbana, rural, aislamiento; servicios: transporte, pavimentación, agua potable, drenaje, saneamiento básico; electricidad: solar, eólica, hidráulica; cocina: carbón, leña, gas, combustóleo; servicios de salud: públicos, privados; seguridad social: con acceso, sin acceso; servicio: permanente, intermitente; nivel de atención: primero, segundo y tercer nivel; acceso a educación-niveles: investigación, desarrollo tecnológico, innovación; creencias, aspectos religiosos que propician o afectan la salud.

Dimensión ambiental y dimensión económica

Biodiversidad	Comercio de fauna silvestre	Dimensión económica
Bienestar animal		
Ecosistemas: desierto, selva, bosque		
Climas: tropical, templado, seco		
Permanente o estacional		
Zona geográfica, precipitación, temperatura, humedad, altitud		
Contaminación: agua, aire, suelo		
Crisis climática		
Catástrofes naturales: terremotos, volcanes, ciclones, huracanes		
Gestión de riesgos		
Dimensión ambiental		
		• Agrupaciones por sector
		• Consorcio (Productores integrados), Productores primarios, Comercializadores Importadores-exportadores
		Dimensión económica

Fuente: Autoría propia.

10 Juan Garza Ramos et al., "Medicina Veterinaria", en *Estado del Arte de la Medicina 2013-2014: salud pública y sociología médica* (Academia Nacional de Medicina/Conacyt, 2014), 141-159, consultado el 24 de abril 2025, https://www.anmm.org.mx/pdf/acerca_de/CAInvANM150/L16-Salud-publica-y-sociologia-medica.pdf; Patrick R. Stephens et al., "Characteristics of the 100 largest modern zoonotic disease outbreaks", *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences*, 376, núm. 1837 (2021): 20200535. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0535>

Dimensión biológico-sanitaria y dimensión promoción de la salud

Biodiversidad-Especies animales-Microbiota		Capital humano
Ramas taxonómicas		Capacitación
Transmisión directa, vectores		Infraestructura-Alerta sobre riesgos
Buenas prácticas de producción y manufactura		Difusión, sensibilización, concientización: medios masivos, redes
Alimentos • Seguridad e inocuidad agropecuaria; del campo al plato • Naturales • Procesados • Industrializados • Mieles • Insectos comestibles • Jugos		Sistemas informáticos
Carnes	Acuacultura y piscicultura	Comunicaciones (sin interrupción)
• Rastros • Establecimientos • TIF	• Captura • Transporte • Procesamiento	Información veraz No desvirtuar información
Laboratorio de diagnóstico		
Vigilancia sanitaria: en: • Activa • Pasiva • Puertos • Fronteras • Aeropuertos Trazabilidad		
Bioseguridad	Zonas endémicas	Dimensión promoción de la salud
Zonas libres		
Dimensión biológico-sanitaria		

Fuente: Autoría propia.

Dimensión gobernanza y dimensión social

Organismos internacionales		Empleo: formal, informal, autoempleo
Constitución, leyes, reglamentos, normas		Vivienda: urbana, rural, aislamiento
Estructura de gobierno: • Federal • Estatal • Municipal • Local		Servicios: transporte, pavimentación, agua potable, drenaje, saneamiento básico
Impuestos-recaudación Presupuesto-egresos		Electricidad: solar, eólica, hidráulica
Profesiones, oficios, fuerza laboral		Cocina: carbón, leña, gas, combustóleo
Sector privado	Sector social	Servicios de salud: públicos, privados
Seguridad agroalimentaria		Seguridad social: con acceso, sin acceso
Dimensión gobernanza		Servicio: permanente, intermitente Nivel de atención: primero, segundo y tercer nivel Acceso a educación niveles • Investigación • Desarrollo tecnológico • Innovación
Creencias, aspectos religiosos que propician o afectan la salud		Dimensión social

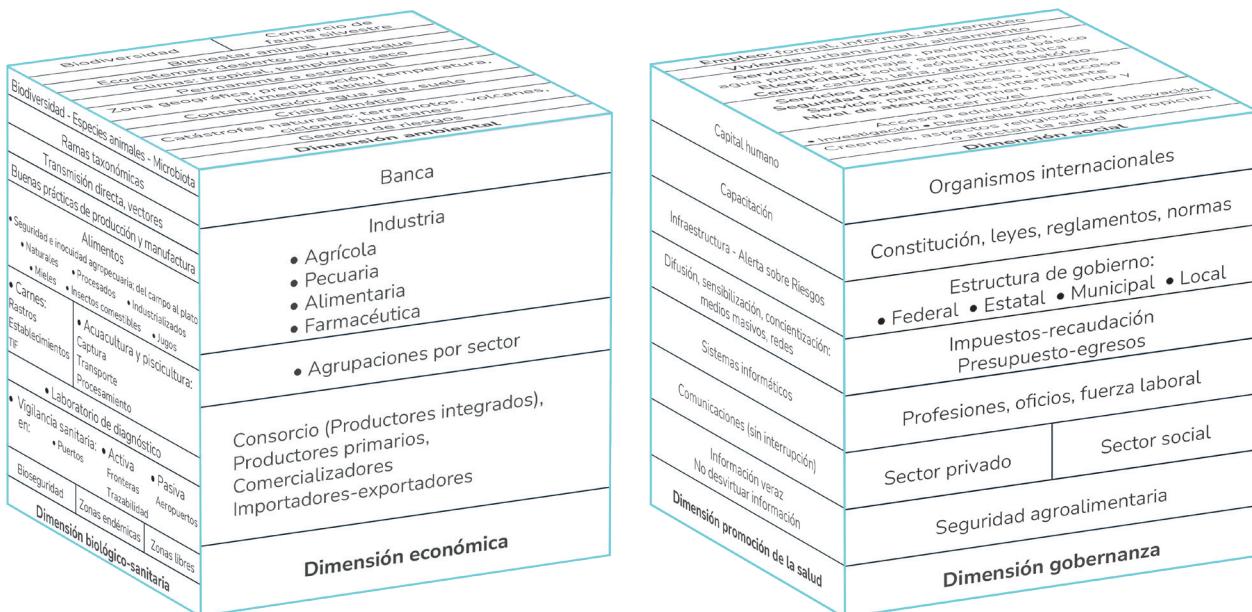
Fuente: Autoría propia.

Dimensión bioética



Fuente: Autoría propia.

Cubo multidimensional



Fuente: Autoría propia.

Para equilibrar y optimizar la toma de decisiones, se recomienda incluir las estructuras dimensionales descritas anteriormente, con un cubo dimensional exterior que corresponde a la bioética y sus principios.¹¹ Esta propuesta tiene un carácter preventivo con sentido social, priorizando a los grupos vulnerables y asegurando que todos los miembros de la sociedad tengan acceso a los elementos básicos para un bienestar digno. No es aceptable que se intente sustituir determinantes sociales de la salud por aportaciones económicas. Es obligación del Estado proveer agua potable, saneamiento básico, educación, alimentación suficiente e inocua, y servicios municipales (mercados, recolección de residuos, electricidad, telefonía, acceso a redes, etcétera).

Programas como Water, Sanitation and Hygiene (Wash) de la OMS y OPS son esenciales y no pueden ser sustituidos por programas basados en dádivas económicas. Los baños con letrinas o conectados al drenaje son cruciales para los programas preventivos de salud. Otro tema corresponde al manejo apropiado de antimicrobianos. El problema de contaminación de alimentos y entornos de vida puede superarse con la atención adecuada a los determinantes sociales de la salud: agua, saneamiento e higiene.

La pandemia nos ha la oportunidad de abordar los temas de manera transdisciplinaria, integrando la salud humana, animal y ambiental. Ha revelado que incluso un pequeño cambio en algún componente de la salud puede afectar al todo. La transdisciplina y la multidisciplina son insuficientes; necesitamos recurrir a la metadisciplina. Esta publicación pretende demostrar que aún hay mucho por avanzar y que no hemos aprovechado la oportunidad para hacerlo.¹²

Modelos de atención aislados

Durante la pandemia se desarrollaron sistemas de información ágiles y accesibles. Simultáneamente, las redes sociales inundaron la sociedad con una enorme cantidad de datos sin control, lo que generó especulaciones que impidieron el avance deseado. A partir de las experiencias pandémicas, tenemos mucho por atender; la situación se agravó por los rezagos sociales y la falta de vinculación entre los sectores académico, privado y social. Un ejemplo destacado de éxito fue la conversión del Centro Banamex en una unidad de atención de urgencias, un modelo aislado que lamentablemente no se replicó de manera suficiente y necesaria.

También hemos identificado rezagos en la armonización entre la academia y el gobierno, y entre el gobierno y la sociedad. La pandemia debió haber impulsado un enfoque integral y colectivo, guiado por los académicos, para crear nuevas estructuras y modalidades de trabajo cooperativo. Sin embargo, nos quedamos cortos y seguimos luchando en una sociedad competitiva. La pregunta es si podemos evolucionar postpandemia y aprender las lecciones necesarias.

Los problemas transdisciplinarios, intersectoriales, multinstitucionales y metadisciplinarios requieren trabajo en equipo y en redes. Necesitamos dirigentes con una visión moderna, capaces de cooperar y no competir. La sociedad debe responder con cambios de actitud y estructuras y operación reformadas.

11 Juan Garza Ramos, "Bioética, desarrollo sustentable y salud 2002", en *Summa Bioética* (2002): 47-55, consultado el 24 de abril 2025, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/731062/2002.pdf>

12 Juan Garza Ramos, "Una salud y la bioética", *Revista de Enfermedades Infecciosas Emergentes* 16 (2021): 73-74.

En el pasado se valoraba el trabajo individualizado; ahora debemos enfocarnos en la cooperación y la integración de acciones. Antes teníamos modelos reactivos; hoy debemos fomentar modelos preventivos, trabajo acompañado y evolucionar hacia una vigilancia epidemiológica activa y razonada. Para “Una Salud”, la OMS, FAO y OMSA tardaron dos años en integrar al PNUMA y emitir una publicación tetrapartita, evidenciando la lentitud incluso dentro de la ONU a pesar de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esto muestra que necesitamos nuevas formas de organización en todos los niveles.¹³ La propuesta que presentamos no pretende ser una receta, sino exemplificar acciones pendientes a nivel internacional y nacional. Debemos buscar nuevas formas de organización en estructuras gubernamentales, iniciativa privada, sector social y academias para construir respuestas metadisciplinarias y nuevos paradigmas.¹⁴

Formación de recursos humanos

Además de lo descrito anteriormente respecto a las estructuras gubernamentales, hay un componente que exige una atención puntual: la formación del personal a cargo de todas las tareas antes descritas, en todos los niveles de gobierno y en las estructuras de la sociedad. En la actualidad, la formación de recursos humanos se hace de manera rígida, capacitando a los estudiosos de cada disciplina para el desempeño que se supone deben realizar, así la formación no sólo es disciplinaria, sino que tiende a una especialización cada vez mayor. En ese contexto, los profesionales formados tienen reducidas sus capacidades frente al trabajo interdisciplinario y con frecuencia se reducen a atender problemas que no identifican como responsabilidad de otros profesionales.

Esta actitud de sólo atender lo que claramente corresponde a cada disciplina se convierte en un escollo para el trabajo cooperativo, para la integración de equipos, para la formación de redes y, por supuesto, para resolver los problemas de manera ordenada, colaborativa, participativa y eficaz. Para las carreras relacionadas con la salud, se ha propuesto que en los últimos semestres las instituciones académicas oferten seminarios o talleres que tengan como propósito integrar en la práctica de campo a los estudiantes adelantados de carreras como Medicina, Enfermería, Odontología, Trabajo Social, Medicina Veterinaria, Biología, Ecología, Ingeniería Sanitaria y Química, entre otras.

La formación de estos esfuerzos, que deben hacerse necesariamente a nivel de campo, permitirá asociar, convencer y favorecer que las instituciones de los sectores salud, social y educativo se coordinen, se convenzan y se beneficien del trabajo en equipo de los estudiantes que realicen actividades de campo, tales como impulsar la atención primaria y los determinantes sociales de la salud, así como mitigar los efectos del cambio climático; atender la problemática incluida en “Una Salud” que exige, en todos los casos anteriores, el concurso de diferentes disciplinas, profesiones e instituciones; que sólo mediante una actividad concurrente podrán permitir avances sustanciales en los temas referidos. Para lo anterior, la formación del personal con una visión distinta permitirá

13 World Health Organization, *Tripartite and UNEP support OHHLEP's definition of 'One Health'*, 1 de diciembre de 2021, consultado el 1 de junio 2023, <https://www.who.int/news-room/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohhlep-s-definition-of-one-health>

14 World Health Organization, *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021-2030*, 28 de enero 2021, consultado el 24 de abril de 2025, <https://www.who.int/publications/item/9789240010352>; World Health Organization, The Food and Agriculture Organization of the United Nations, The World Organization for Animal Health, *Taking a Multisectoral, One Health Approach: A Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases In Countries* (WHO, FAO, OIE, 2019), consultado el 24 de abril de 2025, https://www.woah.org/fileadmin/Home/eng/Media_Center/docs/EN_TripartiteZoonosesGuide_webversion.pdf

constatar las bondades de la actividad cooperativa entre instituciones, gremios y los diferentes actores de la sociedad.¹⁵

Por supuesto, además de los cambios sugeridos en las instituciones y la formación de recursos humanos, la sociedad, mediante sus diferentes modelos de organización y participación debe sumar sus esfuerzos para lograr un avance ante una problemática tan compleja como una pandemia, y las necesidades de una actuación concurrente de los diferentes actores para su solución.

Lamentablemente, a pesar de la crisis provocada, a pesar de que en los recintos académicos se han expresado propuestas para llevar a cabo modificaciones en las estructuras, en la legislación, en la operación, en la formación de recursos humanos y en las organizaciones de la sociedad, ha prevalecido la tendencia de la inmutabilidad para mantener a los diferentes sectores en su zona de confort.¹⁶ Toca a los académicos, como parte del aprendizaje impulsado como respuesta a la pandemia, insistir en la transformación y, de manera particular, aprovechar los cambios a nivel de las atenciones gubernamentales.

Un papel muy importante tiene el cambio climático, pues amenaza los derechos humanos al provocar el aumento de la pobreza, el hambre, la desigualdad y, por supuesto, afecta la salud. Para lograr el acceso a alimentos adecuados para todos y proteger el medio ambiente, las políticas alimentarias que abordan el cambio climático deben basarse en los derechos humanos. Con frecuencia y con un gran costo económico, institucional y político, a la población que logramos curar la devolvemos a donde tiene condiciones de vida que volverán a enfermarla, porque ahí están los determinantes de la salud. Entonces no debemos seguir “atendiendo la gotera trapeando el piso”; los especialistas deben buscar las causas de las causas. Hay una gran cantidad de rezagos que afectan a la humanidad y que no están siendo atendidos en forma integral, por lo tanto, se proponen como recomendaciones: no trabajar aislados, formar equipos, alcanzar sinergia, trabajar con un enfoque metadisciplinario, formar recursos humanos capacitados para cooperar no para competir y construir estructuras gubernamentales novedosas, flexibles para la atención de problemas emergentes aplicando los principios de la bioética.

Respuestas estructurales a la crisis sanitaria

Para abordar posibles problemas y mejorar la respuesta a crisis sanitarias, es esencial construir nuevas modalidades de trabajo cooperativo y nuevas estructuras institucionales. Se requiere una integración profunda, reestructurando la administración y los recursos humanos y financieros, así como la parte legal y educativa, para pasar de una enseñanza compartimentada a una formación integral. Esto evitaría respuestas aisladas y fomentaría una mentalidad de contribución y solución.

La estructura actual del gobierno federal, basada en secretarías de Estado, no facilita la integración de esfuerzos. Agricultura, salud, medio ambiente, educación y comercio han trabajado de forma independiente, incluso con el Consejo de Salubridad General, que tiene rango constitucional, no se aprovechó durante la pandemia. Ejemplos de éxito como el plan DN-III ante desastres

15 Juan Garza Ramos et al, “Enseñanza interdisciplinaria de una salud. Seminario-taller en el nivel de pregrado”, en *Memorias del Congreso Interamericano de Zoonosis*, Ciudad de México, 6 al 9 de octubre 2013, 80-81, consultado el 29 de abril 2025, https://www.researchgate.net/publication/259561641_La_intersectorialidad_en_los_servicios_de_epidemiologia_y_salud_publica

16 Paul A. Sabatier y Hank C. Jenkins-Smith, *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach* (Westview Press, 1993).

naturales y la campaña contra el hambre, muestran que es posible armonizar esfuerzos, pero falta integración funcional en los niveles federal, estatal y municipal.

Es crucial considerar la fundación de nuevas secretarías de Estado o armonizar su quehacer actual de manera participativa y colectiva, asignando responsabilidades y recursos para proyectos estructurados con modelos de actuación colectiva. A nivel estatal y municipal, es menos complejo que a nivel federal, pero deben prepararse acciones interestatales y transfronterizas. Los municipios necesitan apoyo para recuperar su capacidad de respuesta, adaptándola a condiciones locales. Re-estructurar las secretarías del gobierno federal, así como las estructuras estatales y municipales, es fundamental. Esto incluye integrar procuradurías como Cofepris en la Secretaría de Salud, Senasica en la Secretaría de Agricultura y Profepa en la Secretaría de Medio Ambiente. Cada procuraduría tiene sus modelos de intervención, pero se necesita una integración efectiva para mejorar la participación y colaboración. La adaptación de estas estructuras requiere no sólo cambios organizacionales, sino también un cambio de actitud hacia una cooperación intersectorial y una planificación conjunta para enfrentar desafíos sanitarios complejos de manera eficaz y armónica.

Bibliografía

Cardozo Brum, Myriam. "Las ciencias sociales y el problema de la complejidad". *Argumentos* 24, núm. 67 (2011): 15-35. Consultado el 23 de abril 2025. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59521370002>

Covarrubias Moreno, Oscar Mauricio, Roberto Moreno Espinosa y Francisco López Montoya. "Los problemas públicos emergentes y el desafío de la coordinación en los sistemas federales". *GIGAPP-IUIOG. Estudios Working Papers*, núm. 2011-04: 1-16. Consultado el 23 de abril 2025. https://www.gigapp.org/administrator/components/com_jresearch/files/publications/WP-2011-04.pdf

Crocker Sagastume, René, Juan Garza Ramos y José Luis Vázquez Caste-llanos. "La crisis en el abordaje epidemiológico a escala planetaria con énfasis en México". En *Educación médica en un mundo en crisis*, coords. René Cristóbal Crocker Sagastume y Ramón Ignacio Esperón Hernández (AMFEM, 2021). Consultado el 23 de abril 2025. <https://www.amfem.edu.mx/phocadownload/publicaciones/educacion-medica-en-crisis.pdf>

Garza Ramos, Juan. "Bioética, desarrollo sustentable y salud 2002". En *Summa Bioética* (2002): 47-55. Consultado el 24 de abril 2025. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/731062/2002.pdf>

Garza Ramos, Juan. "Una salud y la bioética". *Revista de Enfermedades Infecciosas Emergentes* 16 (2021): 73-74.

Garza Ramos, Juan y Laura Arvizu Tovar. *Hacia una salud: propuesta en el marco de la administración pública federal en México*. Imagen Editorial Yire, 2012.

Garza Ramos, Juan, L. Durán, M. Vargas et al. "Enseñanza interdisciplinaria de una salud. Seminario-taller en el nivel de pregrado". En *Memorias del Congreso Interamericano de Zoonosis*, Ciudad de México, 6 al 9 de octubre 2013. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259561641_La_intersectorialidad_en_los_servicios_de_epidemiologia_y_salud_publica

Garza Ramos, Juan, Aline Schunemann de Aluja, José Manuel Berreúcos Villalobos, Armando Mateos Poumian, Moisés Vargas Terán, Carlos Arellano Sota. "Medicina Veterinaria". En *Estado del Arte de la Medicina 2013-2014: salud pública y sociología médica*. Academia Nacional de Medicina/Conacyt, 2014. Consultado el 24 de abril 2025. https://www.anmm.org.mx/pdf/acerca_de/CA-nivANM150/L16-Salud-publica-y-sociologia-medica.pdf

Hernández, Mirtha y Patricia López Suárez. "Presenta la UNAM colección *La década Covid en México*", 22 de junio 2023, Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/presenta-la-unam-coleccion-la-decada-covid-en-mexico/>

Menachery, Vineet D., Boyd L. Yount Jr., Kari Debbink et al. "A SARS-like cluster of circulating bat coronaviruses shows potential for human emergence". En *Nature Medicine* 21, núm. 12 (2015): 1508-13. <https://doi.org/10.1038/nm.3985>

Organización de las Naciones Unidas. *Informe de las Naciones Unidas: las cifras del hambre en el mundo aumentaron hasta alcanzar los 828 millones de personas en 2021*. ONU, 6 de julio 2022, consultado el 19 de julio 2023. <https://www.who.int/es/news-room/06-07-2022-un-report--global-hunger-numbers-rose-to-as-many-as-828-million-in-2021>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). *One health*. Consultado el 10 de abril 2025. <https://www.fao.org/one-health/es/>

Parsons, Wayne. *Políticas públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Flacso, 2012.

Sabatier, Paul A. y Hank C. Jenkins-Smith. *Policy Change and Learning An Advocacy Coalition Approach*. Westview Press, 1993.

Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural. "Publica Sader listado de enfermedades y plagas de notificación obligatoria en México". Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, 24 de diciembre de 2018. <https://www.gob.mx/agricultura/prensa/publica-sader-listado-de-enfermedades-y-plagas-de-notificacion-obligatoria-en-mexico>

Secretaría de Desarrollo Social. "Sin hambre. Cruzada Nacional. Cruzada nacional contra el hambre". Secretaría de Desarrollo Social, 2013, consultado el 11 de abril 2025. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/120919/CruzadaNacionalContraElHambre.pdf>

Stephens, Patrick R., Nicole Gottdenker, Amy M. Schatz et al. "Characteristics of the 100 largest modern zoonotic disease outbreaks". *Philosophical Transactions of the Royal Society B. Biological Sciences* 376, núm. 1837 (2021): 20200535. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0535>

World Health Organization, The Food and Agriculture Organization of the United Nations, The World Organization for Animal Health. *Taking a Multisectoral, One Health Approach: A Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases In Countries* (WHO, FAO, OIE, 2019). Consultado el 24 de abril de 2025. https://www.woah.org/fileadmin/Home/eng/Media_Center/docs/EN_TripartiteZoonosesGuide_webversion.pdf

World Health Organization. *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021-2030*, 28 de enero 2021, consultado el 24 de abril 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>

World Health Organization. *Tripartite and UNEP support OHLEP's definition of 'One Health'*, 1 de diciembre de 2021. Consultado el 1 de junio 2023. <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohlep-s-definition-of-one-health>

10

CAPÍTULO

Bioética, educación y COVID: enseñanzas y aprendizajes

Ana Lilia Higuera Olivo. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina y de la Escuela Médico Naval, Facultad de Estudios Superiores, Zaragoza, UNAM.



El proceso enseñanza-aprendizaje, como situación interactiva entre sujetos narrativos con diversas moralidades, está determinado por el hecho de alcanzar la integración científico-técnico-humanista de los objetivos que llevan a adquirir conocimientos-habilidades y actitudes. Lo anterior transcurrido durante un tiempo determinado por los planes y programas de estudio, diseñados en su mayoría de forma convencional para ser cubiertos y ejecutados presencialmente, de modo que las competencias generadas favorezcan un desempeño idóneo como profesionales eficientes, calificados y con un sentido de responsabilidad como un compromiso laboral y de impacto social en su medio.

La contingencia generada por la COVID-19 transformó la visión sobre los mecanismos tradicionales de enseñanza y aprendizaje en todos los niveles, ámbitos y carreras. Si bien es cierto que por años se ha hablado, analizado, discutido, practicado y ejercido tales prácticas, y pese a la existencia de otras modalidades menos tradicionales y más *ad hoc* a los tiempos actuales, éstas últimas se encontraban como opciones complementarias y/o alternativas en los sistemas educativos para quienes no disponían del tiempo de permanencia que implican los sistemas presenciales, incluso siendo vistos con cierta prepotencia y desdén en cuanto a la efectividad de sus resultados. Es así como, al declararse la contingencia, la cotidianidad hubo de deconstruirse para instaurar otro orden en el que la “presencialidad” se volvió “virtualidad” y la distancia marcó la conciencia en la obsolescencia de las estrategias didácticas tradicionales, desafiando nuevas formas de interacción académica efectiva, asertiva y motivante.

Si se tuviera que describir con un sólo concepto el proceso por el que el sistema educativo ha tenido que atravesar durante la contingencia mundial que generó la pandemia por COVID-19 éste sería *desafío*. Y he aquí que con ese concepto se puede establecer el vínculo con la situación humana que se crea alrededor de todo ello, más aún cuando el contexto al que nos referimos es el de la educación; vista no sólo como proceso evolutivo de aplicación intelectual, sino como accionar humano para la adquisición de conocimientos formativos de una profesión o actividad profesional que habiliten eficazmente en el ejercicio de un quehacer. Independientemente de sus fines prácticos, la educación involucra una actividad humana de interacción personal —a partir de su manejo comunicativo—, con impacto social. Estos últimos elementos son suficientes para vincularse en un ámbito como el de la bioética, dado que se trata de una actividad entre humanos que impacta en su vivencialidad, al cuestionar en tanto las acciones y reacciones que implica la transformación de los ambientes de cotidianeidad presencial en que la docencia se desarrolla o se había desarrollado hasta el cataclismo pandémico por COVID.

Como en el párrafo anterior, si se respondiera de forma simple a las preguntas cómo impactó y qué le dejó el covid al sistema educativo, se haría con un sólo concepto: *desafío*, de principio a fin. Y, aparentemente, así se cerraría de forma propositiva este círculo humanista de encuadre bioético. Al utilizar el término *desafiar* como verbo transitivo de acción humana, se aborda una problemática de carácter vivencial, puesto que hay sujetos —morales y narrativos— relacionados en el proceso. Por lo tanto la crisis contingente, en su carácter educativo, se vuelve un tema de discusión, análisis y reflexión bioética debido a las consecuencias morales y los compromisos éticos que ello genera *a posteriori* por tratarse de una actividad humana sujeta a la tensión subyacente por la forma en que surge y los efectos que provoca en el ánimo de las personas, una comunicación a distancia que de repente se instaura, viendo transformada una —en otro tiempo— realidad inamovible y no prevista más que por la ficción.

Si como señala el *Diccionario de la Lengua Española* (2019), *desafiar* implica: “[...] incitar a una persona a medir su fuerza física [...] o de otra índole [...] u otra capacidad con ella [...]”, esto es: “[...] enfrentarse a las opiniones o mandatos de una persona [...]”¹, queda claro que, durante la pandemia, la educación, como actividad humana y como proceso creativo, ha tenido que desafiar una serie de obstáculos no previstos por las didácticas presenciales y cotidianas que por años fueron practicadas desde una zona de confort en el aula y que de pronto tuvieron que visualizarse como actividades a distancia. Desde escenarios encuadrados en espacios cerrados, desconocidos y en muchos sentidos inaccesibles, el contacto, la comunicación, se tuvo que establecer a través de un medio para el que no pocos estaban preparados, pese a las capacidades y habilidades discursivas en el aula, y que en la virtualidad se diluían ante el temor de una cámara o ante recuadros oscuros o una fotografía o una caricatura o un nombre al otro lado de la pantalla.

De aquí que surja entonces otra interrogante para guiar esta reflexión respecto del proceso enseñanza-aprendizaje y sus formas de compartir y comunicar durante la contingencia promovida por la COVID-19 y el papel de la bioética como referente humanista. En tanto la transformación del contexto en que dicho proceso se ejecuta y el cual encuadrará bajo el símil del “escenario educativo”, que de teatral pasó a ser cinematográfico, y donde los actores son profesores y estudiantes tratando de dirigir, manejar y aprender un guion —entiéndase programa académico—, escrito para un tipo de escenario, pero distante de la presencialidad, referida como contacto o calidez humanas. Luego entonces tenemos las siguientes premisas para reflexionar en torno al binomio educación-covid:

1. La necesaria deconstrucción del proceso educativo en tanto sus mecanismos de enseñanza y aprendizaje convencional ante la contingencia por COVID-19.
2. El cambio de actitudes a partir del procesamiento de la virtualidad, donde la bioética —implícita o explícitamente—, provoca una intervención consecuencialista para momentos contingentes.

La deconstrucción del proceso educativo en tanto sus mecanismos de enseñanza y aprendizaje convencional ante la contingencia por COVID-19

Históricamente, la educación como parte fundamental del quehacer humano ha representado también parte de la problemática existencial tanto de individuos como de sociedades. Lo anterior en función de que presupone la transmisión y adquisición no sólo de conocimientos, habilidades, costumbres y tradiciones, sino también de la conformación de una serie de excelencias del cuerpo y del carácter,² que se pretende conduzcan a un bienestar genérico, a fin de redituar tanto personal como socialmente en beneficios múltiples, tales como la autorrealización, la satisfacción productiva y el bienestar social entre otros. Es por ello por lo que, filosóficamente hablando, cuando se pretende educar³ se implica en ello el hecho de compartir, alimentar y nutrir cognitivamente la mente

1 Real Academia Española, “Desafiar”, *Diccionario de la lengua española*, <https://dle.rae.es/desafiar>

2 Diego Gracia Guillén, *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, 3era. ed. (El Búho-Astrea, 2021), 196.

3 Immanuel Kant, *Education* (University of Michigan Press, 1960).

de los educandos, pero también de generar en ellos disciplina y orden en su proceso de aprendizaje —con bases humanistas—, de modo que puedan formarse e instruirse individuos productivos, éticos y conscientes del rol por desempeñar en una sociedad; sobre todo si este desempeño se establece en el ámbito de las ciencias de la salud.

A partir de tales consideraciones, surgen varias implicaciones que intentaré reflexionar a partir de los siguientes aspectos:

- a) La visión humanista de la enseñanza como un proceso de interacción humana que, a partir de la comunicación de ideologías o posturas morales, políticas o sociales o actitudes personales, puede generar modelos de comportamiento o referentes actitudinales en el perfil de desarrollo profesional del futuro egresado.
- b) La idea de cambio o restructuración en las formas de comunicación cotidiana, como medio para compartir creativa y asertivamente el manejo del mensaje didáctico, con el fin de incidir y no conflictuar la relación entre profesor y alumno, sobre todo cuando éstos son extraños morales a distancia y teniendo como escenario y nicho de colaboración un espacio virtual mediante un medio electrónico.
- c) Cómo hacer valer el papel de la bioética en el proceso de enseñanza y aprendizaje de las ciencias de la salud, haciéndola un elemento intrínseco para la valoración humanista entre profesor y estudiante, aun con la distancia y a través de un medio electrónico.

Si en este sentido humanista, el docente no tenía claras las funciones, características, cualidades y fines que su persona puede aportar al proceso de enseñanza-aprendizaje, éste se volvió difícil, incongruente y hasta frustrante. Desconocer la forma o el fondo de las particularidades del proceso y cómo impactar y optimizar sus recursos y habilidades de comunicación tanto personales como materiales, incluidos los apoyos de su institución, con lo que se crea una falsa expectativa de ejercicio académico continuo y adecuado. Al respecto: ¿la virtualidad desplazó las cualidades humanistas de la presencialidad al ver en el medio interpuesto un obstáculo a la comunicación controladora, en lugar de ser una oportunidad de fomentar una creatividad narrativa?

De aquí la importancia que Hernández señala al decir que:

Desde el punto de vista de los humanistas, la educación debiera estar centrada en ayudar a los alumnos para que decidan lo que ellos son y lo que ellos quieren llegar a ser. La educación humanista se basa en la idea de que todos los estudiantes son diferentes y los ayuda a ser más como ellos mismos y menos como los demás. En este sentido se considera que es necesario ayudar a los estudiantes a explorar y comprender más adecuadamente el conocimiento de su persona y los significados de sus experiencias vivenciales.⁴

a) La visión humanista de la enseñanza como un proceso de interacción humana

Si se considera que el factor humano es determinante en el desenvolvimiento de las relaciones entre profesor y estudiante —quienes en modo alguno, pueden llegar a ser extraños morales⁵—,

4 Gerardo Hernández Rojas, *Módulo Fundamentos del desarrollo de la tecnología educativa (Bases psicopedagógicas)* (ILCE-OEA, 1997), 87.

5 Tristram Engelhardt, Hugo, *Los fundamentos de la bioética* (Paidós, 1997), 45.

y tomando en cuenta que dicha interacción a su vez está influida por una serie de factores y situaciones contextuales que modifican de formas diversas el proceso de enseñanza y aprendizaje, es necesario recapitular sobre la intencionalidad, actitud, aptitud y carácter con que se desenvuelven las situaciones didácticas en el aula y los factores que las circunscriben, para hacer de un docente un buen comunicador no sólo de conocimientos, sino también de experiencias y emociones que llevan a emitir respuestas determinadas, acordes a la postura didáctica establecida por un modelo educativo impuesto por la política y economía vigentes.

Dentro del campo educativo, la didáctica es vista como una disciplina técnico-práctica que tiene como preocupación central la operativización de los procesos de enseñanza y aprendizaje, y la forma de aterrizar los elementos, prácticas y situaciones que favorezcan la optimización de recursos en ambas direcciones: enseñanza y aprendizaje. Bajo este contexto existe una visión estereotipada del docente como transmisor de información y conocimientos —condicionamiento situacional producto de la ideología predominante o de la costumbre—.

Lo anterior ha conducido a una dependencia social, científica y operativa de su imagen como actor e instrumento del proceso, pero nunca a una valoración humanista del docente y sus particularidades morales innatas. Esto reduce a la persona que ejerce la docencia y a lo que propiamente la conforma, la fortalece y le da valor: *su proceso comunicacional*, el que propicia una enseñanza asertiva e imprime un sello de impacto motivacional que hace significativo el aprendizaje.⁶

Curiosamente, la palabra latina *comunicar* significa *poner en común*, y en didáctica todo el conocimiento requiere *ponerse en común*; esto es, presentarlo de forma tal que todos puedan acceder a él, comprenderlo y reflexionarlo mediante signos y símbolos (como en la palabra oral o escrita) o mediante la señal, el gesto y la imagen —que bajo el contexto pandémico se volvió fundamental—.

Si como señalan múltiples autores, el cimiento de la figura docente es: “la formación del hombre” y, actualmente, este hecho implica informar, estimular, orientar, organizar, supervisar e investigar, como parte de un perfil docente contemporáneo, —que sujeto a un sinnúmero de variables, permite redefinir acciones y objetivos— ¿cómo es que continúa en la búsqueda de herramientas y estrategias de enseñanza sofisticadas, cuando reside en sus propias habilidades comunicativas, la madera de líder educativo-moral y ético que se requiere para motivar y persuadir en lo referente a la adquisición de conocimientos y hacerlos significativos en sus alumnos?

Es así que uno de los tantos conflictos ante la virtualidad pandémica se cimentó en el hecho de reconsiderar y redefinir el potencial de esas habilidades naturales de comunicación que los docentes a nivel superior han dejado de lado por ser propias, y que sólo dependen del entrenamiento y cuidado que se les dé, conscientes del impacto que causan; optimizando, de este modo, una característica innata al servicio de la enseñanza, que por su obviedad no ha sido objeto de mayor atención y tratamiento, esto es: el impacto ético de la comunicación como base del cambio actitudinal, aptitudinal y cognoscitivo, en tanto la forma de transmisión del mensaje didáctico, ya sea que éste se construya en la presencialidad o desde la virtualidad.⁷

Como pudo apreciarse durante las clases en contingencia, uno de los graves conflictos generados por la virtualidad se remite a los esquemas cerrados en tanto salir de la convencionalidad y

6 Rubí Estela Morales Salas y María Guadalupe Veytia Bucheli, coords. *Estrategias didácticas emergentes. Un desafío frente a la pandemia de COVID-19* (Comunicación Científica, 2022), 20.

7 María Niurka Vialart Vidal, “Estrategias didácticas para la virtualización del proceso enseñanza-aprendizaje en tiempos de COVID-19”, *Educación Médica Superior* 34, núm. 3 (2020): e2594, 4-6.

adentrarse en un proceso creativo, interactivo y colaborador a distancia, confiados en el impacto del mensaje emitido y su repercusión activa en el trabajo estudiantil. Es bien sabido que las actividades de enseñanza y aprendizaje han sido revisadas, discutidas y reflexionadas desde múltiples teorías pedagógicas, tendencias didácticas y escenarios educativos, pero nunca desde uno como el acaecido en pandemia. Esto hizo cada vez más complejas las problemáticas que debían abordarse, pues día con día la visión integral de las situaciones educativas se planteaban en función de la cotidianidad de sus actos, dando por resultado en el docente, dos polos actitudinales opuestos. Uno, el del aberrante apego por lo que siempre se ha hecho —manteniéndose en una zona de confort—, bajo el supuesto de que se lleva muchos años ejerciendo sin que aparentemente exista queja por parte del alumno, institución o sistema y, por lo tanto, se cree estar en lo correcto, sin pensar en la influencia ejercida. Y dos, caer en la exagerada y mal entendida “innovación” que, en la mayoría de los casos, no es más que una percepción inadecuada en el manejo de teorías pedagógicas que se asumen como “libertinaje” de acción en el aula —sea ésta presencial o virtual—, tanto en docentes como en alumnos, perdiéndose el control de la función y fines de la educación superior.⁸ Lo anterior, por no generar más la conciencia de lo que representa la interacción humana y retroalimentadora de la relación profesor-estudiante y sí como señalan las bases del constructivismo:⁹ “[...] la función del docente consiste en orientar y guiar la actividad mental constructiva de sus alumnos, a quienes proporcionará una ayuda pedagógica ajustada a su competencia [...]”. En ese sentido, ¿cómo se puede orientar y guiar cuando se desconoce el potencial e impacto que tienen la forma y el modo en que se transmiten los mensajes didácticos? ¿Cómo saber si la intencionalidad del mensaje didáctico es asertiva, cuando en la actividad docente existe un franco rechazo a la condición axiológica, cognoscitiva u ontológica del “otro” que es el educando? Si, como se dice actualmente, la formación docente debe abarcar los planos conceptual, reflexivo y práctico ¿por qué dejar pasar por alto el hecho más representativo de la enseñanza y el aprendizaje que es la comunicación verbal y no verbal como base fundamental de la interacción humana entre docente y alumno?

La formación del docente como un profesional reflexivo y autónomo¹⁰ rechaza categóricamente, en la actualidad, la idea de ser un simple técnico u operario a la moda que aplica a la letra planes y programas o metodologías didácticas acordes a la corriente pedagógica en turno, sin detenerse a pensar en la intencionalidad y fines con que es percibido su mensaje didáctico y la forma en que éste será captado o interpretado, generando una actitud o postura futura en el abordaje de algún conflicto o dilema profesional.¹¹ De aquí que la perspectiva integral —humanista y creativa— que puede ofrecer la bioética a la educación; en tanto, la formación de recursos en salud conscientes de su rol y circunstancias, favorecerá una visión crítica, reflexiva y consciente del otro —que aún a

8 Graciela Hierro, *Naturaleza y fines de la educación superior* (Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, 1990), 78.

9 Frida Díaz Barriga y Gerardo Hernández Rojas, *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista* (McGraw-Hill, 1998), 3.

10 Donald A. Schön, *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones* (Paidós, 1992), 21.

11 Gracia Guillén, *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, 201.

la distancia y en la virtualidad—puede ser destacada y promovida a partir de recursos discursivos y estéticos—como la pintura y el cine—.¹²

b) La conciencia durante la virtualidad del impacto del mensaje didáctico y su manejo creativo entre profesor y alumno

La intención en este apartado es reconsiderar ese aspecto didáctico que ha sido obviado por ser inherente a los procesos de enseñanza y aprendizaje: el *mensaje didáctico*, sus características, fines, importancia y aplicación didáctica. No sólo como parte fundamental del proceso educativo sino como base de una interacción humana que está sujeta a situaciones de incertidumbre, singularidad y conflicto de valores entre sus actores, dados los factores de percepción e interpretación que conlleva.¹³ En términos de virtualidad cobra una singularidad y significación mayor, dado que es el pilar fundamental en la interacción ante medios interpuestos, ya sea de forma verbal, escrita o hablada, pues representa la expresión total de la interacción creativa.

Todo lo anterior no intenta “descubrir el hilo negro”, sino simplemente reforzar y apoyar múltiples teorías didácticas o pedagógicas alertando el hecho de la importancia que tiene este factor educativo—no sólo como mera herramienta didáctica—, sino como un agente de persuasión actitudinal significativo para la formación del futuro profesional de la salud. Como señala Schön,¹⁴ al examinar el actuar docente, han de considerarse ciertas constantes para la práctica reflexiva, que en la operatividad de la distancia deben tenerse en cuenta con mayor cuidado, tales como:

1. Los medios, lenguajes y repertorios que emplean los docentes para describir la realidad y realizar acciones creativas a partir del uso de nuevas tecnologías.
2. Los sistemas de apreciación que emplean para centrar los problemas, para la evaluación y para la conversación reflexiva, mediante el uso de diversos medios electrónicos que posibiliten el contacto frente a la distancia.
3. Las teorías didácticas generales que aplican a los fenómenos de interés, acorde al contexto educativo.

El cambio de actitudes a partir del procesamiento de la virtualidad, donde la bioética tenga un papel de intervención consecuencialista para momentos contingentes

Al hablar del papel de la bioética en la educación a partir de un momento contingente de virtualidad necesaria, uno de los aspectos a tomar en cuenta, en lo particular, debe ser la consideración de las formas y medios de transmisión del mensaje didáctico en un momento histórico en el que

12 Alberto Lifshitz y José Luis García Vigil, *Educación en medicina. Enseñanza y aprendizaje de la clínica* (Editorial Alfil, 2006), 277-285.

13 Juan Antonio Huertas e Ignacio Montero Ruiz, *La interacción en el aula: aprender con los demás* (Aique, 1999), 75.

14 Schön, *La formación de profesionales reflexivos...* 148.

existen cada vez más herramientas tecnológicas y modelos de medios interpuestos que modifican los canales de la comunicación humana, así como una seria preocupación por recuperarlas, rescatarlas o mejorarlas, de forma directa en tanto su percepción e interpretación.

En momentos críticos e inesperados como el acontecido en aislamiento por COVID-19, a todas luces se evidenció que es en el campo educativo donde se deben generar y replantear propuestas, retomando aspectos humanísticos obvios; redefiniendo y encuadrando el mensaje didáctico como elemento sustancial de los procesos de enseñanza y aprendizaje; potencializando su asertividad para que, a partir de un encuadre bioético, aterrice en las necesidades de la existencialidad humana.

La pandemia por COVID-19 evidenció que hablar del docente como un comunicador educativo y de la transmisión dialógica del conocimiento como un mensaje didáctico, nos lleva a señalar el hecho de que al dirigir un sujeto su atención —con el fin que sea— hacia otro, se está creando un lazo de relación interpersonal, que se concreta en la comunicación, sea cual fuere el modo y la forma en que ésta se conciba.

Ahora bien, la comunicación educativa tal cual la describen Prieto¹⁵ o Gutiérrez¹⁶ lleva implícitas ciertas cualidades humanas empíricas o adiestradas; manifestaciones (conscientes o no) del efecto que la relación educativa causa en ambas personas: profesor y estudiante, quienes como extraños morales pueden tener conflictos o dilemas bioéticos, en tanto que tal condición marca la pauta de la forma en cómo será transmitido el mensaje y la forma en que será percibido.

Es decir, que hay una intencionalidad de por medio, de aquí que, para mejores efectos, se consideren las ocho cualidades de la comunicación interpersonal ya mencionadas por Gutiérrez Sáenz,¹⁷ con el fin de comprender mejor el enfoque humanista de la educación, apreciando el hecho de que las cuatro primeras predominan como cognoscitivas, mientras que las segundas cuatro añaden a su naturaleza, un carácter emocional,¹⁸ lo que denota la naturaleza existencial que reside en sus actores como puede apreciarse:

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. Disponibilidad | 5. Simpatía |
| 2. Solicitud | 6. Afecto |
| 3. Percepción | 7. Compromiso |
| 4. Empatía | 8. Amor |

Por otra parte, se considera como mensaje didáctico, no al paquete inerte de conocimientos transferidos con un fin evaluativo, sino al proceso reflexivo con carácter dialógico, crítico y discursivo basado en una comunicación interpersonal donde existe la conciencia de la existencia del otro¹⁹ y su participación del tema en el mismo mundo y bajo los mismos términos, con el objetivo de alcanzar la síntesis perceptual de un todo. Sólo se haría significativo en tanto que ha sido sujeto

15 Daniel Prieto Castillo, *La comunicación en la educación* (Ciccus, La Crujía, 1998), 153.

16 Raúl Gutiérrez Sáenz, *Introducción a la pedagogía existencial* (Esfinge, 2002), 98.

17 *Ibidem*, 93.

18 Karina Margarita Cotero Moreno, "La comunicación asertiva como estrategia didáctica en los ambientes virtuales de aprendizaje", en *Estrategias didácticas emergentes. Un desafío frente a la pandemia de COVID-19*, coord. por Rubí Estela Morales Salas y María Guadalupe Veytia Bucheli (Comunicación Científica, 2022), 228.

19 Pedro Laín Entralgo, *Teoría y realidad del otro* (Revista de Occidente, 1961), 202.

de la interacción educativa y no sólo objeto de un proceso unidireccional y pasivo de transmisión de información, y ¿tal vez? de conocimientos.

De ahí que, ubicados en el planteamiento de la importancia de la bioética para la educación y el valor del mensaje didáctico en la enseñanza, en un contexto de virtualidad donde no resulta igual manejar las plataformas Teems, Meet o Zoom, y donde las interacciones participativas por WhatsApp o el manejo de síntesis temáticas con Tik Tok, en otro momento del proceso educativo hubieran significado una rebeldía a los sistemas tradicionales de transmisión del conocimiento, pero durante la virtualidad facilitaron la retroalimentación assertiva, breve y concreta que creativamente enriqueció el conocimiento y motivó la interacción humana, aún en la distancia.²⁰

Conclusiones

Resulta evidente que el mayor desafío durante la pandemia por COVID-19 en el campo de la educación fue sin duda alguna la interacción humana. Ésta se vio restringida por la distancia y pasó de la presencialidad a una virtualidad de la que todos hablaban y usaban por juego, pasatiempo o moda. Sin embargo, pocos la veían como elemento primordial para el desarrollo de las actividades fundamentales de la vida, incluidas la transmisión, la expresión y la dispersión de emociones y sentimientos, los que pasaron a formar parte de una nube ubicada en un ciberespacio al que nadie llegaría, pero donde todos tuvimos que navegar para lograr los fines de una cotidianidad virtual donde recrear actividades. Asimismo, se hizo obvio que el manejo de mensajes debió adoptar toda una serie de herramientas tecnológicas diversas para cubrir la necesidad comunicativa de seguir compartiendo con otros el acontecer en la vivencialidad de momentos anímicamente difíciles que representaron un reto para la convivencia humana como se le conocía hasta entonces.

En el contexto educativo el reto significó reconocer, deconstruir y reconstruir nuevos lenguajes didácticos que facilitasen el aprendizaje, desde la virtualidad y en escenarios diversos. Tras un primer momento caótico, fue necesario reconocer que debimos estudiar y tomar en serio el proceso educativo como una situación humanista en la que la comunicación interpersonal tiene la finalidad de transmitir y aprehender conocimientos que permitan calificar a los educandos como aptos para desempeñar una función determinada para la que se preparan.²¹ Es importante tener en cuenta que en todo este proceso entran en juego una serie de valores personales inherentes a cada uno de los actores —docente y estudiante—, que incidirán de manera definitiva en el proceso de transmisión y percepción de conocimientos, redundando así en el buen juicio para su aprovechamiento y uso, de acuerdo con los fines éticos para los que fue capacitado.²²

Esta revisión temática se ha centrado en los elementos fundamentales que causaron una crisis de disonancias didácticas en la virtualidad, al no ser considerados en su justa dimensión de impacto en su momento presencial. Por este motivo, y al no querer saberse un comunicador educativo, el profesor tardó en estar consciente no sólo del manejo que hace del mensaje didáctico; también se cuestionó desde el ciberespacio el hecho de la credibilidad que le imprime, mediante el uso no sólo de herramientas tecnológicas en las que ni siquiera estaba entrenado. Igualmente de la asertividad

20 Vialart Vidal, "Estrategias didácticas para la virtualización...", 9.

21 Francisco Camero, *Las humanidades como concientización de técnicos y científicos* (Ediciones El Caballito, 1991), 70.

22 Gracia Guillén, 204.

de los elementos de su propia comunicación, tales como el impacto de su voz y la credibilidad, y la fortaleza de su imagen, cuestiones todas de una capacidad aptitudinal de carácter comunicacional, adquirida a través de años presenciales que debieron sensibilizarlo para la optimización de lo propio.

En la virtualidad se reflejaron todos los aspectos verbales y no verbales²³ que inciden en el proceso educativo de forma determinante, impactando la formación profesional y hasta personal del educando,²⁴ haciéndolo consciente de fortalezas y debilidades, y del modelo o patrón de comportamiento e ideas por seguir en que se convierte, proyectando una carga ética y emocional que conlleva la transmisión de conocimientos. No debe olvidarse que, al enfrascarse en el trabajo educativo, el docente, profesor, tutor o guía académico, se vuelve un *Líder* comunicador de la materia que conoce y domina, y que, armado con sus propias cualidades, esgrime los conocimientos de forma intencional, para motivar y persuadir al educando y lograr la aprehensión, el análisis y la reflexión del conocimiento con el propósito de alcanzar un fin, personal, profesional y social.

23 Flora Davis, *La comunicación no verbal* (Alianza Editorial, 1996), 106.

24 Josep María Puig Rovira, *La construcción de la personalidad moral* (Paidós, 1996), 106.

Bibliografía

Banco Mundial. *COVID-19: Impacto en la educación y respuestas de política pública. Resumen ejecutivo*, 2020. Consultado el 5 de mayo 2025. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/143771590756983343-0090022020/original/Covid19EducationSummaryesp.pdf>

Camero, Francisco. *Las humanidades como concientización de técnicos y científicos*. Ediciones El Caballito, 1991.

Cotero Moreno, Karina Margarita. “La comunicación asertiva como estrategia didáctica en los ambientes virtuales de aprendizaje”. En *Estrategias didácticas emergentes. Un desafío frente a la pandemia de COVID-19*, coordinado por Rubí Estela Morales Salas y María Guadalupe Veytia Bucheli. Comunicación Científica, 2022. Consultado el 5 de mayo 2025. <https://comunicacion-cientifica.com/wp-content/uploads/2022/07/CC46.-PDF-Estrategias-didacticas-emergentes2.pdf>

Davis, Flora. *La comunicación no verbal*. Alianza Editorial, 1996.

Decker, Bert. *El arte de la comunicación*. Grupo Editorial Latinoamérica, 1992.

Díaz Barriga, Frida y Gerardo Hernández Rojas. *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. McGraw-Hill, 1998.

Engelhardt, Hugo Tristram. *Los fundamentos de la bioética*. Paidós, 1997.

Esquivel Méndez, L. A., J. Moreno Moranchel, V. Robles Huervo, M. L. Albor Aguilera, M. A. González Trujillo y M. Tufiño Velázquez. “Impacto en la educación por la pandemia de COVID-19 en México”. *Memorias de la Reunión Nacional Académica de Física y Matemáticas* 26, núm. 26 (2021): 282-287. Consultado el 5 de mayo 2025. <https://drive.google.com/file/d/1BFhjWNY1arujrBO-ySLm3vrflHSzhc9oz/view>

Flores Ochoa, Rafael. *Hacia una pedagogía del conocimiento*. McGraw-Hill, 2000.

Frankena, William. *Three Historical Philosophies of Education: Aristotle, Kant, Dewey*. Scott Foresman and Company, 1965.

Gilber, Roger. *¿Quién es bueno para enseñar?* Gedisa, 1996.

Gracia Guillén, Diego. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 3era. ed. El Búho-Astrea, 2021.

Gutiérrez Sáenz, Raúl. *Introducción a la pedagogía existencial*. Esfinge, 2002.

Hernández Rojas, Gerardo. *Módulo Fundamentos del desarrollo de la tecnología educativa (Bases psicopedagógicas)*. ILCE-OEA, 1997.

Hierro, Graciela. *Naturaleza y fines de la educación superior*. Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, 1990.

Huertas, Juan Antonio e Ignacio Montero Ruiz. *La interacción en el aula: aprender con los demás*. Aique, 1999.

Kant, Immanuel. *Education*. University of Michigan Press, 1960.

Laín Entralgo, Pedro. *Teoría y realidad del otro*. Revista de Occidente, 1961.

Lifshitz, Alberto y José Luis García Vigil. *Educación en medicina. Enseñanza y aprendizaje de la clínica*. Editorial Alfil, 2006.

Morales Salas, Rubí Estela y María Guadalupe Veytia Bucheli, coordinadores. *Estrategias didácticas emergentes. Un desafío frente a la pandemia de COVID-19*. Comunicación Científica, 2022. Consultado el 5 de mayo 2025. <https://comunicacion-cientifica.com/wp-content/uploads/2022/07/CC46.-PDF-Estrategias-didacticas-emergentes2.pdf>

Morin, Edgar. *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Unesco, 1999.

ONU-CEPAL-Unesco. *La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19*. 2020. Consultado el 5 de mayo 2025. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45904-la-educacion-tiempos-la-pandemia-covid-19>

- Pansza, Margarita. *Operatividad de la didáctica*. Gernika, 1985.
- Peters, Richard Stanley. *Ethics and Education*. George Allen & Unwin, 1966.
- Prieto Castillo, Daniel. *La comunicación en la educación*. Ciccus, La Crujía, 1988.
- Puig, Rovira, Josep María. *La construcción de la personalidad moral*. Paidós, 1996.
- Real Academia Española. “Desafiar”. En *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., versión 23.8 en línea. <https://dle.rae.es/desafiar>
- Rodríguez Illera, José Luis. *Educación y comunicación*. Paidós, 1988.
- Sanvisens Marfull, A. *Introducción a la pedagogía*. Editorial Barcanova, 1987.
- Schofield, Harry. *La filosofía de la educación*. George Allen & Unwin, 1972.
- Schön, Donald A. *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Paidós, 1992.
- Sulmont, Annabelle y Cynthia Martínez, coordinadores. *COVID-19 y educación en México: primeras aproximaciones de una desigualdad agudizada*. ONU-PNUD. 2022. Consultado el 5 de mayo 2025. <https://www.undp.org/es/mexico/publicaciones/covid-19-y-educacion-en-mexico-primeras-aproximaciones-de-una-desigualdad-agudizada>
- Vialart Vidal, María Niurka. “Estrategias didácticas para la virtualización del proceso enseñanza-aprendizaje en tiempos de COVID-19”. *Educación Médica Superior* 34, núm. 3 (2020): e2594. Consultado el 5 de mayo 2025. <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2594>

11

CAPÍTULO

Casos de COVID-19 desde la bioética narrativa. Una perspectiva socio-médica

Ricardo Paulino José Gallardo Díaz. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México.

Los científicos nos han dicho que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me dijo que estamos hechos de historias.

Eduardo Galeano.¹

Por eso somos más radicalmente biografía que biología.

Constantino González-Quintana.²

1 República De Arica, "Eduardo Galeano presenta su libro 'Los Hijos de los Días' (video1)", 1 de junio de 2012. Video, 00:1:48. <https://www.youtube.com/watch?v=frbKD1Bg38g>

2 Constantino González Quintana, "Bioética narrativa", *Revista CONAMED* 22, núm. 4 (2017): 192.

Desde que Van Rensselaer Potter (1911–2001) popularizó el término *bioética* se dieron pasos gigantes para intentar resolver los dilemas propios de la medicina que no había sido posible resolver. Y en este tópico han aparecido diversas teorías que han dado su punto de vista en la resolución de los problemas que ha arrastrado la medicina científica desde hace décadas. Ahora bien, la bioética nació como una necesidad médica y social con la finalidad de tomar decisiones en asuntos diversos, como el aborto, la maternidad subrogada, la tanatología, los trasplantes, la relación médico-paciente, el consentimiento bajo información, la tecnología médica, en fin, la lista es enorme.

Previo a la aparición de la bioética las decisiones médicas dependían de la ética general y de la ética médica; dos propuestas de la filosofía que se fueron quedando cortas conforme fue avanzando la medicina científica tecnologizada. Y a medida en que se han ido planteando los problemas no ha habido manera de dar una respuesta satisfactoria, y por ende se han ido segregando, convirtiéndose en aporías. Hasta que apareció la bioética en 1978 se propusieron diversas formas de solucionar los dilemas a los que la ética médica, al opinar, daba muy escasas posibilidades. De esta manera se abrió un abanico conforme se fueron aplicando las diversas teorías relacionadas.

Así, al principio y ante el vacío para la toma de decisiones, apareció el *principialismo*, que con sus propuestas procedió a la resolución de los dilemas. Sin embargo, a corto plazo fueron rebasadas por la severidad de tales asuntos y con ello los grandes pensadores comenzaron a hacer propuestas filosóficas para resolver lo que las teorías éticas no alcanzaban a dirimir. Entre éstas tenemos el *Informe Belmont*, los principios de Beauchamps y Childress, el principialismo jerarquizado, las propuestas del personalismo, de la ética de las virtudes, el utilitarismo, hasta la propuesta que nos interesa que es la *bioética narrativa*.

Metodología

La unidad de análisis se enfocó en las personas que padecieron la infección por COVID-19, causada por el virus del SARS-CoV-2, durante la pandemia y en la que se manifestaron infinidad de casos. Muchos de ellos murieron por la enfermedad y otros lograron sobrevivir, pero sus familiares tenían grandes y graves preguntas que de una u otra manera se fueron resolviendo durante las entrevistas. Éste es el segundo parámetro que consideré para realizar la investigación que se presenta. El tercero fue que estuvieran dispuestos a contar su historia, no como una historia de vida, sino más bien como un episodio que de una u otra manera modificó su modo de ser y estar en el mundo; como una narración de un evento personal.

El presente trabajo tiene los objetivos siguientes:

1. Contar la historia de seres humanos que hayan enfermado de COVID-19.
2. Mostrar a los interesados una faceta más de la infección por SARS-CoV-2.
3. Analizar los casos presentados desde la bioética narrativa.

Para desarrollar el presente trabajo se empleó el método etnográfico; se realizó una investigación de tipo transversal y retrospectiva, y se empleó la narrativa como fuente para el análisis de los casos; se hicieron entrevistas personales. Un caso se hizo a distancia, de manera virtual; aunque tengo varios años de conocer a esta persona, no aceptó la entrevista en su domicilio por cuestiones personales.

Los casos se seleccionaron de un grupo de 10 personas entrevistadas quienes habían padecido COVID-19 o algún familiar cercano: esposa(o), hija(o), hermana(o) que hubiera enfermado de covid sin importar las consecuencias del padecimiento. A todas ellas las entrevisté personalmente; les expliqué en qué consistía el trabajo; les entregué el formato de *Consentimiento informado*, elaborado con anterioridad, en el que especifico el uso que se les dará a los temas tratados y a la información personal. En el trabajo se emplean las iniciales de los voluntarios, obviamente con la intención de salvaguardar el anonimato.

La unidad de análisis contempló las siguientes preguntas:

1. ¿Te interesaría participar en una investigación sobre COVID-19?

Si contestaban afirmativamente se les explicaba en qué consistía el estudio, y si aceptaban se les invitaba a comentar sobre su experiencia con la infección por SARS-CoV-2.

2. ¿Puedes platicarme tu experiencia hasta donde te sientas cómoda(o)?

Lo que desearan platicar, en el orden que quisieran. No hubo limitantes; lo único que les solicitaba era que procuraran no ser interrumpidos por otras personas o por su celular. El tiempo aproximado que empleamos para cada entrevista fue de entre tres y cuatro horas, divididas en diferentes momentos. En general, las entrevistas duraban entre 45 minutos y una hora, aunque algunos entrevistados se extendían más allá de este tiempo, pues deseaban seguir comentando su experiencia. El manejo de criterios se dio en tres fases: inclusión, exclusión y eliminación.

- 
1. Inclusión: haber padecido o tener un familiar que sobreviviera o falleciera por COVID-19 y deseara comentar sus vivencias.
 2. Exclusión: quienes en algún momento y por situaciones personales no desearon o no pudieron continuar con las entrevistas.
 3. Eliminación: al haber concluido las entrevistas de los 10 casos, inicié la redacción de la información referida y me percaté de que en tres casos, la información era similar y redundante; daban vueltas sin concretar sus comentarios. En dos casos la información se desviaba hacia conflictos generados por la posesión de las herencias y decidí que no correspondían a mi interés. A pesar de que los cinco restantes eran igual de interesantes, me decidí por los tres que presento por la trascendencia, diferencias de opinión y profundidad de lo comentado.

Al ser médico de formación, algunos amigos me comentaban que “ella o él o algún familiar” habían padecido COVID-19. Al principio, mi interés era meramente médico, pues tales personas me preguntaban si los diversos medicamentos que se estaban proponiendo para prevenir o resolver la infección resultarían adecuados para él o su familiar; algunos estaban internados y otros no. Ante la pregunta y la posibilidad de investigar en diversas fuentes, no me satisfizo lo que encontraba y, por tanto, la respuesta se reducía a lo que podía hacer tal o cual institución de salud.

Ante la ausencia de información y la cercanía con dichas personas, busqué otra alternativa que no fuera la médica para saber más de la tan mencionada infección. Me percaté de que los pacientes

o sus familiares deseaban ser escuchados sobre su padecer y decidí abordar su historia desde la perspectiva de la bioética narrativa. Los cuestionamientos y opiniones de los que sobrevivieron tenían un cariz que llamó mi atención, como los presento enseguida:

1. Enfermé y no morí.
2. Es una enfermedad terrible, no sé cómo sobreviví.
3. Sé que no hay una cura estandarizada para todos los casos; no sé qué me dieron, pero sigo viva(o).
4. Vi la muerte muy cercana; no sé si hubo momentos en que me estaba muriendo, pero “soñaba” cosas muy raras.
5. No tenía ni energía para pensar, sólo vivía esos momentos, con angustia y miedo al principio, después sólo intentaba no morir.
6. Cuando enfermó mi familiar tenía miedo a todo, al dolor de su muerte, a no haberme despedido de él o ella; no se me quita la culpa.

En los puntos anteriores se reducen las opiniones de algunos de los participantes y fue lo que me llevó a la reflexión de que tales experiencias nos han colocado al borde de un precipicio que siempre hemos tratado de posponer o eludir: enfrentarnos a la muerte.

En el primer apartado hago referencia a la utilidad de las humanidades médicas; continuaré con la praxis médica, y concluiré con las narrativas sobre la epidemia.

Bioética y bioética narrativa. Las humanidades médicas

La bioética se ubica en el marco de las humanidades médicas. En palabras de Miguel Kottow: “La tarea de las humanidades es fomentar el pensamiento crítico que permite analizar con cierta agudeza la realidad, a fin de pensar y proponer valores que enriquezcan el bien común [...]”.³ Sin duda ese pensamiento crítico para conocer la realidad depende de saber y conocer los detalles del accionar médico, considerando los conocimientos científico-tecnológicos-humanísticos del equipo de salud, pues la moral de su accionar debe direccionarse para que el paciente se convierta en el centro de la atención y de esta manera se le brinden las mejores posibilidades para su recuperación. Esto debe ser la guía para todos los involucrados en el “acto médico”. En esta razón enfocaré las humanidades en salud, las que deberán ofrecer a los seres humanos las mejores decisiones, considerando a la filosofía (ética y bioética), la antropología, la historia de la medicina, la sociología, la literatura; todas ellas como posibilidades que desde la cultura humanística deberían ofrecer al humano alternativas para el bienestar en su modo de vida.

Al referirse a la medicina narrativa, Kottow plantea la necesidad de considerar tres aspectos para una buena práctica profesional: “Los relatos ejemplares complementan la enseñanza de principios ético-médicos, pretenden ser guías para la buena vida, el cultivo de valores en aras de una práctica médica virtuosa y, en tercer término, como narrativas testimoniales y autobiográficas”.⁴

3 Miguel Kottow, “¿Bioética narrativa o narrativa bioética?”, *Revista Latinoamericana de Bioética* 16, núm. 2 (2016): 61, <https://doi.org/10.18359/rlbi.1763>

4 Ibidem, 63.

Resulta claro cómo se consideran los principios ético-médicos desde la narración de los testimonios del padecer, así como los detalles autobiográficos para vivir una buena vida y ejercer una práctica médica virtuosa. De manera que la narración se convierte en el vehículo que “otorga significación a los datos, conecta vivencias e información con decisión y acción”;⁵ es decir, una buena narración *re-vive* los sucesos contados o leídos, no nada más para el actor, sino también para los otros. En esto radica el arte de saber escribir, saber leer y saber contar que, obviamente, conduce a un entendimiento perfecto entre los participantes de la medicina narrativa; ésta debe traducirse en una *historia clínica o nota de evolución* realizadas bajo las normas de una buena narración: saber preguntar y saber contar.

En este orden de ideas, la bioética narrativa se enfoca en el ejercicio de una buena medicina, en la que el médico señale de manera adecuada y correcta, siguiendo los cánones de una buena narración, y ésta sea la guía perfecta de la enseñanza-aprendizaje de la medicina; tanto en el acto médico como en el aula para la enseñanza de los estudiantes de pre y posgrado. La medicina es una profesión que requiere la veracidad de los datos científicos y humanísticos (ética médica y bioética) para otorgar a los pacientes un tratamiento que corresponda a su padecimiento, ofrezca las mejores soluciones que satisfagan plenamente al paciente, a sus familiares y a la sociedad. Continuando con Kottow: “[...] la bioética narrativa propicia, de forma similar a la medicina narrativa, un enriquecimiento de la comunicación a objeto de [sic] precisar la deliberación médica en plantear un diagnóstico y aplicar la terapia más eficaz; para la bioética, la deliberación es de orden ético a objeto de [sic] esclarecer valores y asistir en la toma de decisiones [...]”.⁶

En el mismo tenor, la bioética narrativa se inscribe como una posibilidad para que la narración del caso o situación del paciente, la familia y su entorno sean considerados en la toma de decisiones, privilegiando la axiología en el ejercicio de la medicina. Además de considerar lo comentado por Charon, al referirse a la atención, representación y afiliación, se parte del hecho de que el profesional de la salud adquiere conocimientos científicos y técnicos, pero las capacidades de “aprender a ser lectores, intérpretes y a absorber” sólo se da con la práctica clínica. Debe considerarse el lenguaje no verbal —lenguaje del cuerpo—, que bien interpretado tiene su propio discurso y debe coincidir con el discurso del paciente. En este sentido, debemos entender que la narrativa en medicina tiene como objetivo que el médico sea capaz de entender y comprender a su paciente desde diversas perspectivas:

1. Como cuerpo.
2. Con una mente que tiene pensamientos y emociones.
3. Con una cultura que le brinda modos para enfrentar y confrontar su modo de vida.
4. Como parte de diversos núcleos sociales: familiar, amistades, laboral, escolar, de esparcimiento o diversión; es decir que se integra de diversas maneras con diversas formas de ser y de estar en espacios diversos.
5. Con sueños y deseos que integran su modo de actuar y tomar decisiones en los diversos espacios en los que su vida se desarrolla.

5 Ibidem.

6 Ibidem.

6. Con una espiritualidad, no necesariamente relacionado con una religión, sino más bien integrado en la Naturaleza.
7. Con la posibilidad de enfermar cuando se altera la homeostasis, que suele expresarse mediante signos y síntomas, los que el clínico tiene la obligación de interpretar correctamente considerando la ciencia, la aplicación correcta de la tecnología médica, y al humanismo, siempre en beneficio del paciente.
8. Invariablemente con un destino fatal, que suele llegar en diversas condiciones y situaciones. La muerte humana es un dilema complicado que en muchos sectores es considerado como un fracaso de la medicina. Sin embargo, debemos entender que para morir debemos estar vivos y sabemos qué es la muerte y morir, pero “no qué es morirme”.

Moratalla refiere que la bioética narrativa, “[...] surge para dar razón plena de la existencia humana, y si recurrimos a un relato o a una película no es para entretener o adornar —aunque entretenamos o adornemos, lo cual no es ningún desdoro—, sino para aproximarnos a lo que somos, dar cuenta cabal de lo que nos pasa y poder actuar de la manera más responsable y prudente”.⁷ Esto lo lleva a plantear que esta bioética da razón de la existencia humana y efectivamente así sucede, pues una buena narración es la historia, la biografía, lo que cuenta el paciente —en nuestro caso— de su enfermedad y de su padecer, como una sola entidad que vive y sufre el enfermo en toda su intensidad, compartiendo el dolor con su familia y amigos. Bien contada, resume los valores de quien habla, de quien escucha, de quien escribe y de quien lee.

El ejercicio de la medicina. El personal de salud y la narrativa

El profesional de la salud debe aprender y comprender a su paciente; debe estar atento a su discurso y a su lenguaje corporal; considerar cómo usa las palabras para referirse a su enfermedad; asimismo, los silencios son importantes. Médicos o enfermeras deben saber interpretar las pausas en el discurso, no apresurarlo; dejar que se extienda en su explicación. Sin embargo, en la medicina pública difícilmente puede esperarse esto, pues la institución espera eficacia estadística en la atención, sin importarle si el paciente habló o expresó lo suficiente de su enfermedad y su padecer.

Debo aclarar que en el ejercicio profesional de la medicina, el expediente clínico es considerado como una evidencia científica e incluso legal,⁸ como lo establece la Norma Oficial Mexicana,⁹ ya que la Secretaría de Salud lo considera como un documento y describe su objetivo de la siguiente manera: “Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico”.

El análisis y los comentarios siguientes no necesariamente ocupan un espacio en los documentos que norman el ejercicio de la medicina, pero en algunos casos, durante el ejercicio médico,

7 Tomás Domingo Moratalla, “La bioética será narrada o no será. Una cuestión de perspectiva”, *Bioética Complutense* 27 (2016): 7.

8 Códigos Penal Federal y del Estado de México, así como en la Ley General de Salud.

9 Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana. NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico*, consultado 3 de octubre 2024, https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

pueden presentarse situaciones que limiten estas acciones. Entre éstas debemos considerar las siguientes:

- La letra manuscrita de los médicos que tradicionalmente es difícil de leer. Hay médicos que tienen “bonita letra”, pero la premura y el tiempo limitado de la atención en las instituciones llevan a que la escritura se haga de manera rápida con la consiguiente deformación de la letra; en ocasiones hasta resulta difícil de leer. Debo mencionar el caso de las enfermeras, quienes, de manera semejante, en ocasiones, dejan bastante que desear con el tipo de letra que usan en sus hojas de enfermería. Actualmente, con el uso de las computadoras y sus respectivos programas destinados a la atención médica, el problema de la escritura legible suele pasar a segundo término, pero se presentan otro tipo de situaciones.
- La mala redacción que es muy común, pues el estudio de la medicina implica la inversión de mucho tiempo y las lecturas se reducen a temas médicos, a interpretar los tecnicismos, pero los estudiantes jamás se ocuparon de aprender redacción. ¿Para qué? O realizar lecturas de temas no médicos, digamos de cultura general, lo que suele ser extraño para algunos médicos. Aunque hay quienes tienen educación y cultura excepcionales.
- Gramática (sintaxis). No existe una gramática médica y cuando leemos algunos expedientes, encontramos que muchos profesionales dejan bastante que desear al construir oraciones. Las anotaciones con los tecnicismos son de lo más sencillo y simple, pero hacer un comentario de los casos demuestra que en cuestiones gramaticales nos hemos olvidado de construir oraciones como establece la gramática.
- Ortografía. Comentario por separado se merece este escabroso tema, al que el personal de salud se enfrenta al escribir las notas de cada paciente. Es fácil confundir letras: *g* por *j*, *s* por *c* o *z*, entre otros ejemplos. Y no digamos los acentos.

Por fortuna, para la mayoría del personal de salud (médicos o de enfermería), el empleo de la tecnología ha venido a solucionar el problema con los correctores ortográficos, incluso de la gramática, pero no siempre se tiene a la mano una computadora con el programa pertinente.

En este sentido, la propuesta de la narrativa o de la narración para integrar un expediente clínico debería ser parte de la educación de los estudiosos de la medicina. La narración del caso clínico debe ser una obligación para el médico, pues al enfrentar asuntos legales un buen escrito de la historia del padecer, la enfermedad y las molestias de los pacientes debería ser parte de lo cotidiano y no de lo extraordinario. Es común o frecuente que en algunas instituciones hospitalarias privadas no se escriban las notas de evolución de los pacientes; los médicos se concretan a anotar las indicaciones médicas correspondientes a la “visita médica”, pues como no se cuenta con residentes o internos que realicen las notas, todo queda en la memoria del profesional, y al enfrentar asuntos legales se presentan los dilemas por resolver ante la ley. En las instituciones públicas la exigencia es diferente, pues hay residentes e internos encargados de elaborar las notas de evolución, con lo que se minimizan los problemas. Sin embargo, es frecuente que los adscritos regresen las notas para corregir los errores de escritura.

En ello reside la importancia de la “narración”: en saber y entender que el médico debe anotar (narrar) lo dicho por el paciente en cada visita. Esto es una nota de evolución, en la que la historia patográfica y su padecer queda plasmado, y tendría que resultar sencillo leerla, como si fuera una

novela. Como comenta Kleinman:¹⁰ “When I used the word illness in this book, I shall mean something fundamentally different from what I mean when I write disease”.¹¹ Esto es lo que debe de importarnos a los médicos: “escribir sobre la enfermedad”, de nada sirve hacer notas que no explican la evolución del síntoma, de la molestia, del padecer del paciente. Sobre todo, ante enfermedades crónicas, en las que la “narrativa” debe ser de primer orden. Ahora bien, en la atención médica en las instituciones públicas, el volumen de pacientes por jornada es excesivo y la preocupación del médico no son las notas, sino la atención adecuada al paciente. A las autoridades de tales instituciones, aparentemente, les interesan los derechohabientes, pero más bien les interesa no tener quejas y que el médico cumpla con el número de pacientes/día, incluso, ocasionalmente, con uno o dos pacientes extras que “no causarán mal a nadie”. Pero no se considera la fatiga del personal de salud y todo ello se reflejará en unas notas de evolución de mala calidad.

El problema que nos planteamos ahora es cómo podemos considerar un texto para que sea una buena narrativa. De Teresa y Sule explica que:

Un texto narrativo es una forma de expresión que cuenta hechos o historias acontecidas a sujetos, ya sea humanos (reales o personajes literarios), animales o cualquier otro ser antropomorfo, cosas u objetos; en él se presenta una concurrencia de sucesos (reales o fantásticos) y personas en un tiempo y espacio determinados. Dos elementos básicos de las narraciones son la acción (aunque sea mínima) encaminada a una transformación, y el interés que se produce gracias a la presencia de elementos que generan intriga (definida ésta como una serie de preguntas que aporta el texto a las cuales la narración termina dando respuesta).¹²

Debemos considerar la “narración” como un método útil y necesario en medicina para la elaboración de la *historia clínica*, el *resumen clínico* y las *notas de evolución*, de manera que el *expediente clínico* sirva como un instrumento de investigación médica para el estudioso de la medicina; que sea un documento científico y humanístico para que el siguiente médico que lo lea llegue a conclusiones semejantes a las de quien o quienes intervinieron en su elaboración. De esta manera se puede definir como fuente de conocimiento médico. En este sentido, Ana María Arias y Sara Alvarado definen la narrativa como “una historia que les permite a las personas dar sentido a sus vidas. Consiste en un esfuerzo del sujeto por conectar su pasado, su presente y su futuro de tal manera que se genere una historia lineal y coherente consigo misma y con el contexto”,¹³ facilitando entender que, para el tema que nos ocupa, la narrativa es de vital importancia, pues seguir la articulación de lo escrito nos debe guiar para entender los sucesos en la historia de una persona; en este caso, de pacientes que vivieron la experiencia personal o familiar del contagio con SARS-CoV-2 y padecieron COVID-19.

Pero ¿qué es una buena narrativa? Es aquella que se enfoca en el padecer para describir la enfermedad de un paciente. Es una historia detallada en la que se consignan los antecedentes del paciente; menciona sus gustos, disgustos, anhelos, emociones, sueños y desencantos; cuenta

10 Arthur Kleinman, *The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition* (Basic Books, 1988), 1.

11 Mi traducción: “Cuando utilizo la palabra *padecer* en este libro, quiero decir algo fundamentalmente diferente de lo que quiero decir cuando escribo sobre la enfermedad”.

12 Adriana de Teresa Ochoa, “Tema 2. Textos narrativos”, en *Enciclopedia de temas fundamentales* (UNAM, Siglo XXI, 2010), 22, consultado el 26 de agosto 2024, <http://www.objetos.unam.mx/literatura/borrador/pdf/narracion.pdf>

13 Ana María Arias Cardona y Sara Victoria Alvarado Salgado, “Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos”, *CES Psicología* 8, núm. 2 (2015): 172, consultado el 26 de octubre 2024, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417010>

el momento previo a enfermar, los factores a los que atribuye su enfermedad, lo que hizo cuando se sintió enfermo; cómo ha vivido su enfermedad, qué ha dejado de hacer a causa de ésta, la opinión de su familia; si ha recibido tratamientos, ¿cuáles?, ¿los ha seguido?, ¿cómo se ha sentido con ellos?, ¿cómo se encuentra actualmente? Los anteriores son algunos datos que deben considerarse en la narrativa del padecer de un paciente que vive su enfermedad.

Caso 1. ¡Échale ganas! Me contagié en el mercadito

LMG. Mujer de la tercera edad, dedicada al hogar, casada, tiene tres hijos, de clase media, vive cómodamente. Se consideraba una mujer sana hasta que al principio de la pandemia se infectó en una visita a un “mercadito” cercano a su domicilio. Refiere uso del cubrebocas, pero que no se lavó las manos al regresar a su domicilio con las compras del día. Comenta que la persona del mercadito la contagió o el envase de plástico de un refresco que compró. Considera que en ese mercadito se hizo una cadena de contagios desde la Central de Abastos, pues hubo bastantes casos relacionados con ese lugar.

Pasaron dos días de su visita al “mercadito”, “pero no sentía que estuviera” enferma, sólo tenía dolor en las piernas, muy fuerte “en las corvas”; no vivía ningún otro síntoma. No tenía problemas para respirar, su vida era relativamente normal, sólo el dolor la limitaba un poco; no había fiebre. Evolucionó durante seis días, y uno de sus hijos la llevó a un sanatorio privado. Al no referir ninguna otra molestia el médico le comentó que, como protocolo, le colocarían un oxímetro: estaba desaturando y tenía 70 % de oxigenación; le sugirieron hacerse una tomografía en el área COVID, previa explicación de lo que estaba sucediendo y, obviamente, esto comenzó a generarle temor.

Entró al sitio del tomógrafo y al levantar los brazos para comenzar el estudio presentó severa dificultad ventilatoria, por lo que tuvieron que colocarle oxígeno para mejorar su ventilación. En la tomografía —el resultado fue mostrado a sus hijos— se observó un pulmón totalmente colapsado y en ese momento ella se “superespantó”; la internaron de inmediato. Su temor eran los costos de la hospitalización, se sentía angustiada por el dinero, no por la enfermedad; se preguntaba cómo pagarían los costos del internamiento. Como no había otra solución aceptó. El momento más complicado fue cuando se despidió de sus hijos: decir adiós y verlos llorar fue el momento más doloroso. Escucharlos decirle “¡Adiós, mamá!” le sonó a despedida, a no saber si volverían a verse.

Al ingresar al área específica llevaba su celular; pensaba: “Ahora estoy solita” e invocaba a su divinidad: “¡Lo que tú decidas!”. Estuvo internada 11 días, que le parecieron eternos entre las molestias de la enfermedad y padecer sola entre extraños, a quienes ni siquiera podía verles el rostro. “Lo más duro de estar internada fue despedirme de mis hijos”; saber que se sentía bien y de repente ya estaba enferma. Como compañía tenía un televisor, pues la mayor parte del tiempo estuvo sola. Nunca pensó en morirse, no le faltaba el aire; al principio le pusieron oxígeno con unas puntas y después con mascarilla. A diario se comunicaba con sus hijos por medio del celular. Cuando regresó a su domicilio, escuchaba los mensajes y se dio cuenta de que, efectivamente, no respiraba bien, pero el temor o la soledad hacían que no se percatará plenamente de lo que sucedía.

Comenta:

Lo que me causó indignación y desconcierto durante mi internamiento fue que el personal repetía constantemente: “¡Échale ganas!”. De primera instancia se me hizo interesante, pero no sabía que contestar. Hasta que finalmente a causa de mis emociones: el sentirme enferma, la soledad, la ausencia de mis

hijos, no sabía a qué se referían con esa frase. Si consistía en pensar positivo o alguna otra cosa. Finalmente, pregunté a un médico qué querían decir con eso; si podía o debía hacerlo que me dijeran cómo. El médico me respondió que me colocara boca abajo para facilitar mi respiración. A esto se redujo esa frase sin sentido y que era habitual en el personal de salud.

Durante la estancia hospitalaria recibió tratamiento no especificado, bajó ocho kilos, las visitas médicas eran breves, apenas de tres minutos; nunca le explicaron el padecimiento ni el tratamiento con gran desconcierto de su parte. Finalmente le preguntaron si quería ir a su casa, rápidamente decidió que sí, por lo que la dieron de alta por mejoría y sus hijos la recogieron en medio de todas las emociones del mundo al verse rumbo a su domicilio.

Recuerda que le causó una gran impresión verse los brazos negros; tenía moretones porque es fácil suponer que le administraron anticoagulantes, pero era mayor su deseo de regresar a su casa con sus familiares que no le preocupó. Al llegar, uno de sus hijos la subió a su recámara y tranquilamente durmió mucho tiempo.

La necesidad del oxígeno fue mínima, no sentía la necesidad de usarlo, respiraba bien. De aquí surgió la siguiente anécdota: “En una ocasión sentí la necesidad del oxígeno y al tener en casa una máquina, decidí colocarme la mascarilla; encendí la máquina, me coloqué la mascarilla y comencé a respirar; me sentí muy bien y pensé que, efectivamente, lo requería, pero al levantarme me di cuenta de que los tubos no estaban conectados. Me di cuenta de que, sin necesidad de oxígeno adicional, respiraba bien”.

Como complicaciones presentó las siguientes:

1. Inmovilidad en los miembros inferiores durante 15 días; sí le preocupaba, pero la confianza la llevó a recuperarse lentamente. Al mes ya estaba caminando con normalidad.
2. Caída del cabello dos meses más tarde, tanto que optó por cortarlo.
3. Disminuyó su agudeza visual, por lo que actualmente usa lentes.

Finalmente, comenta que en su entorno fallecieron 18 conocidos: hombres y mujeres, todos mayores. En la actualidad: “Me encuentro recuperada, con ganas de seguir adelante y cumplir los sueños que quedaron pendientes. Espero que la pandemia pierda fuerza y disfruto todas las experiencias que se me presentan”.

Hechos sobresalientes

Desde la perspectiva de una buena relación médico-paciente hay situaciones bastante cuestionables: en primer lugar, despersonalizar a la paciente al no explicarle su padecimiento ni su tratamiento o usar frases huecas sin sentido. El accionar médico deja bastante que desear, pues si recurrimos al principio de utilidad es factible ver que se dejó de lado la autonomía, pues ella jamás perdió la conciencia y vivía la ansiedad por el internamiento. Por otro lado, la separación de los hijos fue uno de sus grandes temores, pues con la despedida parecería que nunca más se volverían a encontrar.

Análisis de hechos

Se contagió en una visita a un mercado y sólo manifestaba dolor en miembros inferiores, que fue el motivo para acudir con un médico; éste, al ver que desaturaba, le comenta la necesidad de realizar estudios paraclínicos. Se detalla la actitud profesional de los médicos, con ausencia del humanismo.

Le realizan una tomografía y ven que un pulmón está colapsado y deciden internarla; ante estos hechos sus pensamientos fueron los siguientes:

- Costos del internamiento y angustia por el dinero.
- El momento doloroso sucede cuando se despide de sus hijos y ve sus lágrimas al despedirse de ella: “¡Adiós, mamá!”. Pensaba: “¡Estoy sola!” e invocaba a su divinidad como su única alternativa. En 11 días, durante 24 horas, su reflexión se enfocó en la manera como había vivido su historia y en ese momento sentía que estaba enfrentando un final.
- Nunca se enteró de los medicamentos que le suministraron ni le explicaron el padecimiento ni el tratamiento.
- Once días estuvo internada y fue dada de alta por mejoría.
- Complicaciones. A unos cuantos días de haber sido dada de alta presentó dolor en miembros inferiores, caída del cabello, así como disminución de la agudeza visual. Ya no acudió con el médico viviendo esto en su domicilio, pues el temor a un nuevo contagio estaba latente.

En cuanto a la atención médica no tiene quejas, excepto por la frase “¡Échale ganas!”. Con estas ideas es claro que la autonomía de la paciente quedó totalmente de lado. Recobró su historia al retornar a su domicilio y compartir el tiempo con sus hijos. En el tenor señalado, los médicos no le explicaron las posibilidades de tener complicaciones, las que aparecieron al cabo de unos días; lo más probable es que debido a que se conocía poco de la enfermedad y menos de las complicaciones, el personal médico no supo qué decir.

Deliberación de los valores

No puede ni debe separarse la moral de los valores. Si desde la perspectiva de la ética (*éthos*) consideramos la moral (*ethos*) como su objeto de reflexión, de ahí que la axiología o teoría de los valores se refiera a todas aquellas cualidades de las personas o de las cosas, por lo que podemos hablar de valores y antivalores. Ahora bien, la moral y, por ende, los valores no fueron objeto de estudio de la bioética, pero desde el momento que ésta se enfoca al accionar de médicos, investigadores y todos los que estamos involucrados ante la vida, realizamos conductas que son el objeto de la moral y obviamente éstas tendrán un valor positivo o negativo.

Por lo señalado, desde la bioética narrativa consideraremos los valores presentes en este caso:

- La enfermedad y el padecer. Necesariamente uno acompaña al otro y en el caso actual, resulta muy claro que la paciente, al inicio, no se sentía realmente enferma; su padecer se inicia en el momento de la separación de sus hijos.
- La soledad. Sentirse sola para enfrentar una enfermedad desconocida, la desazón por lo que puede suceder, aislada en un cuarto, con un televisor como única compañía. En cierto momento tal sensación le ayuda a darse cuenta de los sucesos de su vida y su único consuelo era rezar.
- Frases huecas. En la mayoría de las ocasiones, el personal de salud no tenía idea del impacto de sus comentarios sobre la conciencia de sus pacientes. Y frases como “¡Échale

ganas!" ¿qué sentido tienen? Más bien deben referirse a la deficiente comunicación y a la falta de palabras para entablar un diálogo que consuele al paciente.

- El padecer. Sin duda, la manera en cómo una persona vive la enfermedad, en muchos casos, determinará el final ante tal afección. En los casos de pacientes con COVID-19 la agresividad del virus guardaba un destino incierto y en casos contados el padecer fue analizado por el personal de salud, cuando debería ser su obligación estar al pendiente de lo que sucede en la historia personal del paciente y no nada más cuidar de la evolución clínica.
- Diagnóstico y tratamiento. En ningún momento la paciente tuvo explicaciones de su enfermedad y menos de los medicamentos que le suministraron. Es factible hacer varias observaciones al respecto, pero lo más probable es que ante la ignorancia de la situación a la que se estaban enfrentando, paciente y médicos se reservaran una explicación. No obstante, ponerle nombre a una enfermedad carece de sentido, pues en la sociedad y ante el origen del virus y su patogenicidad se sabía prácticamente nada. Se probó una diversidad de fármacos antivirales, que al parecer no funcionaron, y otros medicamentos que tal vez fueron más útiles para aliviar el síntoma o el signo.

Entre los problemas morales implicados es factible enumerar varios:

- a. El contagio. En este caso la paciente ignora cómo se contagió; supone diversas posibilidades, pero de ninguna tiene certeza.
- b. El cuadro clínico. Totalmente inaparente o subclínico; hasta que le realizaron la tomografía encontraron el pulmón colapsado.
- c. El diagnóstico y la posible evolución de la COVID-19 que obligó a la separación con los hijos y que se expresa en la frase "¡Adiós, mamá!". En ella se encuentra toda la incertidumbre de "volveremos a vernos".
- d. El tratamiento. Totalmente desconocido para la paciente, sólo reconoce el oxígeno que le colocaron, así como las soluciones parenterales, ignorando por completo los medicamentos. Los "moretones" que presentó pudieron haber sido por la administración de un anticoagulante.
- e. Las secuelas. Inmovilidad en miembros inferiores, caída del cabello que resolvió de la manera más sencilla: lo cortó, así como disminución de la agudeza visual.

Problema fundamental

Lo ubico en el padecer, pues el desconcierto ante una enfermedad en ese momento desconocida, determinada por la soledad vivida durante 24 horas, en once días, la llevan a "seguir adelante y a recuperar sus sueños pendientes". Una mujer que no se dio por vencida ante un padecer que ella vivió y sufrió y del que, de una u otra manera, se recupera, la lleva a "disfrutar todas las experiencias que se le presentan".

Conflictos de valores

Los valores que entran en conflicto son la enfermedad y el padecer de la paciente vs. la atención médica. En ningún momento he comentado que la atención médica fue mala o equivocada; antes

bien considero que fue la acertada para el padecimiento de la paciente. Sin embargo, su autonomía fue violentada, la ausencia de información es clara en relación con la enfermedad y los tratamientos otorgados.

Deliberación de los deberes

La deontología estudia la teoría de los deberes; en este caso el deber ser del personal médico que atendió a la paciente. La ciencia y el humanismo no deben estar separados o ausentes una del otro, deben funcionar en forma conjunta para que el personal responsable de la atención médica dé lo mejor de sí en ambas vertientes. Ésta es la mejor propuesta de la bioética cuando Potter se refiere a “tender un puente entre la ciencia y el humanismo”,¹⁴ en este caso el puente es la deontología.

Los cursos extremos de la acción

Son la enfermedad-diagnóstico y el diagnóstico-tratamiento. Ambos se ubican en los extremos y está clara la ausencia del humanismo en ambas cuestiones. La paciente es minimizada, despersonalizada, de golpe le arrancaron su personalidad para sumirla en una habitación, teniendo como única compañía un televisor.

Cursos intermedios de acción

El mercado, los contagios, el dolor en miembros inferiores, el oxímetro, el oxígeno, el tomógrafo, costos del internamiento, el celular, las breves visitas médicas, el alta por mejoría. La secuencia de eventos forma parte del deber ser que motivó la presencia de la enfermedad en un ser humano; sobresale que el personal médico se enfocó en lo que le sucedía a un cuerpo, no a la persona.

Curso óptimo de acción

Este caso es uno más donde se aprecia una forma deficiente del humanismo médico y no sólo queda en la ética y ética médica el modo en que trajeron a la paciente. Es evidente el hecho de que el significado de ser humano fue subsumido en una mala relación médico-paciente, pues es fácil observar el desdén hacia la paciente a través de la frase: “¡Échale ganas!”, frase hueca, sin significado y que medicamente escapa a las posibilidades fisiológicas de la paciente. Más bien, parece que es una de las maneras en las que el personal médico hace responsable al paciente de su destino.

Se debió haber establecido una buena relación médico-paciente desde la perspectiva de la bioética, al explicar a la paciente su enfermedad (hasta donde se conocía la causa y evolución de la infección por SARS-CoV-2), así como saber de la ansiedad de la paciente, solicitar su autorización para el uso de los fármacos específicos, previa explicación del tratamiento medicamentoso. Por fortuna, la paciente reaccionó favorablemente y no hubo necesidad de la aplicación de la tecnología para favorecer la oxigenación corporal, excepto el oxígeno, pues al parecer no hubo motivos para sospechar de una posibilidad fatal.

Responsabilidad final

La paciente acudió a un mercado donde se enteró que hubo muchos contagios; adquirió mercancía y aceptó no haberse lavado las manos después de tocar los productos adquiridos. Esto pudo haber

14 Van Rensselaer Potter, *Bioethics: Bridge to the Future* (Prentice-Hall Pub., 1971), prefacio.

sido el mecanismo del contagio que le provocó una enfermedad y un padecer que vivió y pensó durante su internamiento.

Ante lo poco que se sabía de la enfermedad, y al considerar que no había tratamientos específicos, el personal de salud tuvo el buen tino de realizar una tomografía que evidenció su colapso pulmonar. Éste fue atendido de manera efectiva con reposo y oxigenación, siendo suficiente para la recuperación de la paciente, quien comenta que mantenía comunicación con sus hijos mediante su teléfono celular. Posteriormente escuchó los mensajes y percibió que sí tuvo limitantes respiratorias. Todo ello se resolvió con el tratamiento médico no especificado. Así mismo las visitas médicas de muy corto tiempo no dieron la oportunidad para saber exactamente qué le estaba sucediendo ni para emitir un pronóstico. Hubo secuelas de las que nadie le habló, pues no se conocían y ella tuvo que enfrentarlas y suponer que fueron consecuencia de la infección. El personal de salud dejó bastante que desear, pues en ningún momento entablaron una relación médico-paciente con humanismo; todo fue científicamente tratado sin llegar al fondo de la historia personal de la paciente.

Caso 2. Me siento culpable. Muerte del padre de familia

FSL. Se trata de una mujer adulta mayor quien enviudó cuando su esposo, con diabetes y fumador crónico, falleció a causa de las complicaciones provocadas por una infección por SARS-CoV-2; tiene tres hijos, de clase media; es oriunda de la Ciudad de México donde radica.

“Empezó en enero de 2021 [se refiere al contagio y fallecimiento de su esposo]. Enviudé después de que mi esposo enfermó al haber sido contagiado por COVID-19”. Tuvieron tres hijos, uno de ellos se dedica a la fabricación de calzado; el taller está ubicado en la casa de una de sus hermanas. Durante la pandemia, su hija acudió al taller y vio en un estante “una bolsa de plástico” con recomendaciones y medicamentos que estaban dando en los centros de salud a las personas contagiadas con el SARS-CoV-2. Preguntó a quién pertenecían y señalaron a un trabajador. Inmediatamente le pidió que se retirara, pero sus padres y sus suegros ya se habían contagiado. La informante comenta que, en realidad, no sabe dónde se contagió su esposo. Ella supone que tal vez fue en el mercado de su colonia, pues por esas fechas muchas personas enfermaron de COVID-19 y después fallecieron; los vecinos mencionan esto, ya que muchos puestos del mercado cerraron.

Dice la informante: “Mi esposo comenzó con los síntomas a los dos o tres días del suceso en el taller”; a la semana siguiente ella presentó la sintomatología, por lo que se hizo la prueba y resultó positiva. Además, en su domicilio enfermaron de COVID-19 su hijo y su nieto; cuatro personas enfermaron en la misma casa. Aunque los cuatro presentan la sintomatología, sólo el padre de familia, por la severidad de su evolución, tuvo que ser internado y falleció durante la estancia hospitalaria.

Su esposo comenzó a desaturar su oxigenación, lo que motivó su internamiento. Fue llevado al Hospital de Especialidades Médicas, Centro Médico Nacional la Raza del IMSS, en la Ciudad de México, donde fue internado y separado de su familia; no volvió a tener contacto físico con ellos. Permaneció en el hospital del IMSS durante cinco semanas; al principio tuvieron comunicación vía celular, pero en la última semana, por las propias complicaciones de su patología, determinadas por su edad y por su tabaquismo, fue intubado y llevado a la unidad de cuidados intensivos, donde se perdió el único medio de contacto. Así, la enfermedad evolucionó hasta llevarlo a la muerte.

Vía telefónica avisaron a la familia del fallecimiento del padre, lo que provocó crisis emocionales en FSL y sus hijos, pues la única forma de tener contacto con el padre era mediante el celular. Ningún familiar tuvo la oportunidad de despedirse de él, quien falleció en la Unidad de Cuidados Intensivos. En el hospital les comentaron que no les entregarían el cadáver para los rituales propios del caso, pues debido a la probable contagiosidad del cadáver, la institución lo incineraría y les entregarían las cenizas. Al cabo les entregan una bolsa de plástico con cenizas y les comentan que corresponden a su padre.

FSL comenta que su esposo no quería que lo intubaran, pero un día antes de su fallecimiento lo hicieron. Esta situación provocó en la mujer sentimientos de culpa, pues siente y piensa que abandonó a su esposo cuando más la necesitaba; considera que su muerte fue muy lamentable, porque no pudo despedirse de él ni supo si necesitaba algo. Ante el fallecimiento de su esposo se sintió muy apoyada por su familia; se siente muy agradecida por este hecho ya que, a pesar de ser una mujer muy religiosa, se sintió abandonada por su divinidad. Ahora intenta recuperar su fe.

La evolución de la COVID-19 en FSL, su hijo y su nieto se manifestó como neumonía viral. Fueron tratados en casa con evolución favorable; ella se recuperó un mes después de ser diagnosticada. Como complicación refiere dolores en la espalda; la molestia cedió con reposo y analgésicos. Esto tuvo con oxígeno un mes e ignora qué medicamentos emplearon para su tratamiento. Pidió muchísimo a Dios por la curación de ella, su esposo, su hijo y su nieto, y sus consuegros. Sin embargo, ante la enfermedad y el fallecimiento de estas personas, se sintió abandonada por su divinidad e intenta recuperar su fe en su iglesia.

Hechos sobresalientes

El esposo estuvo internado en una institución pública de salud durante cinco semanas. A causa de las complicaciones de su patología fue intubado y llevado a la unidad de cuidados intensivos; allí se anuló la posibilidad de usar el celular. Por teléfono comunicaron a la familia el fallecimiento y que sólo les entregarían las cenizas, lo que eliminó la posibilidad de efectuar los rituales religiosos y la despedida correspondiente.

El duelo es la condición emocional que padece la mujer, pues la pérdida la ha llevado a preguntarse sobre sus propios sentimientos; además de cómo ella se recuperó y su esposo no, así como sus conceptos religiosos y, sobre todo, los recuerdos relacionados con el contagio y el padecer.

Análisis de los hechos

El conflicto de la mujer comenzó en enero de 2021 con el fallecimiento de su esposo por complicaciones propias de su condición previa al contagio por SARS-CoV-2, que exactamente no se sabe dónde sucedió.

Ambos se contagieron, pero dada su condición de gravedad el esposo debió ser internado y falleció a los pocos días. En tanto, la informante padeció la infección de COVID-19 en su domicilio y se recuperó totalmente, al igual que su hijo y un nieto. Resulta interesante que otras dos personas cercanas a ellos, sus consuegros, también se contagieron y esta pareja falleció por la misma enfermedad.

Debido a que no podían visitar al padre de familia en la institución de salud, cuando lo llevaron a la unidad de cuidados intensivos perdieron contacto con él. Y cuando murió, recibieron la noticia mediante una llamada telefónica. De aquí se derivan los conflictos emocionales que han llevado a

la evolución de un duelo tórpido, donde los sentimientos de culpa y la disminución de la fe religiosa son los motivos para resolución del conflicto emocional propio de las pérdidas.

Es un caso en que se ponen en juego diversos factores, entre ellos la infección por SARS-CoV-2 que se hizo extensiva a FSL, su hijo, su nieto y sus consuegros; sobrevivieron ella y los dos consanguíneos. Muchas personas de su círculo comercial enfermaron, algunos fallecieron y otros cerraron sus puestos.

FSL y sus familiares contagiados de COVID-19 manifestaron una neumonía viral de la que se recuperaron con el tratamiento médico y, aparentemente, sin complicaciones.

Deliberación de los valores

De manera semejante al caso 1 comentaré sobre los valores implicados en esta circunstancia:

- El contagio. La informante ignora exactamente dónde sucedió. Comenta dos escenarios: el taller donde trabaja su hijo y un mercado al que asistía. Es fácil suponer que las medidas higiénicas establecidas para evitar los contagios fueron inútiles.
- El esposo comenzó con la sintomatología y una semana después la informante; al poco tiempo se sumaron sus consuegros, su hijo y su nieto.
- El fallecimiento del esposo de la informante fue una situación inesperada a pesar de que estuvo internado cinco semanas y fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos intubado. Ninguna de esas medidas funcionó y el esposo falleció en la soledad de un hospital, atendido por los profesionales de la salud.
- Del fallecimiento de sus consuegros no se enteró sino hasta días después de su deceso, ya que la informante vivía el duelo por su esposo, y su único consuelo era rezar.
- La incineración. De manera rutinaria se incineraron los cadáveres que murieron en un área hospitalaria; sólo se avisaba a los familiares sobre el deceso y se les informaba que el cadáver se incineraría, sin la posibilidad de despedirse del cuerpo inerte de su familiar.
- Rituales. La informante y su familia acostumbran a realizar los rituales relacionados con la iglesia católica: desde la confesión del muriente, los ritos del caso realizados por un sacerdote, el velatorio y el rezo del rosario, la misa funeraria, el sepelio (entierro o cremación) y la vigilia cuando se vuelve a rezar el rosario, seguida del novenario y de las misas cumplidos el mes y el año. Todo este ritual se vio truncado, pues sólo les dieron una bolsa con las cenizas, que aún conservan en su domicilio.
- Neumonía viral. La informante, su hijo y su nieto se contagiaron con el virus del SARS-CoV-2 y cursaron una neumonía; en los tres el cuadro fue muy leve, se solucionó con oxígeno y con fármacos no especificados, y se recuperaron satisfactoriamente.
- El duelo. Ha sido muy complicado. Su principal reproche es hacia sí misma, porque siente que abandonó a su esposo cuando más la necesitaba. Sólo el consuelo familiar la ha sacado adelante.
- La religión. La muerte de su esposo la hizo sentirse frustrada y enojada con su divinidad; es una mujer católica y a pesar de que rezaba con fervor no sucedió el milagro de volver a ver a su esposo. Esta situación la llevó a dudar de su Iglesia y le está costando esfuerzo retomar su fe.

- Apoyo familiar. Sin duda, el apoyo de sus hermanos, hijos y nietos quienes le proporcionaron compañía y consuelo ante la pérdida y le permitieron expresar su dolor por la muerte de su esposo ha sido esencial para la resolución del duelo. La familia es el medio fundamental para la resolución de las pérdidas, pues proporciona el espacio para hablar del dolor, las acompaña, así como para expresar el llanto y los conflictos personales de una u otra manera, ya que, si no se da esa posibilidad, el duelo puede complicarse.
- Agradecimiento. Al entorno familiar que le brindó la posibilidad para enfrentar la pérdida.

Problema fundamental

El fallecimiento del esposo y las circunstancias en las que se dio, por la imposibilidad de visitarlo en el hospital y de despedirse de él. Todo ello la llenó de incertidumbre, de enojo y de pena, pues cuando lo intubaron y lo llevaron a terapia dejaron de saber de él, hasta que les llamaron por teléfono para darles la pésima noticia: el fallecimiento del padre de familia.

Valores en conflicto

La COVID-19 versus la muerte y la sobrevivencia. La enfermedad contagió a varios miembros de la familia, pero dada la condición mórbida del esposo (con diabetes y fumador crónico) resultó el único integrante que tuvo que ser hospitalizado; careció de las posibilidades para recuperarse, se agravó de tal manera que tuvieron que intubarlo y falleció. Así mismo, la cultura y la religión son factores con los que enfrentaron la enfermedad y la muerte del padre de familia, pero cuando no hubo la respuesta esperada, la fe se vio minimizada hasta el extremo de reclamar a la divinidad por la muerte del esposo y cabeza de familia.

Antes de que el esposo ingresara en la unidad de cuidados intensivos la familia mantenía contacto con él mediante el celular. Su ingreso en la uci imposibilitó la comunicación y ésta se cortó cuando lo intubaron, por lo que ninguno de los integrantes de la familia pudo despedirse de él.

Otros valores en conflicto son la llamada telefónica avisando de la muerte del esposo y la prohibición de realizar los rituales correspondientes a su creencia religiosa. Las cenizas entregadas con una etiqueta que incluía los datos del esposo y que la familia recibió con la confianza de que, efectivamente, sí corresponden a su familiar fallecido.

Los deberes

En esta situación, la deontología se refiere a identificar el deber ser de la esposa y madre de familia. La pareja de adultos mayores se contagia del SARS-CoV-2 y aparece una cadena de infectados en el núcleo familiar. Estos hechos no pudieron regularizarse ni evitarse, pues la cercanía familiar pudo haber sido el motivo de que enfermaran. Sin embargo, sólo el esposo requirió la hospitalización.

El deber ser de la esposa se centró en los cuidados hacia el esposo, pero cuando éste fue internado los valores cambiaron y ahora debía estar al pendiente del celular para comunicarse con él. Durante cinco semanas la informante vivió la angustia propia de la separación después de compartir la vida a lo largo de más de 40 años. Ni uno ni otra sospecharon la posibilidad de que no volverían a encontrarse. Cuando le avisaron que el esposo había muerto, ella comenzó a tener sentimientos de culpa, y comentó: "No estuve para mi marido, no lo vi morir".

El deber ser del esposo debió haberse dado en dos situaciones: en la primera hacer caso de las medidas de prevención; en la segunda, ante el contagio, su condición mórbida lo llevó al final de su vida.

En cuanto a la familia, funcionaron como es de esperar: giran en torno a la sobreviviente, que es la madre de familia y le brindan su apoyo para la resolución del duelo. Aunque ellos tienen que enfrentar la muerte del padre de familia, así como la enfermedad de algunos de ellos y un hijo.

Cursos extremos de acción

Se identifican en este apartado la relación enfermedad-muerte, enfermedad-sobrevivencia y las conductas de los sobrevivientes. En primer lugar, la enfermedad-muerte fue el hecho en el que pierde la vida el padre de familia. En segundo lugar, la enfermedad-sobrevivencia es la situación de la informante, su hijo y su nieto, quienes fueron capaces de sobreponerse a la infección señalada y se recuperaron, pues su aparato inmunológico fue lo suficientemente capaz de intervenir, junto con el tratamiento medicamentoso para la resolución de la infección por SARS-CoV-2 de manera adecuada. En cuanto a las conductas de los sobrevivientes son como sigue: la esposa tiene un sentimiento de culpa por no haber estado presente para el marido en los momentos de crisis por la enfermedad que lo llevó a la muerte; en cuanto a los hijos y nietos tuvieron la mejor actitud de brindar el apoyo a la madre en el momento preciso del deceso del padre de familia.

Cursos intermedios de acción

En este apartado se consideran las dos situaciones por las que pudo haberse contagiado el padre de familia: el área laboral y el mercado. En este último, dada la cantidad de personas que acuden a tal espacio, alguno o algunos debieron haber extendido el contagio de SARS-CoV-2.

Curso óptimo de acción

Esto se refiere a no haber seguido las medidas higiénicas establecidas para evitar los contagios, considerando el área laboral o el mercado, donde se supone se dio el contagio.

La consecuencia que destaca es el sentimiento de culpa de la informante como consecuencia de los acontecimientos vividos. La impersonal llamada telefónica en la que le anuncian la muerte de su esposo. La incineración, sin la oportunidad de ver el cadáver o al menos realizar los rituales propios de su cultura.

Deliberación sobre las responsabilidades finales

¿Puede o debe considerarse la idea de que hubo o hay responsables por el curso de las acciones? La respuesta a esta interrogante vincula el núcleo familiar y el social, e igualmente debe considerarse que hubo personas que no consideraron la posibilidad de que el SARS-CoV-2 fuera capaz de tal letalidad. Esta es una cuestión moral que, desde la perspectiva de la bioética, se convierte en la posibilidad del humano para decidir lo que puede o no convenirle, es decir, se respeta su autonomía; aunque la decisión final debió haber sido sustentada en la información adecuada a todos los niveles de la población.

En cuanto al principio *Primun non nocere* (primero no causar daño) y la justicia dependieron de los encargados de difundir la información necesaria para prevenir o evitar los contagios. Pero si los integrantes de los grupos sociales no la vieron o no la escucharon con el interés adecuado, la posibilidad de infectarse estaba en la cercanía.

Si se ubica en los responsables del control epidemiológico el uso del lenguaje, las imágenes y la difusión correcta para evitar los contagios, ésta debió hacerse considerando el nivel educacional

y cultural de todos los mexicanos. De manera semejante hay que considerar la actitud de “no causar daño” y debería pensarse en uno mismo, en no causarse daño a uno mismo y en esta razón ser justos con la propia imagen de personas sanas. Respecto a este mismo principio y ante la transmisión, dada la cercanía en el área de trabajo o en el domicilio de quienes se contagieron de COVID-19, no es aplicable, pues la interacción familiar es complicada y es difícil determinar quién contagió a los otros. En el mismo orden de ideas, el trabajador que estaba recibiendo tratamiento para la infección, posiblemente pudiera tener alguna responsabilidad; sin embargo, si fue el primer caso en el entorno, resulta complicado aplicar el principio, pues a pesar de que le pudieron haber dado las indicaciones médicas no las siguió y contagió a otras personas con las consecuencias narradas.

Decisión final

Las decisiones tomadas, tanto en el núcleo familiar como en el área médica, constituyen el hecho fundamental para apreciar el fenómeno de COVID-19 en un sector de la población de la Ciudad de México, y ambos participantes constituyen los extremos que enfrentaron la enfermedad. Cada uno de tales sectores tomaron las decisiones acertadas cuando la infección estaba presente.

El conflicto se proyecta cuando la muerte del esposo de la informante se hace patente, de donde es factible destacar el funcionamiento familiar que se ve afectado por una muerte. De la misma manera, otros integrantes de la familia padecieron la infección y se recuperaron con tratamientos en el domicilio y sólo la informante requirió el uso de oxígeno. Asimismo, los factores que incidieron para que el padre de familia fuese llevado al hospital y aceptaran su internamiento con el deseo de que se recuperara, lo cual no sucedió. La desazón provocada por no haber estado junto a su familiar cuando murió le genera a la informante sentimientos de culpa por el abandono. La incapacidad de realizar los rituales propios de la cultura, porque en su opinión “las cenizas no son cuerpo”; sin embargo, dada su formación religiosa, son llevadas a la iglesia para ofrecerle una misa de cenizas/cuerpo presente.

Sin duda, es un caso en el que mezclan diversas cuestiones morales que, revisadas desde la bioética narrativa, nos llevan a considerar diferentes argumentos morales, como los siguientes:

- El contagio por SARS-CoV-2 que se dio en dos posibles escenarios.
- La enfermedad: el padre se contagia y fallece; la informante enferma y se recupera con el tratamiento medicamentoso suministrado en su domicilio, al igual que su hijo y nieto.
- La muerte: sólo el padre fue internado por la gravedad de su caso; la enfrentó intubado en una sala de terapia intensiva, considerando su condición mórbida.
- Velorio: no hubo, al no recibir el cadáver por una disposición de las autoridades sanitarias, quienes incineraron el cuerpo y entregaron a la familia una bolsa que contenía las cenizas del padre de familia.
- El duelo: la informante recibió el apoyo familiar para enfrentar su pérdida. Su rezago emocional es por el sentimiento de culpa al no haber estado con su esposo cuando se agravó el cuadro que lo llevó a la muerte.
- Las consecuencias: la muerte del padre de familia, la enfermedad de la informante, del hijo y del nieto. Los sentimientos de culpa de la madre de familia. El apoyo familiar que fue el eje por el que ha transitado la resolución del duelo de la informante.

Caso 3. COVID-19 y las alucinaciones. “Como si flotara”

AMS, hombre de la tercera edad, profesionista, a vecindado en la ciudad de Toluca, con diabetes controlada, refiere su experiencia “como si flotara”. Viajó a la casa paterna ubicada al este de la Ciudad de México; allí enfermó y permaneció encamado en la casa de sus padres, ignora dónde se contagió. En esta ciudad, algunas personas lo invitaron a dar un curso presencial y, al parecer, ahí adquirió el virus SARS-CoV-2.

No se había sentido enfermo, pero una hermana suya que es química lo visitó y lo notó algo raro; le propuso que se hiciera la prueba de COVID-19 y resultó positiva. Al principio experimentó incertidumbre e incredulidad. Comenta que sabía o veía los casos en amigos o vecinos y se cuidaba. No pensaba salir de Toluca en las vacaciones, pero el festejo familiar del fin de año lo obligó a viajar a la Ciudad de México. Por esas fechas impartió el curso al que fue invitado, donde posiblemente se infectó, aunque no lo sabe con precisión. Todo empezó estando en la casa paterna, estaba asintomático, un médico lo visitó y le indicó tratamiento no especificado; su pensamiento era: “Me dan el tratamiento y me curo”. A pesar de tener diabetes controlada se considera una persona sana; refiere ignorar todo lo referente a un hospital. A partir de que se supo positivo comenzó con la sintomatología. En el contexto familiar hay profesionistas de la salud que decidieron aislarlo en la casa de sus padres. Nunca pensaron en recurrir a un hospital. Siempre estuvo consciente. Los médicos le dieron la lista de medicamentos y él mismo se los administraba. A pesar de esto la enfermedad siguió evolucionando; incluso llegó a sentir que era como “un viaje” en el que todos sus familiares lo cuidaban.

Comenta que: “Al comenzar la sintomatología pierdes la conciencia habitual; tienes toda la voluntad de tomar los medicamentos, pero no tienes energía ni fuerza para moverte hasta ellos a pesar de tenerlos a un lado de la cama. Pierdes el contacto con el mundo”.

Por momentos veía a su hermana y a su esposa, quienes se asomaban por la puerta de la habitación y lloraban al verlo en ese estado. Cuando se retiraban, nuevamente se sumía en esa lucha. Una noche en que la enfermedad lo tenía en un estado como de irrealidad, escuchó que su hermana comentaba con su esposa sobre unas inyecciones que eran muy dolorosas y que podían servirle como tratamiento. Él pensó: “Que me las pongan, qué tanto me pueden doler”. Las consiguieron y cuando lo inyectaron sintió que todo su cuerpo se sumía en el dolor, era insoportable experimentar esa sensación. Refiere que: “Cuando pierdes la conciencia eres totalmente de ti y el mundo continúa, pero ese padecer se convierte en una lucha”. En este sentido, comenta:

Hacia fuera ves la preocupación, todo lo que está sucediendo.

Nunca pensé en darme por vencido, jamás podría vencerme. Considero que los que mueren es porque tienen miedo o algún conflicto personal; es lo que los mata. También puedes morir cuando tienes confusiones con respecto a tu concepto de vida, por eso muchos decidieron no dar la batalla.

Durante su padecimiento tuvo una experiencia complicada que tiene muy clara, como si hubiera sucedido ayer. A continuación la presento en primera persona:

Durante el estado crítico me sentí conectado, desde el ombligo, con un tubo metálico gris, muy frío; estaba en la nada, flotando, solo. De repente volteé: vi una luz y caminé hacia ella; había una persona vestida de un blanco muy pulcro. Se acercó a mí, muy amigable, muy cercana. Pero no hubo palabras, la comunicación fue

mental. Me mostró su tecnología: era redonda, sin vértices, algo muy avanzado. Esa persona me comentó: "Nosotros tenemos un desarrollo muy fuerte, avanzado". Ahora estábamos en una especie de laboratorio; había otras personas y todos trabajaban. "Estamos ajustando porque hay un problema. Muchos se tenían que ir, pero no se han ido y otros se están defendiendo". Todo en ese mundo era como perfecto, era científico. Había un orden que tenía fallas y esos seres estaban acomodando eso".

Esta experiencia puede tener diversas aristas para analizarse: 1. Alucinó como consecuencia de la fiebre; 2. la combinación de medicamentos le provocó tales alucinaciones; y 3. la soledad, la angustia y la posibilidad de morir lo llevaron a sufrir tal estado alucinatorio.

Nunca se sintió sólo, sino muy "echado para adelante". En la crisis fuerte de insuficiencia ventilatoria llegó su hija, muy a tiempo, con un concentrador de oxígeno. Cuando estaba presentando los síntomas de la dificultad respiratoria, le colocaron la mascarilla de oxígeno y comenzó a respirar adecuadamente con ayuda de la máquina. Continúa reflexionando:

Son momentos que se caracterizan por una angustia enorme y entonces tomas claridad de la fragilidad humana, de la fragilidad física. Me sucedió una situación muy interesante, pues distinguí muy bien los dos niveles: el físico y el anímico. Llámalo la parte interior, la parte profunda, como *alma* o *espíritu*. El físico no funcionaba bien, estaba muy infectado y el otro estaba dando la batalla; muy atento, tenía conciencia del cuerpo, pero no lo controlaba. Sólo a ratos veía los sucesos de afuera.

Pasa la crisis y se llevan el concentrador en el momento exacto en que ya no lo necesitaba; comienzo a recuperarme. Al tomar conciencia del suceso, tenía una debilidad enorme; el baño estaba a tres o cuatro metros de la cama y me parecía una distancia enorme; recorrer esa distancia tan pequeña requería muchísimo esfuerzo. Cuando comencé a tener hambre quería antojitos y no me entraba la comida.

Después de 15 o 18 días de crisis, los buenos amigos comenzaron a llamar por el celular. Me di cuenta de que los otros se preocupan por uno. Toda la familia se reunía en el patio de la casa, frente a la ventana de la habitación donde estaba encamado y decían: "Vino a morir aquí". Por fortuna no fue así, pero hacían el comentario porque los hermanos de mi papá y mi mamá, cuando enfermaban, llegaban a la casa a morir y la expectativa era que me sucediera lo mismo. Cuando ya estaba en franca recuperación me di cuenta de que era como renacer. Entonces te enteras de lo que dijeron o hicieron las otras personas.

Convalecencia. Su padre estaba muy deprimido.

Yo tenía temor de que se contagiaran, pues en la fiesta de fin de año todos nos abrazamos. Mi madre estaba deteriorada, ella comentó que ya se quería ir. Cuando estuve bien éramos tres convalecientes: mis padres en su vejez y yo recuperándome; a los tres nos sacaban al sol; fue una comunión emocional. Tomé conciencia de la fragilidad, ves el camino y cómo la vida se acaba.

Uno de sus amigos, cuyo hijo falleció por COVID-19, lo llamó y AMS se extendió dando explicaciones sobre lo que le había sucedido durante su enfermedad; su amigo guardaba silencio, posiblemente recordando el padecer de su descendiente. Finalmente, AMS regresó a Toluca para terminar de recuperarse en su casa, con su familia. Como no se sentía capaz de manejar, su hija fue por él.

Un último comentario de AMS:

He pensado que el mundo cambió y hay que aprender a pensar diferente; debe revolucionarse el modo de vida, pues no se sabe a dónde vamos; la gran mayoría de la población se está contagiando. Socialmente se manifiesta la falta de conciencia en torno a lo que ya llegó; debe haber una nueva ética, un nuevo concepto de salud. Necesitamos reinventarnos.

Hechos sobresalientes

Le diagnostican la infección y recibe el tratamiento en el domicilio de sus padres; no especifica qué medicamentos le recetaron, sólo refiere que debería de tomarlos por sí mismo y eso significaba un gran esfuerzo físico, lo mismo cuando necesitaba usar el sanitario. Es una persona que luchó por vivir durante su padecimiento y en algún momento, durante lo que él considera la etapa crítica de la enfermedad, tuvo una experiencia propia de una realidad no ordinaria, que puede traducirse como una alucinación. Después de alrededor de un mes de evolución se recuperó totalmente.

Las situaciones sobresalientes son: el gran esfuerzo físico que implicaba tomar los medicamentos y la visita al sanitario; el llanto de su esposa y hermana cuando se asomaban por la puerta; nunca se dio por vencido. En la fase aguda de la enfermedad vivió una experiencia que se consideraría como de una realidad no ordinaria, probablemente causada por diversas situaciones: la fiebre, los medicamentos y sus efectos colaterales, así como la angustia propia de la soledad y la posibilidad de morir por la severidad de la infección. Llama la atención que tomó conciencia de su cuerpo físico y del nivel anímico (alma o espíritu); el primero “no funcionaba bien y el otro estaba dando la batalla”. Se da cuenta del cariño familiar y el afecto de sus amigos por su bienestar. Habla de tres convalecientes a los que sacan a “asolear”: él y sus ancianos padres. Con toda la experiencia vivida siente que “algo” cambió en su vida, en sus palabras: “He pensado que el mundo cambió y hay que aprender a pensar diferente; debe de revolucionarse el modo de vida, pues no se sabe a dónde vamos”.

Análisis de los hechos

- Viajó a su ciudad natal por un compromiso familiar; visitó la casa paterna. Se considera un individuo sano; vive con diabetes controlada. Supone que se contagió al dar una plática presencial ajena al contexto familiar. ¿Un compromiso moral se sobrepone a la responsabilidad del autocuidado en tiempos de pandemia? La respuesta fue obvia y acudió a impartir conocimientos en un espacio donde adquirió la enfermedad.
- Una de sus hermanas lo percibió diferente y le sugirió que se hiciera la prueba de COVID-19: resultó positivo. De ahí en adelante se inició la sintomatología; experimentó incertidumbre e incredulidad. Por fortuna, su hermana percibió el estado físico de AMS y le hizo una sugerencia que él aceptó, al resultar positiva la prueba la decisión oscilaba entre el internamiento en un hospital o la atención médica en su domicilio; tomaron la mejor decisión y le otorgaron los tratamientos médicos y la aplicación de la tecnología médica para la conclusión afortunada de la infección viral.
- La familia decide aislarlo en el domicilio paterno, nunca pensaron en recurrir a un hospital. Recibía las visitas médicas en casa de sus padres y él mismo se suministraba los medicamentos, pero a pesar de tener toda la voluntad para tomarlos, “no tienes la energía, ni fuerza para moverte hasta los medicamentos que, obviamente, estaban a un lado de la cama”.
- Pérdida del contacto con el mundo. Aislado en una habitación con baño; al igual que un paciente hospitalizado por COVID-19, perdió el contacto con el mundo. Su único contacto era con su esposa y su hermana quienes se asomaban por la puerta, las veía llorar y cuando se cerraba la puerta nuevamente se sumía en su lucha.

- Inyecciones dolorosas. Al aplicárselas el dolor resultaba insoportable. Un buen ejercicio de la medicina y la bioética es evitar o minimizar el dolor, lo que puede expresarse a través de *primun non nocere*. En la frase “qué tanto pueden doler” estaba implícita la falta de información del paciente; tal vez quienes sugirieron que eran dolorosas ignoraban la intensidad del dolor. No es factible referir que un médico aplicó el medicamento vía intramuscular; pero si no fue así, es difícil asegurar que quien lo hizo tenía información previa acerca de la posibilidad de “que el cuerpo se sumiera en el dolor”. De manera semejante se aplica el principio de benevolencia, pues el beneficio fue claro y el paciente comenzó a recuperarse. Así también la autonomía, pues el paciente mismo decidió la aplicación del fármaco.
- Refiere como opinión: “Cuando pierdes la conciencia o no, eres totalmente de ti y el mundo continuó; el padecer se convierte en una lucha”. Comenta dos situaciones, primero: “Hacia fuera ves la preocupación, todo lo que sucede”, y segundo: “Hacia dentro te das cuenta de la posibilidad del alma-espíritu”. Esa sensación de interioridad puede corresponder al *ethos*, a la ética. Además, en esta razón, comenta: “Nunca pensé en darme por vencido, jamás podría vencerme. Confundes tu concepto de vida, por eso muchos deciden no dar la batalla”.
- En su opinión lo que mata al paciente son sus miedos para enfrentar la realidad. Pero resulta interesante que usa el verbo matar, uno se mata a sí mismo o se muere, por situaciones que por el momento escapan a la medicina y a la tecnología. Aunado a los comentarios, durante la fase crítica experimenta un estado mental que se expresa mediante alucinaciones.
- Nunca se sintió solo. Su familia siempre estuvo atenta a lo que le sucedía; sin embargo, poco podían hacer, sólo observarlo padecer.
- Dos niveles. “Me sucedió una situación muy interesante, pues distingues muy bien los dos niveles: el físico y el anímico. Llámalo la parte interior, la parte profunda, como alma o espíritu”. Resulta atractivo cómo una experiencia que te ubica al borde de lo desconocido te lleva a saber que somos seres humanos holísticos; éste sería un concepto que desde la perspectiva de la bioética une lo humano con la naturaleza.
- Vino a morir aquí. Frase que escuchó de su familia durante su enfermedad. Sin duda el núcleo familiar comenzó a vivir un duelo anticipado. Pero, dado que se recuperó, la opinión pasó a segundo término. Y de esta experiencia se desprende su comentario: “Parece como si renacieras” [...] He pensado que el mundo cambió y hay que aprender a pensar diferente; debe de revolucionarse el modo de vida, pues no se sabe a dónde vamos. Socialmente se manifiesta la falta de conciencia en torno a lo que ya llegó, debe de haber una nueva ética, un nuevo concepto de salud”.

Desde la perspectiva del humanismo estamos frente a una encrucijada; recuperar el valor del humano ante el significado del holismo humano: ser uno con la naturaleza, pues la perspectiva de la ciencia de dominarla está costando caro a la humanidad.

Los valores

Instinto de sobrevivencia. Como él dice “muy echado para adelante”. Sin duda este es el valor más importante: el deseo de vivir, no darse por vencido y seguir luchando. Habla del esfuerzo físico para tomar los medicamentos e ir al sanitario que se encontraba a tres o cuatro metros de la cama. La

bioética es una disciplina que trasciende el ámbito de las ciencias médicas para abarcar las ciencias en general. Su aplicabilidad radica en abordar dilemas éticos que la ética médica, tradicionalmente enfocada en la enfermedad y el destino fatal, no logra visualizar con suficiencia. Específicamente, se centra en los valores y la dignidad del ser humano, ahora paciente, quien, ante el sufrimiento, busca la continuidad de la vida. Del mismo modo, cuando llega el momento ineludible de la muerte, la bioética promueve que el individuo sea consciente y partícipe de su hora fin.

Diagnóstico y evolución del padecimiento. Éste comenzó con síntomas leves que se fueron exacerbando hasta sentirse la falta de energía, pues cualquier movimiento requería un gran esfuerzo físico. Llama la atención que refiere nunca haber perdido la conciencia. Continuó con dificultad ventilatoria, por lo que requirió una máquina que le proporcionaba suficiente oxígeno. Al aplicarle un medicamento vía intramuscular refiere un dolor que sintió en todo el cuerpo. De ahí en adelante se dio la recuperación; la familia lo sacaba al sol, una costumbre muy arraigada en algunos lugares. Por fortuna, su mejoría sucedió como se esperaba, no sin antes haber vivido una experiencia de ingreso a otra realidad.

Problemas morales

Un primer conflicto moral, en este caso, sucede cuando el informante decide ir de visita a la casa paterna, pues existía una limitante determinada por el confinamiento familiar. No obstante, un compromiso lo obliga a tomar la decisión de salir de su domicilio y el riesgo de contagio se acrecienta cuando acude a dar una plática presencial a un grupo de personas. Otra cuestión es que una hermana lo percibe “raro” a como es habitualmente y deciden realizarle la prueba inmunológica para COVID-19. De ahí en adelante la evolución de la enfermedad lo lleva a experimentar una serie de situaciones que van desde lo físico hasta lo subjetivo; esto último descrito por el informante como “anímico” y percibido como una realidad alterna, la que describe como una visión con seres del espacio que manejan una tecnología redonda.

La resolución de la probable dificultad ventilatoria fue resuelta con la tecnología específica para el caso, en el momento preciso. No hay que dejar de lado que el informante ya estaba contagiado cuando los integrantes de la familia se dan el abrazo con motivo de las festividades de fin de año y que a él le preocupan los posibles contagios, sobre todo de sus padres.

Problema fundamental

Sin duda, la forma de contagiarse al acudir a dar una plática a un grupo de personas. No sólo se trata de “obedecer” una disposición gubernamental, sino de respetar la seguridad para sí mismo y para los otros al evitar las reuniones, pues en el momento en que esta persona padeció COVID-19 se especulaba aún sobre la forma de contagiarse. Asimismo, el apoyo familiar recibido para reconocer la anormalidad en el binomio cuerpo-mente que llevó a la sospecha del contagio.

Valores en conflicto

Salud vs. enfermedad. El hecho de que una persona con diabetes controlada padeciera SARS-CoV-2 lleva a considerar que ante el virus no había forma de evitar el contagio al estar en un lugar con algún caso no diagnosticado de COVID-19.

Visitas familiares versus confinamiento. Sin duda mantener esta relación resulta complicado, pues las tradiciones familiares se sobreponen a la obligación de quedarse en casa.

Enfermedad *versus* tratamiento. En este caso, la atención médica se dio en el domicilio de los padres y se aplicaron medicamentos no especificados que, junto con la capacidad de resistir una infección de tal naturaleza, llevaron al paciente por buen camino hasta su recuperación. Clínicamente es un cuadro severo, con evolución tórpida, pues cada persona responde de diferente manera al SARS-CoV-2, por lo que es necesario diferenciar la atención hospitalaria y la que se puede dar en el domicilio del paciente. Sin duda, en el hospital el personal de salud tiene el compromiso moral y ético de suministrar los medicamentos; pero en el domicilio, el temor a los contagios del núcleo familiar conlleva evitar el contacto con el enfermo, salvo para llevarle los alimentos; y en cuanto a los medicamentos, el paciente se los administraba él mismo.

Síntomas *versus* conciencia. Es fácil entender que a medida que evoluciona la enfermedad, el estado de conciencia suele variar. En primera instancia se encuentra el duelo ante la enfermedad, el cual obedece a diversas circunstancias, entre ellas la pérdida de la relación intrafamiliar; la disminución de la actividad física; el temor a la incertidumbre del padecer o el cambio de los niveles de conciencia. En esta última, la oscilación del fenómeno mental conduce al paciente a tener miles de pensamientos e imágenes mentales, al experimentar el ingreso a una realidad alterna, entendida como una alucinación; ver a su familia asomarse por la puerta y la inutilidad en la que se ha sumido por la emaciación propia del padecer.

Dolor *versus* no dolor. El dolor es el punto cardinal del ejercicio de la medicina y la recomendación es que no debe permitirse que un paciente en tratamiento manifieste dolor durante su padecer. Sin embargo, en este caso la sensación dolorosa fue consecuencia de la ministración de un medicamento no especificado; aparece una situación controversial y antagónica, el dolor como producto del tratamiento farmacológico o la ausencia de dolor, que sería la situación ideal; pero dado el padecimiento, el dolor dejó de ser importante.

Fragilidad humana y fragilidad física. Llegó a experimentar esta condición cuando se enfrentó con la insuficiencia ventilatoria. Por fortuna, su hija llegó con un concentrador de oxígeno, lo que alivió la situación cuando le colocaron la mascarilla y pudo respirar adecuadamente. Fueron momentos de enorme angustia: “tomas claridad de la fragilidad humana, de la fragilidad física”. Estos valores son el preámbulo para comentar que algunos de los objetivos de la bioética son, precisamente, la fragilidad humana ante los embates de la Naturaleza. Los humanos hemos puesto todo lo que está de nuestra parte para destruir el planeta y éste ya nos está cobrando esa inconsciencia en el uso de sus recursos; aquí no hay justos ni pecadores; todos pagaremos en conjunto como humanidad el daño a la Naturaleza.

Reinventarnos individual y socialmente. Un padecer como el vivido con el COVID-19, en el que para no morir hay que respirar; que en muchos casos ante la insuficiencia ventilatoria la única posibilidad fue la intubación que, prácticamente, equivalía a una sentencia de muerte. El informante se enfrentó a la dificultad ventilatoria, resuelta con un concentrador de oxígeno y sin trascendencia fatal. Esto le provocó una perspectiva de la vida: “el mundo cambió y hay que aprender a pensar diferente”. De manera semejante propone que debe haber una nueva ética y un nuevo concepto de salud. La nueva ética es la bioética y la trascendencia de su enorme campo de acción. Considero que sólo falta por definir algunas cuestiones relacionadas con los alcances dentro de ese campo de acción, pues se están justificando sus acciones por su relación con las leyes, con lo legal.

La muerte *versus* “Vino a morir aquí”. Este último fue el comentario externado en el ámbito familiar, por una costumbre de los hermanos del padre y de la madre que han acudido a ese hogar

para fallecer. Indiscutiblemente, por la severidad del COVID-19, el pensamiento fatal los llevó a comentar esa situación, que fue escuchada por el informante. Lo que nadie suponía es que la muerte no estaba dentro de sus planes y lo llevó a considerar que “[...] la muerte es porque tienen miedo o algún conflicto personal, y eso es lo que los mata. O también pueden morir cuando hay confusiones en tu concepto de vida, por eso muchos decidieron no dar la batalla [...]”. Uno de los campos de estudio de la bioética es la tanatología y en este caso podemos concluir que el informante se sintió al borde la muerte, pues durante la fase de crisis, cuando necesitó el concentrador de oxígeno por la dificultad ventilatoria, es probable que acumulara CO₂ cerebral por lo que presentó estados alucinatorios que lo hicieron sentirse conectado por el ombligo a la nada y percibió una luz. Sin duda, hay que ahondar en este campo de la conducta humana.

Los deberes

Cuando la deontología se enfoca en la situación profesional de los humanos, no nos da oportunidad de mayores asuntos. Pero si consideramos, en primer lugar, la obligación moral del informante de dar una plática a personas con las que tenía ese compromiso, con extraños de los que ignoraba su estado de salud, podríamos suponer que a partir de esta experiencia es como adquiere el contagio del SARS-CoV-2; la pregunta obvia es: ¿Hasta dónde la responsabilidad profesional puede conducirnos a padecer una enfermedad?

De manera semejante, la deontología abarca también los deberes de la vida cotidiana. Los deberes de esta persona se vieron alterados por su padecer, lo que trastocó los roles familiares y sociales, y generó hacia el interior ansiedad y preocupación por la evolución de la enfermedad. Los compromisos familiares o las tradiciones pueden convertirse en motivos que trastoquen el frágil equilibrio físico o emocional de una persona y que lo lleven a padecer una enfermedad como COVID-19. Sin embargo, debemos aprender a fraccionar las relaciones conductuales, romper esos lazos familiares o sociales por el riesgo de un contagio cuyo destino sea inespecífico.

Cursos extremos de acción

En primer lugar, el contagio y la enfermedad, pues a final de cuentas determinan el curso de toda la experiencia, considerando el padecer y las diversas formas en que se presenta. En seguida se considera la decisión adecuada de brindar el tratamiento en el domicilio paterno, aún con el riesgo de que se contagiara al resto de la familia. Luego se tiene la evolución de la enfermedad, en la que destaca la experiencia de una realidad alterna, así como las diferencias que alcanzó a vislumbrar entre el suceso objetivo (corporal) y el subjetivo (mente-alma-espíritu), y reconoce en el cuerpo dañado la severa debilidad que lo acompaña y la claridad de la conciencia, por lo que fue capaz de reconocer diversas situaciones presentes durante la enfermedad. Finalmente, la recuperación que al parecer fue total, sin secuelas, y que contribuyó a que el informante considerara un cambio en su perspectiva ante la vida.

Cursos intermedios de acción

Se pierde el contacto con el mundo ante los hechos propios de la COVID-19, tales como su virulencia y la evolución del padecimiento, que hasta ese momento poco se sabía del cuadro clínico, así como del tratamiento y la secuencia de la morbi-mortalidad esperada por la infección. El paciente vive solo, aislado del grupo familiar y social, y él mismo se ministra los medicamentos. La oportu-

tuna intervención con el concentrador de oxígeno alivió la probable insuficiencia ventilatoria que al parecer estaba sufriendo; además, el contenido de las alucinaciones que pudieron haber sido provocadas por la fiebre o como efectos colaterales de los medicamentos.

Curso óptimo de acción

Sin duda es la posibilidad de que esta persona participe en el estudio y cuente su experiencia de la manera más natural, aceptando todos los sucesos como parte de una historia de vida.

Puede resumirse toda la experiencia en la visita a la casa paterna, por la tradición familiar de compartir las fiestas de fin de año, como un compromiso moral. La conferencia a la que fue invitado y donde probablemente se contagió expresa su ética profesional. La forma como su hermana reconoció la diferencia de su comportamiento junto con la decisión de cursar la enfermedad en la casa paterna considerando todos los riesgos. La evolución de la enfermedad tratada de manera oportuna y afortunada. La diferencia establecida del suceso objetivo centrado en el cuerpo y el subjetivo en la mente, así como la aplicación oportuna de la tecnología médica como papel de la bioética en la recuperación de la salud en una persona.

Responsabilidad final

Está determinada por diversos hechos que son presentados a continuación:

- Visita a la casa paterna, un compromiso moral para continuar con la tradición familiar. Este hecho se convierte en el eje de la experiencia, pues de esta condición se desprenden todos los demás hechos: la exposición al contagio, siguiendo el área de conocimiento propio de la profesión y sustentado en la responsabilidad profesional de la ética, no hubo diagnóstico médico —de inicio—. La identificación por parte de un familiar que lo “vio raro”, que derivó en que le hicieran la prueba de COVID-19, con resultado positivo, dando inicio a la enfermedad. Como principio de sanidad fue aislado en una habitación de la casa. La sintomatología, de la cual destaco dos aspectos: las alucinaciones y la aplicación de la tecnología médica en el momento oportuno para resolver la insuficiencia ventilatoria. Desde la perspectiva de la bioética, corresponde a una de las propuestas para conceptualizarla.

En el mismo orden de ideas, la comparación que hace de los sucesos del cuerpo, que describe como “lo físico”. La experiencia puede conceptualizarse de la siguiente manera:

- El modo como el informante describe su enfermedad y el padecer; la recuperación, que compara con un renacer y el reintegrarse a sus núcleos social y familiar con un nuevo concepto de vida.
- La conciencia. El estado mental de un enfermo de COVID-19 debió haber sido una de las metas por las que se buscaba la estabilidad emocional del paciente, pero lo más probable es que los pacientes hospitalizados nunca recibieron un buen apoyo psicológico por parte de los profesionales encargados de este sector de la medicina, pues dada la virulencia del contagio, el temor a éste limitaba el acceso al espacio donde estaban internados tales pacientes y asimismo el considerable número de enfermos. En nuestro caso, los fenómenos mentales ya han sido descritos ampliamente y es factible considerar que el estado

alucinatorio vivido ubicó a la persona en la antesala de la muerte, pero su estabilidad emocional y su recuperación corporal se conjugaron para llevarlo a una franca recuperación.

- La participación familiar, cuya moral se mantuvo en la idea de la recuperación del informante; el cuidado de sí mismo y —a pesar de que no se comenta— la existencia de profesionales relacionados con la salud en el ámbito familiar debieron haber propuesto las medidas higiénicas para evitar el contagio al resto de la familia; por otro lado, tanto la alimentación como la administración de medicamentos sucedió considerando las medidas preventivas adecuadas.
- Las amistades. A pesar de la distancia, se mantuvieron a la expectativa del padecimiento de su amigo mediante comunicación vía telefónica. Debe mencionarse la situación del amigo cuyo hijo falleció de COVID-19 y quien durante la conversación telefónica se mantuvo en silencio, lo que hace suponer que el recuerdo del hijo fallecido estaba presente.

Decisión final

La primera es haber decidido viajar a la casa paterna, seguido de una serie de hechos que llevaron al informante a padecer COVID-19. De esa primera acción se van desprendiendo en orden cronológico las siguientes: acudir a impartir tal conferencia sin conocer el estado de salud de los asistentes, lo que fue suficiente para contagiarse y comenzar el padecimiento. Éste fue interpretado correctamente por un familiar quien sugirió las acciones por seguir: aplicación de la prueba inmunológica, cuyo resultado positivo derivó en la decisión de quedarse en la casa paterna, para lo que se acondicionó un espacio donde permaneció encamado. Hasta aquí son decisiones morales que involucran más a la ética que a la bioética. Pero si consideramos la cita de Vera: "Es una rama de la ética general que estudia sistemáticamente la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud sobre la base de valores morales"¹⁵ se está ante un concepto de bioética en el que las conductas humanas están contextualizadas en su marco de referencia.

El padecer se manifiesta de diversas formas y se puede reconocer la diferencia entre la experiencia objetiva y la subjetiva. La primera se centra en el cuerpo, donde se manifiesta una profunda debilidad y cualquier acción implica un gran esfuerzo físico; se ve comprometida la ventilación al extremo de que se debe colocar un ventilador. La segunda, sin duda, es el estado de conciencia, que oscila entre mantenerse consciente ante el padecer y los estados alucinatorios.

Finalmente, el informante refiere que a partir de que le retiran la máquina que lo ayudaba a ventilar empieza su recuperación, al parecer, sin secuelas. Comienza a contestar las llamadas por celular de sus amigos, quienes estuvieron pendientes de la evolución de su padecimiento. Además, comprende el valor de la vida y reconoce que en ningún momento pretendió darse por vencido; en sus palabras, se sentía "¡Muy echado para adelante!".

Conclusión

He presentado la importancia de la narrativa en la bioética, cómo debe ser puntual y extenderse lo necesario. Sin embargo, las limitantes se hacen presentes durante la relación médico-paciente, pues en muchos casos el costo de la atención médica, por un lado, y la burocracia de las

15 Óscar Vera Carrasco, "La enseñanza de la ética y bioética en las facultades de medicina", *Revista Médica La Paz* 23, núm. 1 (2017): 52-59.

instituciones de salud pública, por otro, limitan el acceso a los servicios médicos y esto se hizo patente, frecuentemente, durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Se habla de una crisis en el ejercicio de la medicina, que la bioética no ha podido frenar y tal crisis puede deberse a varios factores:

1. La tecnologización de la medicina a partir de 1950, cuando se centra en los parámetros de normalidad en el cuerpo, no en el ser humano.
2. Se ha puesto el énfasis en resolver problemas como el aborto, los trasplantes de órganos, la eugenesia y la eutanasia, y se ha abandonado el eje por el cual transita la medicina, que es la relación médico-paciente, y en este tema poco o nada se ha avanzado.

Se han presentado tres casos que se han vinculado con la bioética narrativa, considerando el comentario de Kottow: “[...] la narrativa y el cultivo de las humanidades para sensibilizar a agentes y pacientes en la presentación, interpretación e interlocución de narraciones. No obstante, estos esfuerzos no han rendido los frutos esperados, y han perdido así importancia y presencia en un mundo pragmático concentrado en eficiencia y cumplimiento de metas”¹⁶.

De manera que, en tal orden de ideas, sensibilizar a los lectores médicos y pacientes —que de una u otra manera vivimos el SARS-CoV-2— para que estemos en condiciones de “interpretar” de manera adecuada, de manera que sirva como guía en la toma de decisiones y se eviten problemas clínicos relacionados, no nada más con COVID-19, sino con cualquiera otra enfermedad que tenga posibilidades de transformarse en epidemia o, en el peor de los escenarios, en una pandemia.

Los humanos debemos ser conscientes de nuestra fragilidad física-mental ante el embate de las enfermedades, si bien algunas son bien toleradas, para otras la adaptación se complica, sobre todo al considerar los extremos de la vida.

En los casos presentados se hace énfasis en los factores que indujeron el contagio por el virus del SARS-CoV-2 y que llevó a padecer un cuadro clínico prácticamente desconocido al que la medicina se enfrentó, y que se manifestó en la enormidad de opiniones y en la diversidad de tratamientos recomendados a los pacientes. Hubo muertes, sí, pero también fueron muchos los que resolvieron su padecimiento, aunque algunos han manifestado diversas secuelas.

El intento de mostrar tres casos de los miles que vivieron el COVID-19 no constituye una muestra, pero sí un modelo vivido por otras tantas personas y se convierte en la manera de enfrentar una enfermedad de la que se pueden entresacar datos e información que son aplicables en una enorme diversidad de casos.

Por lo tanto, la bioética narrativa no puede ser considerada como una moda; antes bien debe ser la propuesta de una ética pragmática, que se refiere a la historia del paciente y su padecer como ser humano. En este orden de ideas, González Quintana se refiere a la narrativa de la siguiente manera:

Vamos a centrar la atención en la identidad narrativa y sus implicaciones éticas. 1^a) Narración e identidad. Lo característico de la narración es el acontecimiento, donde se pasa de la acción al personaje. 2^a) Implicaciones éticas. La identidad narrativa se mueve entre dos polos: el representado por el “carácter” mediante el que cada persona se hace identificable; y el representado por el “mantenimiento de sí”, que es la manera de comportarse para que otro pueda contar conmigo.¹⁷

16 Kottow, 65.

17 Constantino González Quintana, “Bioética narrativa”. *Revista CONAMED* 22, núm. 4 (2017): 192, consultado el 23 de abril 2023, <https://www.medicgraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con174h.pdf>

Además de citar a otros bioeticistas, como Domingo Moratalla y Lydia Feito, quienes “[...] recogen un método para tomar decisiones en ética clínica, elaborado por Lázaro Benaroyo, desde una clara inspiración narrativa y hermenéutica: 1. ¿Cuáles son los valores en juego? 2. ¿Qué proyectos de cuidado se podrían proponer? y 3. ¿Qué proyecto de cuidados es el elegido? La sabiduría práctica y sus límites”.¹⁸ En el texto referido se plantean una serie de preguntas relacionadas con el quehacer del médico, del cuidador, así como de los valores involucrados y los posibles conflictos que puedan desarrollarse durante la atención médica, siempre en relación con los valores.

Además, es necesario considerar que en esa relación se ponen en juego las diversas formas de moral de los involucrados, tales como:

1. El paciente y su moral, considerando su enfermedad y su padecer.
2. El médico, quien deberá saber aplicar sus conocimientos científicos y el humanismo médico (moral médica, la ética médica y la bioética).
3. Cuidadores primarios, abarcando su interés en el enfermo, su moral, el aprendizaje del entrenamiento médico y de enfermería.
4. La familia, el duelo ante la enfermedad y la posible muerte de su familiar.
5. La cultura del paciente y la familia ante la enfermedad y el padecer.
6. El padecer como lo viven el enfermo y la familia.
7. Durante el acto médico hay que considerar la narración de la enfermedad y el padecer del paciente.
8. Cómo abordan el padecer de su conocido los amigos, vecinos y otros familiares.
9. El que considero el lado más espinoso del acto médico: la moral y la ética de las personas que manejan el expediente clínico. Imposible hablar de bioética en este punto, pues el máximo nivel de escolaridad en estos empleados es de preparatoria.

El análisis de los tres casos presentados lo realicé desde la bioética narrativa propuesta por Moratalla y Feito, ya que me pareció interesante y adecuada para conseguir los fines relacionados con los casos comentados. Las experiencias vividas por los pacientes, sus familias y conocidos que enfermaron y padecieron de COVID-19 son innumerables; algunos sobrevivieron la infección, otros menos afortunados fallecieron, pero cada caso merece ser narrado como una posibilidad para entender el accionar médico en todo lo que significa el ejercicio de una medicina de excelencia, de integrar en la ciencia médica al humanismo médico. De manera que la bioética narrativa es una buena posibilidad para conocer la historia de un ser humano que está padeciendo una enfermedad.

18 González Quintana, “Bioética narrativa”, 194.

Bibliografía

Arias Cardona, Ana María y Sara Victoria Alvarado Salgado. 2015. "Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos". *CES Psicología* 8, núm. 2 (2015): 171-181. Consultado el 26 de octubre 2024. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417010>

Brooks, Peter y Hilary Jewett, editores. *The Humanities and Public Life*. Fordham University Press, 2014. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt13x04xg>

Cámara de Diputados. *Código Penal Federal*. Consultado el 5 de mayo de 2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>

Cámara de Diputados. *Ley General de Salud*. Consultado el 5 de mayo de 2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

De Teresa Ochoa, Adriana. "Tema 2. Textos narrativos". En *Enciclopedia de temas fundamentales*. UNAM, Siglo XXI, 2010. Consultado el 26 de agosto 2024. <http://www.objetos.unam.mx/literatura/borrador/pdf/narracion.pdf>

Gobierno del Estado de México. *Código Penal del Estado de México*. Consultado el 5 de mayo 2025. <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/cod/vig/codvig006.pdf>

González-Quintana, Constantino. "Bioética narrativa". *Revista CONAMED* 22, núm. 4 (2017): 191-194. Consultado el 23 de abril 2023. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con174h.pdf>

Kleinman, Arthur. *The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books, 1988.

Kottow, Miguel. "¿Bioética narrativa o narrativa bioética?". *Revista Latinoamericana de Bioética* 16, núm. 2 (2016): 58-69. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1763>

Moratalla, Tomás Domingo. "La bioética será narrada o no será. Una cuestión de perspectiva". *Bioética Complutense* 27 (2016): 7-11.

Moratalla, Tomás Domingo y Lydia Feito Grande. *Bioética narrativa*. Guillermo Escolar, 2020.

Muñoz Fernández, Luis. "La ética de la profesión médica ante la pandemia", en Gustavo Ortiz Millán y María de Jesús Medina Arellano, compiladores. *COVID-19 y bioética*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2021.

Pérez Tamayo, Ruy. *Ética médica laica*. FCE, El Colegio Nacional, 2002.

Platts, Mark. "La relación médico-paciente en los tiempos del sida: el caso psicoanalítico". *Theoría. Revista del Colegio de Filosofía*, núm. 2 (1995): 67-82. <https://doi.org/10.22201/ffyl.16656415p.1995.2.94>

Porter Kuthy, José, José de Jesús Villalobos Pérez, Óscar Martínez González y Martha Tarasco Michel. *Introducción a la bioética*. Méndez Editores, 2009.

Potter, Van Rensselaer. *Bioethics: Bridge to the Future*. Prentice-Hall, 1971.

Rivero Serrano, Octavio e Irene Durante Montiel. *Tratado de bioética médica*. Trillas, 2013.

Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico*. Consultado el 3 de octubre 2024. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Vázquez, Rodolfo. "Teorías, principios y reglas. Reflexiones desde la bioética". En *Conceptos éticos fundamentales*, compilado por Mark Platts. UNAM, IIF, 2006.

Vera Carrasco Óscar. "La enseñanza de la ética y bioética en las facultades de medicina". *Revista Médica La Paz* 23, núm. 1 (2017): 52-59.

Wong Chew, Rosa María y José Antonio Morales Fernández. "Generalidades, aspectos clínicos y de prevención sobre COVID-19: México y Latinoamérica". *Universitas Medica*. 62, núm. 3 (2021): 1-18. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-3.gacp>

12

CAPÍTULO

Reflexiones emitidas durante el Seminario de Formación de Emergencias ante la pandemia por SARS-CoV-2

Octavio Márquez Mendoza. Instituto de Estudios sobre la Universidad, Universidad Autónoma del Estado de México.

Alfredo Camhaji Samra. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Laura Villavicencio Pérez. Universidad Rosario Castellanos.

Patricia Hernández Valdez. Universidad Anáhuac, México.

Rodrigo Brugada De San Jorge. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), México.

Alejandra Tovar López. Universidad de Tsinghua en China.

Jorge Margolis. Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, A. C.

El irrefrenable progreso científico y tecnológico ha transformado dramáticamente la calidad de vida de millones de personas, y ha propiciado cambios profundos en diversas áreas del conocimiento.

Pese a ello, la humanidad fue puesta a prueba durante los últimos meses de 2019, al suscitarse la inesperada irrupción de una nueva cepa viral denominada SARS-CoV-2 (COVID-19), cuya etiología difiere sensiblemente de otras manifestaciones víricas conocidas hasta el momento.

El SARS-CoV-2 puso de manifiesto la existencia de incontables áreas de oportunidad en los ámbitos de investigación y clínica inmunológica, así como en un campo del conocimiento imprescindible para el crecimiento integral de las personas: la salud mental.

Con base en lo anterior se desarrolló el presente ejercicio de interacción grupal, en el que se manifiestan varios planos de expresión simbólica, orientada a mitigar las grandes heridas o impactos traumáticos que vivimos en la experiencia de interactuar con pacientes que sufren, como una causa directa de la nueva pandemia global.

Durante los primeros albores del siglo hemos atestiguado el irrefrenable progreso científico y tecnológico, el cual ha transformado dramáticamente la calidad de vida de millones de personas, al abrir nuevos parangones en la exploración del conocimiento. Los avances experimentados en el marco de diversas disciplinas han propiciado cambios profundos en áreas como la medicina, la comunicación, la inteligencia artificial, la energía y la exploración espacial, entre muchas otras.

Todo lo anterior sería puesto a prueba durante el otoño del 2019, cuando se suscitó la inesperada irrupción de un nuevo virus, cuya etiología difería ostensiblemente de otros virus de talante respiratorio: el SARS-CoV-2, abreviatura de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, cuya alta transmisibilidad puso en entredicho al mundo al provocar una elevada mortalidad poblacional y orillar a la sociedad a experimentar un encierro obligatorio en múltiples latitudes. Esto provocó incontables problemáticas, ya no sólo de tenor fisiológico, sino expresiones desequilibrantes de las emociones, como la depresión y el suicidio, además de otros trastornos, como déficit de atención con hiperactividad, límite de la personalidad; u obsesivos compulsivos, a los que se suman el síndrome de desgaste ocupacional y el de los clásicos hipocondríacos.

El SARS-CoV-2 puso de manifiesto la existencia de incontables áreas de oportunidad en los ámbitos de investigación y clínica inmunológica, dejando en entredicho la supuesta trascendencia y el control de las enfermedades virales, cuestión que ha implicado la desaparición de la otredad (consideración moral hacia los otros seres humanos), teniendo en cuenta que lo que ataca al ser humano no viene del exterior, sino de su interior.

Paradójicamente, la humanidad se ha ufano de producir tecnología sobresaliente, como no se había visto en los anales de la historia. Por desgracia, tales avances parecieran reservarse casi en exclusiva a las minorías económicamente preponderantes. Sin duda, esto deja un gran sector de población vulnerable a todo tipo de afectación patológica, ya sea de origen humano o cuya fuente se remite a la naturaleza. Aunado a ello, millones de personas experimentan una vida supeditada a factores externos a su propio ser, casi todos enmarcados en la búsqueda de una remuneración económica, lo cual suele acarrear determinadas problemáticas que consciente o inconscientemente llegan a nosotros, complicando aún más la realidad, aumentando la sensación de indefensión y desesperanza. ¿Y cuál es la recompensa por vivir atormentado por factores externos? Infartos en el alma, enfermedades neuronales como la ansiedad y la depresión, además de los padecimientos crónico-degenerativos inherentes a la sociedad moderna. Con todo ello se desarrolla un ser humano alienado y enajenado, el cual se va desarrollando en torno a la idea de la violencia de la

positividad, traducida en violencia neuronal, y como consecuencia de ella, el ser humano padece un sobrecalentamiento del yo, en una sociedad de rendimiento donde la existencia sólo es útil al consumir.

Hannah Arendt (1958), en el marco de su obra *La condición humana*,¹ considera que la persona está condenada a ser tan sólo un *animal laborans*, abandonando su propia individualidad y concentrándose en ser útil para otros. No obstante, este planteamiento resulta insuficiente para intentar significar a la sociedad del rendimiento, porque el sujeto de rendimiento posee incontables actividades, autoexplotándose y actuando de manera hiperneurótica, inmerso en una vida sin creencias, condenada a la desolación, porque se vuelve efímera y se convierte en una vida desnuda.

Al desnudar la vida se convierte en el principal problema, porque al vivir en aislamiento el sujeto sólo puede preocuparse por sí mismo y procurar una vida sana. A lo largo de su obra filosófica Nietzsche plantea la idea de que, tras la muerte de Dios, la salud se eleva a diosa. En otras palabras, para que el sujeto de rendimiento se mantenga al pendiente de su propia existencia, como si sólo él viviera en el mundo, necesita cuidar su cuerpo, inteligencia, voluntad y pensamiento; y cumplir con todas las expectativas de su vida, porque al prescindir de poderes que se ejercen del exterior (como una creencia), la vida se vuelve lo más valioso y las acciones que se lleven a cabo atienden a la individualidad. Por eso el sujeto de rendimiento lleva a cuestas su propio campo de concentración.

La vida reflexiva, llamada en la antigüedad como *vita contemplativa*, es aquella que entrena la mirada para ver con atención profunda y sosegada. Es la única que puede hacer que el sujeto de rendimiento se dé cuenta de la absolutización de su vida activa (trabajo, obra y acción) y del nerviosismo que desemboca en hiperactividad. Con base en lo anterior es que se ha desarrollado el presente ejercicio de interacción grupal, en el que se manifiestan varios planos de expresión simbólica, en cumplimiento de una cierta contratransferencia, orientada a mitigar las grandes heridas o impactos traumáticos que vivimos en la experiencia de interactuar con pacientes que sufren como una causa directa de la nueva pandemia global. Son cuestiones que nos confrontan con nuestros miedos más profundos, obligándonos a trascender de las formas menos imaginadas, sintiendo miedo de nuestro miedo, por considerar los aspectos más onerosos de nuestras preocupaciones confrontadas por nuestra deontología, pero que en realidad desearíamos tener una distancia preventiva mayor, dando un estatuto de mayor humanismo en una deliberación ética y bioética que nos obligan a compartir un testimonio.

El proceso del Seminario de Información y Formación nos ha revelado, a través de ocho sesiones, la importancia de fortalecer nuestro yo, que impresionado por las diferentes expresiones empíricas de la vida clínica y social en torno a los enfermos de una nueva patología denominada SARS-CoV-2, nos hace recuperar la vivencia humana de la vulnerabilidad en su magnitud mayor e indefensión como lo significa la muerte.

Testimonios configuran textos y contextos del profesional de la salud, que requiere ser escuchado para posibilitar una catarsis y establecer un equilibrio de sus emociones y sentir esa fuerza necesaria para cumplir adecuadamente la tarea de cuidar y proteger la salud de otros seres humanos. En este proceso, la idea del grupo es sentir el acompañamiento, cuya fuente referencial,

1 Cfr., Hannah Arendt, *The Human Condition* (The University of Chicago Press, 1958).

teórica y metodológica se orienta para encontrar alternativas éticas, bioéticas y psicoterapéuticas, producto del diálogo y participación entre pares.

La bioética y el malestar psicosocial a partir de desastres

El análisis bioético del malestar psicológico que enfrentan las sociedades tras experimentar desastres naturales o pandemias es un tema de gran importancia. La bioética, al ser una disciplina que examina la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y la atención sanitaria dentro de un contexto de valores y principios morales, se halla en una posición privilegiada para tratar las complejas problemáticas que emergen en tales circunstancias. Eventos como desastres naturales y pandemias, exemplificados por la crisis generada por la COVID-19, pueden dar lugar a una variedad de respuestas psicológicas que abarcan desde el estrés y la ansiedad hasta trastornos más severos como el trastorno de estrés postraumático y la depresión. Estas reacciones son entendibles como respuestas humanas naturales ante situaciones que alteran radicalmente la vida cotidiana, aunque también presentan desafíos significativos para los sistemas de salud mental.

De acuerdo con Fernández-Carrión,² la respuesta de sobrevivientes ante un desastre se divide en cuatro fases: reacción, conciencia sobre la situación, acción (personal o solidaria) y desilusión, siendo esta última a la que el presente estudio presta mayor atención. En esta fase, las personas “se enfrentan a su situación real, y última en un estado de ánimo depresivo, que perdura algunos meses hasta un año o más tiempo”.³ Durante el foro, en el cual los participantes tuvieron la oportunidad de expresar sus emociones ante los impactos que la pandemia ha tenido en sus vidas personales, ha sido posible analizar las afectaciones psicológicas que éstos han enfrentado y, con ello, las secuelas que en lo individual y colectivo habrán de atender.

En México, la atención psicológica durante y después de la COVID-19 tuvo un incremento importante; de acuerdo con el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la CDMX,⁴ la ayuda psicológica se triplicó con respecto a 2019, lo cual se realizó por medio de canales gratuitos vía telefónica; sin embargo, estas acciones resultaron insuficientes en cuanto a la capacidad de atención. La pandemia intensificó padecimientos de salud mental tales como la ansiedad, la depresión, el estrés, el desánimo ante el futuro o la desesperanza e insomnio, entre otros. Frente a esto, se evidenció la escasez de profesionales de la salud mental: en el país se cuenta con sólo 10 profesionales de la salud mental por cada 100 mil habitantes.⁵

Aunque el número de especialistas en psicología sea insuficiente, los esfuerzos ante este tipo de catástrofes no deben cesar, e incluso provoca un llamado a la formación de personas que, en

2 Cfr., Octavio Márquez Mendoza, *Obras completas. II. Desastres, voluntades anticipadas y bioética* (Editorial Torres Asociados y Alba-haca Publicaciones, 2019).

3 Márquez Mendoza, *Obras completas. II. Desastres, voluntades...*, 183.

4 ADN40, “Atención psicológica se triplicó durante la COVID-19 en México”, Redacción adn40, 24 de febrero 2021, Consultado el 8 de noviembre 2024. <https://www.adn40.mx/mexico/nota/notas/2021-02-24-19-25/atencion-psicologica-se-triplico-durante-la-covid-19-en-mexico-consejo-ciudadano>

5 Silvia Morales-Chainé, “Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental”, *Enfermería Universitaria* 18, núm. 2 (2021): 1-4, <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.1218>

una primera instancia, puedan atender este tipo de emergencias. De acuerdo con Márquez,⁶ es recomendable realizar actividades específicas para la atención a la población en situación de desastres:

1. El trabajo de campo con la población afectada en albergues, delegaciones, hospitales o en los lugares en que sean requeridos los servicios de la institución.
2. La labor desarrollada dentro de la institución por medio de guardias permanentes para dar atención psicológica y psiquiátrica en forma individual o en grupo a quienes soliciten los servicios.
3. Los cursos de entrenamiento y asesoría al personal asistencial: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y maestros, entre otros, para favorecer y facilitar las acciones de prevención primaria, es decir, para reducir en la comunidad la frecuencia de los trastornos mentales de todo tipo; de prevención secundaria, esto es, para disminuir la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan; y de prevención terciaria, para aminorar el deterioro que puede resultar de tales trastornos.
4. Por último, la redacción y difusión de boletines informativos dirigidos a profesionales y a la población en general con el fin de recordar los puntos esenciales para el control de situaciones de crisis y para, en lo posible, atenuar el efecto de otros fenómenos sociales como los rumores. Así como para brindar asesoría psicológica breve por medio de los canales de comunicación colectiva: prensa escrita, radio, televisión y redes sociales.

Bajo este tenor, es importante resaltar el papel de las instituciones de educación superior (IES), pues en ellas es posible abrir espacios para que académicos y estudiantes reciban una formación para el auxilio psicológico de emergencia desde una perspectiva bioética. Facultades relacionadas con áreas de la salud son primordiales para este propósito. Romero-Heredia y Guarnizo-Chávez⁷ proponen que los programas de estudio orientados a la formación de personal para el auxilio psicológico de emergencias tengan las siguientes características:

- a) Diagnóstico de las necesidades educativas, que proporcionará información sobre lo que se ha hecho en la materia, aquello que debe corregirse y la manera en la que se requiere integrar el programa en el currículo.
- b) Estrategia educativa como ruta por seguir para incluir en esta iniciativa todos los programas de salud en las IES, incluyendo las áreas habituales como psicología o psiquiatría, así como las que aún no han sido consideradas como medicina, enfermería, técnicos en primeros auxilios, odontología y laboratoristas, entre otros.
- c) Metodología didáctica, ya que en el contexto educativo es esencial elaborar y examinar alternativas óptimas para el proceso de enseñanza que incluyan el estudio de casos clínicos, la realización de prácticas auténticas y la participación en conferencias impartidas por expertos en la materia.

6 Márquez, 285-86.

7 Nathaly Alejandra Romero-Heredia y Andrés Joaquín Guarnizo-Chávez, "Enseñanza y formación de primeros auxilios psicológicos a profesionales de la salud. Su importancia en contexto de COVID-19", *Acta Médica Colombiana* 47, núm. 3 (2022), <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2234>

- d) Implantación del proceso educativo, acompañado de un proceso de educación continua; esto asegura que tanto los médicos en entrenamiento como los ya establecidos mantengan sus conocimientos actualizados en esta área crítica.
- e) Evaluación, para identificar y rectificar cualquier deficiencia, así como para fortalecer los aspectos que han tenido un impacto positivo. De esta manera, se asegura la mejora continua del programa y su contribución al éxito educativo.

La educación psicológica ante desastres naturales o sociales, desde una perspectiva bioética, puede desempeñar un papel fundamental al analizar la gestión de estos malestares psicológicos y asegurar que se respete la dignidad y los derechos de los individuos afectados; así como en la implementación de políticas de salud pública que fomenten el bienestar mental sin generar estigmas hacia quienes padecen estas condiciones. Por ejemplo, investigaciones llevadas a cabo en la clínica universitaria del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid⁸ han evidenciado un aumento en la demanda de tratamientos para dificultades relacionadas con la ansiedad desde la pandemia, lo que resalta la necesidad de adecuar los servicios de salud mental a la nueva realidad postpandemia. Además, estudios críticos⁹ han enfatizado la necesidad de abordar el sufrimiento psíquico desde un enfoque más holístico, en contraste con la tendencia hacia una creciente medicalización.

En este marco, la bioética también debe tomar en cuenta las repercusiones de las intervenciones psicológicas y su accesibilidad, prestando especial atención a las poblaciones vulnerables que pueden haber sido desproporcionadamente afectadas por desastres o pandemias. La equidad en el acceso a la atención de salud mental es un aspecto fundamental, ya que la falta de recursos puede agravar el malestar psicológico en estos grupos.

Los testimonios

A continuación se presentan los testimonios de los participantes en el Seminario de Información y Formación, y que tienen un alto valor para su análisis transdisciplinario. Estas declaraciones dejan entrever las frecuentes preocupaciones de las personas ante escenarios catastróficos como el que se planteó durante la pandemia por COVID-19, así como el sufrimiento psicológico que implican vulnerabilidad, miedo por el futuro y desesperanza, entre otras.

Las declaraciones aquí contenidas se presentan a manera de *verbatim*; en algunos casos los participantes hacen referencia a algunos textos de manera anecdótica que no es necesario referenciar en el presente trabajo, ya que no es material utilizado para dar soporte teórico o hermenéutico.

María de Lourdes García Martínez

Sin duda, la sociedad actual está atravesando por acontecimientos jamás pensados, los cuales están alterando el ritmo biológico, familiar y social de cada uno de nosotros y de la gente que nos rodea.

⁸ Ana Calero-Elvira et al., "Atención psicológica pre- y pospandemia en la clínica universitaria del CPA-UAM", *Escritos de Psicología. Psychological Writings* 14, núm. 2 (2021): 120-133, <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v14i2.13616>

⁹ Rosa Gómez-Esteban, "La medicalización del sufrimiento subjetivo", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 42, núm. 142 (2022): 99-108, <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000200006>

En este caso, el virus SARS-CoV2 se ha convertido en el otoño para muchos por las pérdidas humanas, muchas de ellas que ni al cementerio han podido llegar. En este contexto, considero que es de suma importancia informarnos de manera científica; es decir, consultando fuentes fidedignas que retraten lo que realmente está sucediendo en torno a esta pandemia. Para que, con ello, desde cada una de nuestras trincheras, podamos ser capaces de brindar esa ayuda que a gritos solicita nuestra sociedad; que seamos audaces; que, con el ejemplo y conocimientos, seamos ese sostén necesario.

En consecuencia, desde la práctica de pequeños ejercicios de respiración y relajación podremos lograr la modificación o reducción de padecimientos de ansiedad, depresión y consumo de sustancias, entre otras acciones de las que, en los pasados temblores, echamos mano, respondiendo de manera satisfactoria, poniendo como ejemplo la unión y actitud positiva. Esta no será la excepción, por lo que dependerá de cada uno de nosotros, con unos cuantos granitos de arena, colaborar para que esa noche se convierta en un nuevo día con todo su esplendor.

Josefina Estela Hernández Bernal

Durante el temblor que azotó el país durante 2017 me encontraba trabajando en la práctica clínica cotidiana, y sentí la vulnerabilidad en la que nos encontrábamos los que estábamos ahí presentes (médicos, enfermeras y psicólogas, entre otras). En esa ocasión no pude estar con las dos personas más importantes para mí (mi hijo y mi padre).

Durante esa noche reflexioné sobre lo afortunada que soy, ya que a pesar de la vulnerabilidad en la que me encontraba en esta pandemia, debido al cáncer del que me estoy recuperando, tengo la oportunidad de terminar un día y espero que sean muchos más. Siempre he tenido la esperanza de ver los lindos atardeceres del otoño y que el cementerio espere por mí.

Guadalupe Aguilar Maldonado

La sensación de vulnerabilidad se acrecentó luego del aterrador sismo acontecido en 2017. Dos años después, la pandemia nos detuvo. Su impacto negativo en todos los aspectos ha contribuido a que dos personas que se frecuentaban ya no lo hagan más. Inclusive no sólo por las medidas sanitarias, más bien por la manera de pensar. Mientras uno tiene miedo al cementerio, el otro cree que nada va a cambiar. El llanto por las pérdidas no cesa jamás. Los ancianos se están yendo y no les dio tiempo de enseñarnos más.

El otoño se acerca y las cosas no van a cambiar. Los días son largos, la gente no sale y pesa el andar. Las noches se cubren de largos insomnios, la angustia no cesa, la incertidumbre me hace flaquear; sólo queda decir que nos falta más: hay algo que estamos dejando pasar de largo, no estamos unidos; la situación me hace pensar, con tanta tecnología estaremos como cien años atrás. Quizá haya menos muertes, pero quizás también haya que revisar cómo fue que funcionaron las cosas antes, cómo es que empezaron a andar. La respuesta está en el pasado, ese que no conocemos porque está olvidado, porque somos muy jóvenes o porque se ha ignorado. Tengamos esperanza en los que están avanzando, sobre todo paciencia y observemos más a los letrados; el caos no cabe en sus mentes, todo está calculado, la evolución nos aplasta, el cambio es lo único seguro, pero estaremos preparados?

Marcela Nieto González

La noche tiende a ser un espacio de tranquilidad y sosiego, de paz y pensamientos que fluyen en mi interior. Ante esta realidad perfecta y única me he sentido vulnerable, tambaleante; mi vida se ha tornado en diferentes momentos durante estos ya cuatro meses en un ir y venir, semejante a las olas en la playa, que por momentos se muestran pasivas y con calma, y en otros momentos se muestran furiosas, arrebatadas y mueven los cimientos de mis emociones cual terremoto que derrumba todas aquellas estructuras que no se encuentra sólidas, firmes o que con el paso del tiempo ya son inservibles, pero que aún me esforzaba por mantener, por simple apego, cariño o costumbre.

Me siento en un otoño donde las hojas caen una a una. He sido testigo de otros y testigo personal en la vida propia de un rediseño en la percepción, pensamiento, sentimiento y acciones que surgen y caen irremediablemente, dejándome ante la presencia de mí misma.

Hoy puedo mirar hacia atrás y ser testigo del cementerio de ideas que reconozco ya no eran funcionales para mi existencia; temores que se hicieron realidad y creí que el mundo se terminaría si sucediera. Pero hoy me di cuenta de que ser vulnerable no es ser débil; es justo el momento en el que se abre la mente para pensar en dos personas o más. Para salir de mí misma y crear un nosotros; tal cual lo hace la naturaleza trabajando en equipo, tierra, agua, semillas, sol, noche.

Reconozco que sentí el mismo miedo, tristeza, desesperación, ira, que seguramente Deméter sintió cuando Hades se llevó a su hija Perséfone para convertirla en reina del inframundo. Justo en algún momento me he sentido así ante la pandemia de la COVID-19, arrastrada a una realidad que no me gustó, pero con el paso del tiempo he podido ir comprendiendo e integrando lo que la vida me da hoy; reconstruyo con total esperanza y confiada en mí misma, segura de la fuerza de mis alas para rediseñarme día a día, teniendo como aliadas el aire de la esperanza y la certeza.

Esta experiencia me abre una vez más la puerta hacia un encuentro más armónico conmigo y con el mundo que me rodea; me ha hecho comprender la interdependencia social donde requerimos ir de un yo a un nosotros, y crear nuevos significados; rediseñar la creación de un gran otro y reconocer el valor de mi otro en la creación de otros.

Sandra Juárez García

Quiero describir el mañana, pero esto es incierto, porque nadie sabe qué pasará en el futuro. Debo tener tolerancia porque, aunque haya un plan a futuro, no sé qué va a pasar.

Esto es como el anochecer de por vida, es un otoño de por vida. El virus SARS-CoV-2 debe ser tratado con respeto, con cautela y precaución, ya que no sabes cuándo puede llegar y a dónde te llevará. Hay que aprender a vivir con esta incertidumbre. Los terremotos son fenómenos naturales que nadie puede predecir y del cual no puedes escapar. Hay que aprender a salir librados de ambos fenómenos para no llegar al panteón. Esto es como una tormenta eléctrica donde después viene la calma, de donde quiero que mis seres amados salgan librados.

Mi familia ahora son mis mejores amigos, porque puedo compartir mis emociones y mis sentimientos, algo nunca experimentado. Los amigos, los verdaderos amigos son contados con los dedos de una mano; ellos te acompañarán el resto de la vida hasta la muerte.

A los hijos hay que enseñarlos a vivir en esta nueva modalidad, orientarlos para que tomen decisiones acertadas para la vida. No quiero que salgan afectados de todo este problema.

José Ezequiel Muñoz Flores

1. Noche. Al llegar la noche, ya no escucho la algarabía de la gente al pasar por casa, los niños jugando. Da la impresión de que se vive en un pueblo fantasma, poco ruido, incertidumbre para salir al pan, o bien al paseo por el parque; sin duda provoca nostalgia, temor y resentimiento.
2. Cementerio. El burocratismo ha invadido hasta los cementerios, quienes no tienen una propiedad no pueden enterrar a sus muertos; la limitación del acceso a 10 personas los golpea sentimentalmente, provocando mucho resentimiento. La exigua economía y falta de crematorios impiden otorgar un lugar en la marcha de seres queridos.
3. Otoño. Cuando se comenta que la gente más afectada son los adultos mayores, causa mucha incertidumbre en ellos y sus familiares, incrementando la depresión y las tendencias al suicido.
4. Dos personas. El aislamiento de los adultos mayores, así como el de los pacientes inmunocomprometidos resulta oprobioso, desarrollándose sentimientos de frustración por estar solos y con grandes limitaciones para ser visitados. Además, los hijos tienen su propia familia y sus propios problemas.
5. La pandemia. Aun teniendo conocimiento histórico de grandes pandemias, la que nos está tocando vivir, por falta de educación e información verídica, ha provocado una gran confusión entre la población, al grado de que cada uno de los ciudadanos le da su propia interpretación.
6. Temblor. La primera expresión de mucha gente durante el temblor fue: "¡Lo que nos faltaba!", provocando más angustia y sin duda una imaginación apocalíptica.
7. Vulnerabilidad. La pobreza y las enfermedades correlacionadas son concebidas como una amenaza real, lo cual provoca un gran temor.
8. Esperanza. Nuestra gente, a lo largo de los siglos, ha demostrado un gran valor para superar situaciones muy graves y siempre con la esperanza de que el mañana será mejor para todos.

Claudia Gloria López Trejo

¿Los humanos hemos hecho algo mal para que la pandemia ocasionada por el coronavirus nos tenga en jaque a nivel mundial?, ¿o ésta es sólo y exclusivamente resultado de un proceso natural inevitable?

Al principio, casi todo el día pensaba en esta pandemia. Ahora es mucho menos, aunque algunos días y algunas noches sigo pensándolo inevitablemente. Fue algo inesperado que me cambió y, segura estoy, a muchos más les cambió la vida para siempre, y no sólo por la cuarentena o por dejar de realizar las actividades a las que ya estábamos acostumbrados, sino que, históricamente, no nos había tocado vivirlo. Ahora escuchamos de personas que conocemos o, desafortunadamente, hasta de familiares que se han contagiado, y muchos de ellos han tenido como lugar final el cementerio. Ya dos estaciones del año hemos vivido y estamos esperando el otoño que seguro también nos alcanzará en esta espera esperanzada de alguna cura, que al menos nos haga sentir más seguros.

Sin embargo, nuestra vulnerabilidad se ha puesto a prueba, y debo reconocer que no hemos salido muy victoriosos de ella. Somos presas del miedo y de la constante amenaza del otro. Nuestra solidaridad como mexicanos quedó fuera de todo esto, ya que el enemigo es el otro o somos nosotros mismos. El "quédate en casa" no sirvió ante la fuerza de lo más grande: la naturaleza del planeta. Salimos sin cubrebocas, sin gel antibacterial y nos abrazamos unos a otros por miedo, con

lo que, seguramente, elevamos en algún grado los contagios. Y entonces me vuelvo a preguntar: ¿seremos nosotros los causantes de esta pandemia o sólo es el resultado de la naturaleza?

Sea una cosa o la otra, lo que sí podemos asegurar es que tenemos la oportunidad de aprender, o se cumplirá la tan ya famosa frase de "quien no aprende de su pasado está destinado a repetirlo". El aceptar esta existencia humana que nos hace tan vulnerables, seamos niños, adolescentes, adultos o ancianos, con títulos o analfabetas, con herramientas propias o sin ellas, en esta ocasión y para este virus, todos absolutamente todos somos iguales.

Tener la oportunidad de compartirlo, expresar lo que siento y escuchar lo que se ha estudiado ante contingencias de esta magnitud, me reafirma que compartimos la misma naturaleza humana.

Marina Bernal Gómez

hablar de la muerte no es igual que hablar de morir. Inicialmente, implica no encontrar en mi propio bagaje los elementos para significar la experiencia; estar en una noche de frente a un cementerio de deseos y desgastadas ideas de libertades y poderes, donde lo natural es cambiar como los árboles en cada estación y que las hojas de otoño te indiquen que comienza la época de resguardarte, de reencontrarte frente a otro, frente a quien sea, siendo sólo dos personas, humanos vulnerables ante una pandemia que me ubica en un plano de finitud como a millones de seres humanos y no como intocable, autosuficiente, aséptica, como me suponía.

Distraída en un momento por impulso e instinto de sobrevivencia durante el temblor, que por ser algo tan vívido fue más fácil trascender, pues me hace darme cuenta de que el deseo de estar bien, de asumirme como un ser en constante cambio, me permite aprender a sostener esta nueva demanda; me da el poder de elegir caminos de autocuidado físico y emocional; de límites en tanto mi experiencia de vida; focalizar mis esfuerzos para ser y estar conmigo y de mi lado.

Diana Salas Estrada

A la memoria de los comensales que ya no están.

La noche de la pandemia del 2020 quedará en los anales de la historia, cuando una vez más "el hombre lobo del hombre" es privado de su salud y su libertad. En el otoño de la humanidad se estremece el universo en un temblor que remueve la psique del mundo, dejando una vulnerabilidad sin par, en la que ni la fuerza física ni la emocional ni la económica son de utilidad.

De todas las guerras de la humanidad, tal vez ésta no usó las armas ya conocidas, pero sí las más perversas y agresivas que lograron hurtar la yoicidad al mundo, robándole también la libertad y la paz, a la vez que le inoculaba el miedo al "no sé qué".

Como en todo proceso salud-enfermedad, al hombre lo mantiene en pie la buena salud cultivada por su estilo de vida, por su instinto de supervivencia y su capacidad para adaptarse a cada nuevo "aquí y ahora" con la esperanza de un mejor mañana.

En el análisis del "miedo a", como patología de hoy, los psicoterapeutas deberemos reprender el arte de explorar el nuevo miedo al "no sé qué", el cual dejará este periodo de incertidumbre que nos evidenció desnudos a los profesionales de la salud mental, dejándonos claro que nadie es inmune, aunque conozca todas las teorías nombradas y estudiadas sobre el tema de las emociones. Ahora sólo una delgada línea entrecortada distingue al terapeuta de su consultante, ahora todos estamos iguales.

Al final, espero que la humanidad haga un esfuerzo organizado y pacífico, usando los velados y naturales argumentos de Lisístrata, de Aristófanes, para encontrar la ilusión de la paz perdida, y para que los seres humanos se reconcilien con el universo, levantándose de esta pandemia con cantos y danzas de aprendizaje y esperanza para perpetuar la humanidad.

Octavio Márquez Mendoza

Los seres humanos que —según la Organización Mundial de la Salud (oms)— estamos integrados por una parte biológica, psicológica, social y espiritual tenemos diferente capacidad de vulnerabilidad, según las circunstancias en las que nos toque vivir. Vale la pena hacer una analogía con la metáfora de John Rawls, “el velo de la ignorancia”, y cómo poder plantear una sociedad justa, ya que no sabemos qué lugar nos va a tocar en la sociedad supuesta en que vivamos. Y de ahí partimos, desde el planteamiento de la oms en sus cuatro vertientes, y poder extender los componentes entre lo esperado y lo inesperado, tomando en cuenta el trabajo de Freud en el malestar en la cultura y sus tres principales planteamientos: la hiperpotencia de la naturaleza, las normas que los hombres se dan a sí mismos y la diferencia de los sexos.

Dicho esto, vamos a aplicarlos principalmente desde lo histórico, el patriarcado con la lucha de los sexos y todas las luchas desde el inicio de la cultura occidental hasta nuestros días con sus grandes cambios, hasta el activo movimiento feminista que incluye a mujeres y hombres que aspiran a vivir en armonía y complementariedad en un mundo más justo, autónomo y con respeto para todos; aceptando la realidad que es todo poder e incognoscible, y que no tiene sentido humano ahora que estamos en el quinto tiempo del siglo xxi; las amenazas aumentan de una manera preocupante por el deterioro y desorden ecológico, causado por la codicia humana, incluidos los gobiernos irresponsables del orden mundial, reflejado en la falta de ética y la bioética de la política en el más amplio sentido de ésta.

Nos hemos olvidado, irresponsablemente, del compromiso que tenemos con las futuras generaciones de dejarles un mundo mejor del que recibimos.

Alfredo Camhaji Samra

En la Ciudad de México millones de personas han sido afectadas por la pandemia del coronavirus, circunstancia que se ha visto acompañada de miedo y angustia ante el desconocimiento de la situación que ha traído consigo la COVID-19. Ese virus que parece haber llegado para permanecer más tiempo del que tenía programado, y que nos obliga a tomar medidas encaminadas a preservar la salud y reducir la vulnerabilidad, así como brindarnos la esperanza de salir de este panorama álgido, habiendo aprendido nuevas cosas que nos permitan tener nuevos otoños, más disfrutables.

Karla Alejandra Tovar

Recuerdo ese encuentro en noviembre de 2020. Era un jueves por la tarde y no había nadie más a la vista. Subí la primera colina y di vuelta a la izquierda, atravesé los pequeños escalones y pisé las hojas caídas de los árboles. Caminé entre las hileras de lápidas y sentí la brisa fresca rozarme el rostro. Olía a tierra, chocolate y flores, el olor típico del otoño. Al llegar a mi destino pude percibirme de la presencia de otra mujer que tenía una vela en las manos, haciendo lo que parecía un ritual religioso. La lápida frente a la que se encontraba en cuclillas estaba al lado de la lápida de mi abuelo. Al notar que me acercaba, inclinó la cabeza y continuó en silencio. Coloqué sobre la tumba

flores salvajes tomadas de la vereda porque eran sus favoritas. Contemplé cómo se iba alejando la tarde y pensé que debía partir antes del anochecer. Estaba en ese tren de pensamiento cuando la otra mujer me habló y comentó con una voz monótona, con sorpresa contenida, que las fechas de muerte apuntadas en las lápidas tenían una semana de diferencia. Parecía que necesitaba ser escuchada y permanecí en el cementerio más tiempo. Ella dijo que su difunto había muerto en el temblor de junio, su muerte había ocurrido en Oaxaca, pero ella era la última persona cercana que quedaba y logró trasladar el cuerpo para poder visitarlo más fácilmente. No quise preguntar más. La mujer preguntó si mi difunto había fallecido a consecuencia de la pandemia. Le contesté que no por ella, pero sí durante ella, igual en junio. Hacía tanto tiempo que no hablaba presencialmente con otra persona que me hizo sentir expuesta. Aun así, mi vulnerabilidad no me hizo sentir incómoda, sino más humana. Recuperando cierta esperanza por el futuro próximo y por la restauración paulatina de la cercanía y calidez de los encuentros humanos. Ese día caminé de regreso entre las lápidas simétricas, con el sonido de las hojas al recibir mis pasos; el viento arrastrando el aroma de las flores recientes y viejas, y antes de descender los escalones, vi la caída de la tarde desde la colina. Los colores y la luz cambiaban lentamente y las sombras se hacían cada vez más largas. Me detuve y pensé en voz alta: "Tengo que regresar antes de que anochezca" y continué el recorrido para volver a casa.

Laura Villavicencio Pérez

La noche es el momento que más me atemoriza. El silencio que se vive, parecido a estar en un cementerio en un día cualquiera, acompañando seguramente a los amigos o familiares que han perdido a alguien o siendo la protagonista de alguna pérdida. Esos recuerdos y sentimientos me hacen sentir sola y vulnerable ante esta pandemia.

Es muy poco lo que se conoce sobre cómo este nuevo virus afecta nuestra salud, virus por cierto que salta del reino animal como muchos otros que ya conocemos; pero éste de manera caprichosa, no se deja ver en todo su esplendor; cada día sabemos más de él, pero todavía no lo suficiente. Tenemos que aprender a convivir con esta nueva situación, la famosa "nueva normalidad". Pero me pregunto: ¿esta nueva normalidad no es la que siempre deberíamos haber tenido? Mi libertad de poder ¿no debería haber tenido ya desde antes, muchos límites?, que son los mismos que ahora nos tienen sumidos en este sentimiento de pérdida de la libertad. La falta de información verídica y comprensible ha influido en esa falta de libertad desde hace mucho tiempo y ahora nos ha llevado al exceso de información, causando más miedo, incertidumbre y una falta de dirección para esta libertad de poder.

Estoy en el otoño de mi vida, por lo que me he sentido con la necesidad de reflexionar sobre mi propia vida, antes y después de esta pandemia, ya que durante marzo empezó mi jubilación y, con ello, debería de iniciar mi libertad laboral; debería sentirme libre del tiempo del consumismo, fuera de una sociedad del cansancio y del rendimiento; dejar atrás las jornadas exhaustivas y entrar a una etapa de reflexión y disfrute de mí y de las personas que han permanecido junto a mí, a la distancia la mayoría del tiempo, porque eso es lo que en esta sociedad, es lo menos que se tiene de manera individual: tiempo para uno y las personas que queremos, aunque sean más de dos personas.

El último temblor revivió el temor a la muerte, mía o de mis seres queridos; me hizo sentir nuevamente vulnerable y me recordó que la esperanza que me queda es encontrarme en lo más

profundo, aprobar y aceptar que este cambio en mi vida, en un rumbo que nunca me imaginé, es lo que hay en este otoño, para poder estar en el invierno del 2020, y en mi invierno.

Patricia Hernández Valdez

Durante 2020, un equipo de bioeticistas pertenecientes al Seminario Interdisciplinario de Bioética, en colaboración con personal adscrito a la alcaldía Coyoacán, desarrolló un trabajo grupal con fines psicoeducativos y catárticos durante el confinamiento por COVID-19 en México, que fue fundamental para proporcionar apoyo emocional, promover la resiliencia y fomentar el bienestar mental de los miembros del grupo y de las personas a las que atienden.

Este tipo de intervención grupal ofreció una plataforma segura y colaborativa para explorar y procesar las diversas emociones y desafíos que han surgido durante la pandemia, a través de la exposición de diversos temas por parte de especialistas en la materia.

El confinamiento por COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental de las personas, especialmente en aquellos que pertenecen a grupos vulnerables. Los trabajadores de la alcaldía Coyoacán han desempeñado un papel crucial al brindar apoyo y asistencia a estos grupos durante este periodo desafiante. Sin embargo, también han experimentado diversas emociones y tensiones debido a la naturaleza estresante de su trabajo y a las condiciones difíciles en las que han tenido que operar.

Un enfoque grupal psicoeducativo y catártico proporciona un espacio seguro y confidencial para que los trabajadores compartan sus experiencias, expresen emociones y desarrollen estrategias de afrontamiento efectivas. La catarsis se refiere al proceso de liberación emocional y psicológica que ocurre cuando las personas pueden expresar y procesar de manera saludable sus sentimientos reprimidos. Al hacerlo, se promueve la resiliencia y se reduce el riesgo de desarrollar problemas de salud mental a largo plazo.

El trabajo grupal psicoeducativo se basa en la idea de que el conocimiento y la comprensión de los problemas psicológicos y emocionales pueden ser poderosos agentes de cambio. Mediante la educación y la información sobre los efectos del confinamiento, el estrés y las estrategias de afrontamiento, los participantes pueden adquirir habilidades y conocimientos que les ayuden a manejar mejor sus emociones y a superar los desafíos a los que se enfrentan.

El grupo de trabajo en la alcaldía Coyoacán pudo organizarse en sesiones semanales regulares, en las cuales los participantes pudieron compartir sus experiencias, reflexionar sobre sus emociones y recibir apoyo y orientación de sus compañeros y del facilitador del grupo.

El trabajo grupal catártico implica el uso de técnicas terapéuticas que facilitan la expresión y liberación emocional. Estas técnicas pueden incluir el arte terapia, la escritura terapéutica, el juego, la música y el movimiento. Al participar en estas actividades, los miembros accedieron a partes de sí mismos que pueden estar reprimidas o negadas, y encontrar formas saludables de dar salida a sus emociones.

La importancia de este enfoque radica en varios aspectos. En primer lugar, proporcionó un espacio de apoyo y validación para los trabajadores que se dedican a atender a grupos vulnerables. El hecho de compartir experiencias similares y emociones comunes crea un sentido de pertenencia y conexión que puede ayudar a reducir el aislamiento y el estrés. Además, permitió el intercambio de ideas y estrategias efectivas para lidiar con los desafíos específicos que enfrentan en su trabajo diario.

En segundo lugar, el trabajo grupal psicoeducativo y catártico también tuvo un impacto positivo en las personas que atienden. Al procesar sus propias emociones y desafíos, los trabajadores de la alcaldía Coyoacán mejoraron su capacidad para brindar apoyo emocional y empático a los niños, mujeres, adultos mayores y otros grupos vulnerables.

En tercer lugar, este enfoque contribuyó a la prevención y a la detección temprana de problemas de salud mental. Al proporcionar un espacio seguro para la expresión emocional, los participantes identificaron y abordaron las señales de estrés y agotamiento en ellos mismos y en sus compañeros. Esto permitió una intervención temprana para reducir el riesgo de que los problemas de salud mental se agravaran o se volvieran crónicos.

De esta forma, se proporcionó un espacio de apoyo, validación y procesamiento emocional, fomentando la resiliencia y fortaleciendo la capacidad de brindar un apoyo efectivo. A través de esta intervención grupal se pudo mejorar la calidad del trabajo y prevenir problemas de salud mental a largo plazo, creando así un impacto positivo en la comunidad y en la sociedad en general.

Reflexiones finales

La crisis global ocasionada por el SARS-CoV-2 afectó significativamente el bienestar integral de millones de personas alrededor del mundo, poniendo de manifiesto la imperiosa necesidad de prestar atención al cuidado de la salud mental. Durante este periodo de zozobra, de aislamiento social, de pérdidas y de cambio constante, la salud mental se convirtió en un paradigma elemental para enfrentar los desafíos emocionales derivados de la pandemia, la cual agravó los niveles de estrés, ansiedad y depresión, entre otros trastornos equivalentes. Por lo anterior, surge una pregunta fundamental: ¿cómo es posible cuidar la realidad psicológica de las personas? Uno de los caminos más evidentes es la introspección personal, concebida como una valiosa herramienta que permite comprender y dar sentido a nuestra experiencia durante estos tiempos inciertos. A medida que afrontamos la enfermedad y la muerte, la reflexión nos impulsa a revisar las relaciones con nosotros mismos, con el entorno natural y con los demás. Nos lleva a preguntarnos sobre el propósito y el significado de nuestras vidas, así como a recapacitar sobre nuestros valores, nuestras prioridades y nuestras responsabilidades como individuos y como sociedad.

De tal forma, la pandemia se convirtió en un poderoso catalizador que nos ha permitido examinar la naturaleza de nuestra existencia, así como examinar nuestras relaciones con el mundo y con los demás. Por otro lado, nos ha permitido evocar nuestra interdependencia y fragilidad, y nos ha llamado a reflexionar sobre el propósito y el sentido de nuestras vidas. A través de esta reflexión, podemos encontrar oportunidades para crecer, aprender y construir una sociedad más solidaria y consciente de nuestra responsabilidad colectiva.

Referencias

- ADN40. "Atención psicológica se triplicó durante la COVID-19 en México". Redacción adn40, 24 de febrero 2021. Consultado el 8 de noviembre 2024. <https://www.adn40.mx/mexico/nota/notas/2021-02-24-19-25/atencion-psicologica-se-triplico-durante-la-covid-19-en-mexico-consejo-ciudadano>
- Arellano Gault, David. *Case studies methodology in social sciences*. CIDE, 1998. Consultado el 5 de mayo 2025. https://cide.repositorio-institucional.mx/jspui/bitstream/1011/826/3/000012625_documento.pdf
- Arendt, Hannah. *The Human Condition*. The University of Chicago Press, 1958.
- Braustein, Néstor Alberto. A medio siglo de El malestar de la cultura de Sigmund Freud. Siglo XXI, 1981.
- Calero-Elvira, Ana, María Cristina Guerrero-Escagedo, Lucía González-Linaza, Noelia Martínez-Sánchez. "Atención psicológica pre- y pospandemia en la clínica universitaria del CPA-UAM". *Escritos de Psicología. Psychological Writings* 14, núm. 2 (2021): 120-133. <https://doi.org/10.24310/espsepspsi.v14i2.13616>
- Clavreul, Jean. *El orden médico*. Argot, 1978.
- Domínguez Márquez, Octaviano Humberto. *Objeción de conciencia en los servicios de salud*. Distribuidora y Editora Mexicana, 1999.
- Gómez-Esteban, Rosa. "La medicalización del sufrimiento subjetivo". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 42, núm. 142 (2022): 99-108. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000200006>
- Márquez Mendoza, Octavio. *Obras completas. II. Desastres, voluntades anticipadas y bioética*. Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2019.

Morales-Chainé, Silvia. "Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental". *Enfermería Universitaria* 18, núm. 2 (2021): 1-4. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.1218>

Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. 2 vols. 1998.

Polaino-Lorente, Aquilino. *Manual de bioética general*. Rialp, 1997.

Reich, Warren Thomas. *Encyclopedia of Bioethics*. 5 vols. Macmillan Library Reference, Simon & Schuster Macmillan, 1995.

Romero-Heredia, Nathaly Alejandra y Andrés Joaquín Guarnizo-Chávez. "Enseñanza y formación de primeros auxilios psicológicos a profesionales de la salud. Su importancia en contexto de COVID-19". *Acta Médica Colombiana* 47, núm. 3 (2022). <https://doi.org/10.36104/amc.2022.2234>



Reflexiones desde la bioética en la pandemia de COVID-19

editado por la Universidad Nacional Autónoma de México,
a través del Programa Universitario de Bioética
y el Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Se terminó de editar el 17 de octubre de 2025.

En su composición se utilizaron las fuentes de la familia

Nunito Sans Regular y Bold en 11 y 21 puntos.

El cuidado editorial estuvo a cargo

de la maestra Blanca Rocío Muciño Ramírez;
la corrección es de Elia García y Mónica Díaz Torres;
la formación y el diseño es de Marilú Gómez.

