

# **SARS-COV2. COVID-19.**

LA PANDEMIA: REFLEXIÓN  
Y RETOS DESDE LA BIOÉTICA  
Y LA TANATOLOGÍA

---

**PEDRO QUEZADA BAUTISTA**  
COORDINADOR





COORDINADOR:

PEDRO QUEZADA BAUTISTA

AUTORES:

RAÚL GARZA GARZA

JESÚS FERNANDO COLUNGA

GONZÁLEZ

PEDRO CÉSAR CANTÚ-MARTÍNEZ

PERLA ELIZABETH OROZCO

VÁZQUEZ

NORMA GUADALUPE LÓPEZ

CABRERA

ANDRÉS ZÁRATE FLORES

RAYMUNDO JOSÉ ARRÓYAVE

RODRÍGUEZ







# **SARS-COV2. COVID-19.**

LA PANDEMIA: REFLEXIÓN  
Y RETOS DESDE LA BIOÉTICA  
Y LA TANATOLOGÍA

DR © 2021 Los autores

DR © 2021 Instituto de Investigaciones Jurídicas y Docencia de  
la Administración Pública del Estado de Nuevo León

DR © 2021 Fondo Editorial de Nuevo León

Impreso en México

ISBN 978-607-8485-63-5



Zuazua 105 Sur, Centro, C.P. 64000,  
Monterrey, N.L., México  
T. (81) 8344-2970 y 71  
[www.fondoeditorialnl.gob.mx](http://www.fondoeditorialnl.gob.mx)



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
**JURÍDICAS Y DOCENCIA**  
DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

Torre Administrativa, piso 7  
Washington 2000 Oriente  
Colonia Obrera, C.P. 64010  
Monterrey, Nuevo León

# **SARS-COV2. COVID-19.**

LA PANDEMIA: REFLEXIÓN  
Y RETOS DESDE LA BIOÉTICA  
Y LA TANATOLOGÍA

**PEDRO QUEZADA BAUTISTA**

COORDINADOR



## ÍNDICE

Presentación	7
1. Responsabilidad bioética y dilemas de la persona en tiempos de la pandemia <i>Raúl Garza Garza</i>	15
2. La pandemia: reflexión y retos desde la bioética. La atención a los pacientes <i>Jesús Fernando Colunga González</i>	56
3. Educación superior durante y tras la pandemia de COVID-19 examinada mediante la bioética hermenéutica <i>Pedro César Cantú-Martínez</i>	76
4. Salud mental y participación comunitaria. Reflexiones en el contexto de COVID-19 <i>Perla Elizabeth Orozco Vázquez</i>	97
5. Efectos de la pandemia desde la perspectiva bioética <i>Norma Guadalupe López Cabrera</i>	109
6. La pandemia: reflexión y retos desde la bioética y la tanatología <i>Andrés Zárate Flores</i>	119
7. Reflexiones sobre la pandemia causada por el COVID-19 <i>Raymundo José Arróyave Rodríguez</i>	127
Currículos	130





## Presentación

La peste, una palabra que por sí sola causa miedo y escalofrío. Me impactó de manera importante hace años cuando leí el libro, del mismo título, de Albert Camús. La pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19), me hizo recordar el texto, pues se presentaron y siguen actuales, situaciones de orden personal, social y político similares; donde el infortunio, la desolación, la incertidumbre, las pasiones y los valores más sublimes del ser humano se conjugan y afloran.

¿Qué ha pasado en nuestra sociedad con motivo de la pandemia? ¿Qué ha sucedido en nuestra vida en el transcurso de los días y los meses? A veces miedo, a veces terror, muchos días de ansiedad y desesperación por el distanciamiento y el confinamiento social que orilló a muchas personas a concentrarse en el núcleo familiar o bien a alejarse de él, así como de sus grupos sociales.

Los medios de comunicación ocupaban gran parte de sus espacios noticiosos a dar parte, en un recuento lúgubre, del número de contagiados y de las personas fallecidas en todo el mundo. La aldea global envuelta en una grave crisis sanitaria. El desconcierto informativo o desinformativo. Las redes sociales colaboraban de manera profusa y determinante a ese caos de información. Lo que un día era cierto al siguiente era desmentido.

Al paso del tiempo, causaban especial sorpresa, indignación y miedo las noticias que se publicaban en los medios de comunicación

en donde se relataba la forma en que se hacinaban en espacios reducidos los pacientes afectados por el coronavirus, muchos de ellos recostados sobre sábanas en los pasillos de los hospitales; personas falleciendo de asfixia en las banquetas esperando atención o en los vehículos que los transportaban de uno a otro nosocomio ante la insuficiencia de camas; o bien, aquellas noticias que relataban la forma en que, en algunos países como el nuestro, trabajadores de la salud identificados por su uniformes blancos o quirúrgicos, eran discriminados e incluso atacados físicamente por sus propios vecinos o transeúntes, por temor a ser contagiados por haber estado expuestos directamente al patógeno; en contraste con aquellos otros lugares del mundo en los que eran objeto de reconocimiento y vitoreados como héroes modernos por su trabajo altruista.

No menor indignación causaba el hecho de que médicos y enfermeras y todo el personal de salud involucrados en la atención de pacientes infectados, carecieran de las medidas de protección elementales para su aislamiento.

La pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19) ha hecho aflorar lo peor y lo mejor de la condición humana, pues así como se presenciaban los hechos narrados, también había muestras de solidaridad, compasión y empatía con los enfermos, sus familiares y con la sociedad en general. Podemos mencionar a grupos u organizaciones de la sociedad civil que acudían a los hospitales, noche tras noche, a entregar alimentos calientes a los familiares de pacientes internados; las innumerables muestra de solidaridad con las personas adultas mayores que por el encasillamiento no podían salir a comprar alimentos, bienes de consumo necesarios o medicamentos.

Miles de personas han perdido sus empleos y no pueden llevar el sustento necesario a sus familias, pues cientos de empresas han cerrado sus puertas y enmudecido sus máquinas. Un año con restricciones

severas a la dinámica económica ha causado una afectación en este momento incalculable.

Respecto a la educación de niños y jóvenes, se especula, no sin una gran dosis de certidumbre, sobre los efectos negativos que el régimen de confinamiento y aislamiento de los grupos sociales y clases presenciales están generando, los cuales se verán con mayor claridad en el futuro. La eficacia de los mecanismos de educación a distancia ha sido puesta a prueba. Se habla de una pérdida importante en el proceso enseñanza-aprendizaje de miles de niños y jóvenes que por una circunstancia u otra no tienen acceso a los medios de educación a distancia, independientemente de la afectación psicológica que se presente después de un año de encierro.

No podemos soslayar las graves repercusiones que la pandemia ha provocado sobre todo en las mujeres sometidas a múltiples presiones, pues además de cumplir con sus responsabilidades laborales, tienen que asumir con especial diligencia roles de madre, auxiliar docente y ama de casa. Los casos de violencia intrafamiliar se incrementaron de manera exponencial. De igual manera es pertinente mencionar el agravamiento de las enfermedades mentales. Existen evidencias de que los casos de depresión, suicidios, ansiedad se han incrementado de manera importante.

Estos acontecimientos mueven a la reflexión y a meditar sobre la forma en que el ser humano enfrenta las adversidades y nos debe llevar a la necesidad de la previsión porque, de acuerdo a los especialistas, no será la última pandemia ni la más grave. El futuro en este aspecto no es halagüeño.

Por otro lado, la autoridad política actuó y sigue operando de acuerdo a su perspectiva. La historia mostrará con singular claridad si las decisiones que se tomaron para enfrentar la pandemia fueron acertadas o no; si las políticas públicas fueron pensadas, meditadas o si se

tomaron al calor de la urgencia y la necesidad imperiosa; si la ciencia fue escuchada en las decisiones públicas para enfrentar la batalla o si la intuición la avasalló.

La pandemia y sus efectos deben ser objeto de la reflexión bioética; los principios que vertebran esta disciplina deben ser analizados ante un hecho social, real, sumamente complejo y con innumerables efectos y retos. La dignidad y la autonomía de la persona, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia deben ser sometidos al tamiz del drama que se vive aún con motivo de la pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19).

De igual manera, la Tanatología tiene un lugar especialmente reservado para la reflexión y el análisis, pues el drama de la pérdida de la salud, el enfrentamiento a las secuelas de la enfermedad y aún más a la pérdida de la vida, nos obligan a hacer un abordaje holístico de la pandemia y sus efectos en la sociedad.

En función de estas consideraciones el Instituto de Investigaciones Jurídicas y Docencia de la Administración Pública del Estado de Nuevo León, fiel a su objetivo y orientación pedagógica para el análisis de la realidad de manera objetiva y científica, coordinó la participación de especialistas en Bioética y Tanatología, para que desde su particular perspectiva analizaran diversas vertientes del problema de salud generado por la pandemia. Nuestro mayor agradecimiento a cada uno de ellos por el interés y su dedicación a esta tarea que servirá, indudablemente, para la reflexión de nuestra comunidad y de los tomadores de decisiones.

El doctor Raúl Garza Garza, en su artículo “Responsabilidad bioética y dilemas de la persona en tiempos de la pandemia”, enfatiza la importancia que tiene la transparencia y la comunicación asertiva en tiempos de crisis, así como el papel que juegan los bioeticistas en esos momentos, a la luz de los principios de esa disciplina, para “categorizar

la toma de decisiones complicadas y ayudar a decidir por las razones correctas”, pues “las respuestas a una pandemia están llenas de dilemas difíciles de aquilatar”. De esa forma nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de la planeación para enfrentar con mayor solvencia la crisis sanitaria, planteando la importancia de la intervención de los comités hospitalarios de bioética para la debida atención de los pacientes, sin perder de vista en ningún momento el humanismo, la dignidad y la espiritualidad de la persona en la atención de la salud.

El doctor Jesús Fernando Colunga González nos comparte su visión del fenómeno provocado por la crisis sanitaria en su artículo “La pandemia: reflexión y retos desde la bioética. La atención a los pacientes”, reflexionando desde la bioética global, la necesidad de un abordaje a los dilemas desde una perspectiva más comprensiva, “pues los desafíos bioéticos se presentan en todos los países, las preguntas ya no están solo relacionadas con los avances de la ciencia y la medicina, sino con las condiciones socioeconómicas de las personas”. Nos plantea con especial detalle las situaciones complejas y complicadas que se viven en la atención de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos y la crudeza de las realidades que se viven “en la sucursal del infierno”, tanto por los pacientes como por el personal de atención de salud; por tanto, “esto nos interpela a trabajar en la humanización de los cuidados intensivos” sobre la base de la aplicación de los principios bioéticos.

Por su parte, el doctor Pedro César Cantú Martínez, en su artículo: “Educación Superior durante y tras la pandemia de COVID-19 examinada mediante la bioética hermenéutica”, reflexiona sobre las repercusiones que la pandemia del SARS-CoV-2 ha tenido en el ámbito de la educación superior, impactando de manera importante el ámbito laboral y académico del personal administrativo, docente y en los estudiantes, aplicando el método hermenéutico, con el objetivo de “establecer una mediación entre la explicación del suceso y la comprensión

del mismo”. De esta forma, plantea las diversas problemáticas que las instituciones educativas han tenido que enfrentar, desde el abandono de los espacios educativos donde se desarrollaban ordinariamente las actividades educativas para invadir el espacio familiar, el déficit de las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC), además de su uso inadecuado, en donde estuviera disponible, tanto por los docentes como por los estudiantes, en un contexto de déficit tecnológico, financiero, confusión e incertidumbre programática.

Además de las repercusiones que la pandemia ha tenido en los sistemas del organismo de las personas, el impacto que ha tenido en el marco de la salud mental es impresionante y devastador. La doctora Perla Elizabeth Orozco Vázquez, en su artículo: “La salud mental y la participación comunitaria. Reflexiones en el contexto de COVID-19”, nos ubica en el análisis de la crisis sanitaria desde la perspectiva de lo comunitario y la gestión de las emociones públicas. Para este efecto formula la siguiente pregunta: ¿Cuáles serían las características deseables o lo que se esperaría en torno a la participación comunitaria para el mejor afrontamiento de emergencias sanitarias, como la desencadenada por el COVID-19? El bienestar emocional, la creación de capacidades sociales que garanticen acciones solidarias, el respeto, la compasión, la solidaridad, forman parte del entramado comunitario que da respuesta a la pregunta.

La doctora Norma Guadalupe López Cabrera, en su artículo: “Efectos de la pandemia desde la perspectiva bioética”, ante la propagación mundial de los contagios provocados por el virus SARS-CoV-2, enfatiza en la necesidad de analizar y reflexionar sobre esta crisis sanitaria, desde un enfoque bioético, en consideración a los efectos socioeconómicos, culturales, comunitarios, personales, educativos y religiosos. En la práctica, nos dice, se presentan verdaderos dilemas bioéticos en el ejercicio profesional de los prestadores de servicios mé-



dicos, “pues no solo se atiende a la persona como ejercicio clínico, sino que también debe tomar en cuenta que es parte de una familia y una comunidad”, por lo que resulta necesaria mayor educación bioética entre el personal de salud.

¿Cómo afrontar la enfermedad? ¿Cómo afrontar la muerte de un ser querido del cual no pudimos despedirnos en su lecho de muerte? El impacto de la pérdida de una persona entrañable se sobredimensiona por el hecho de la lejanía. Morir en soledad. El maestro Andrés Zárate Flores, en su artículo: “La pandemia: reflexión y retos desde la bioética y la tanatología”, no dice que la ruptura que supone la muerte nunca es digerible. De esa manera nos lleva a recorrer las diversas etapas del duelo y lo que se vive y se siente al padecer la muerte de un ser querido, sobre todo en las alteraciones que esas etapas tienen en aquellos casos de fallecimiento por coronavirus. Sin embargo, hay que vivir la vida porque la muerte nos da la opción de vivir mientras el ciclo no concluya, porque “¡cuánta vida hay aquí!”.

El doctor Raymundo José Arróyave Rodríguez, en su artículo: “Reflexiones sobre la pandemia causada por COVID-19”, nos lleva a un escenario de un gran número de duelos patológicos y sus efectos por no poder acompañar a los enfermos graves en sus últimos momentos de vida, a causa de las medidas impuestas por los protocolos sanitarios en los hospitales. Sin embargo, a pesar de todos los efectos negativos provocados por esta crisis, nos dice que también hemos aprendido a ser más solidarios con nuestros semejantes y a compartir lo que tenemos con ellos, así como a fortalecer nuestra espiritualidad y nuestra fe.

Esperamos que esta obra sirva como testimonio, reflexión y propuesta de un grupo de expertos en medicina, bioética y tanatología, que han sido protagonistas en los diversos campos de su actividad profesional y han enfrentado la diversidad de conflictos y problemas anunciados en sus exposiciones.

La crisis sanitaria provocada por la pandemia del SARS-CoV-2, nos ha dado grandes y dolorosas lecciones. Es importante, como sociedad, que asumamos la grave responsabilidad de ser entes solidarios y empáticos; en lo personal nos lleva a ser más compasivos y compartidos y, como autoridades y tomadores de decisiones, nos debe motivar a aprender a planear, a ser más transparentes y asertivos en la información, así como previsores y, sobre todo, nos debe enseñar a respetar y no desdeñar el saber científico.

PEDRO QUEZADA BAUTISTA

Director General del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Docencia  
de la Administración Pública del Estado de Nuevo León

# 1. Responsabilidad bioética y dilemas de la persona en tiempos de la pandemia

Raúl Garza Garza

## INTRODUCCIÓN

Desde principios de 2020 estamos inmersos en la pandemia causada por la COVID-19, producida por una nueva cepa de coronavirus: el SARS-CoV-2. Lo que comenzó en un país se ha propagado gracias a la dinámica de globalización de las actividades, viajes y contactos, causando miedo, angustia y muerte más allá de lo que imaginábamos; pero también, desprecio, egoísmo y falta de apego a las medidas más simples de prevención, que nos han repetido hasta el cansancio.

Una de las disciplinas que podemos utilizar para hacer frente a esta situación es la bioética. El bioeticista Diego Gracia afirma en uno de sus artículos, que: “las naciones muestran siempre una gran insensibilidad ante los problemas globales. Con los prójimos, se tienen vínculos afectivos y emocionales que no se dan con los seres humanos lejanos”. Así, el reto de la bioética actual sería “aprender a pensar y a sentir globalmente” (2002).

Hace tan solo diez años se vivía una historia similar por la pandemia de influenza H1N1 que paralizó a México, entre otras naciones. Como consecuencia, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa encargó una investigación cuyos resultados se hicieron públicos el 23 de marzo de 2010. Según esta investigación era urgente que las agencias de sanidad, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), europeas y nacionales, tomaran medidas para evitar que se

repitiera lo ocurrido en una próxima pandemia, a saber: 1. Distorsión de las prioridades en salud pública. 2. Inversión desorbitada de dinero público en vacunas y antivirales que no han demostrado eficacia. 3. Propagación de la angustia y el miedo entre la población. 4. Exposición innecesaria de la población a riesgos de enfermedad grave o de muerte. (Garza, 2020a).

La bioética ha entrado en juego, espero que no demasiado tarde, para aclarar y transparentar nuestro comportamiento con bases no solo científicas, sino filosóficas, deontológicas y morales, que deben crear conciencia acerca de lo que nos rodea en este momento de crisis existencial en el que nos preguntamos qué está causando el incremento en el número de casos a nivel mundial y sobre todo en Europa, donde con un número menor de enfermos sobrepasan la cantidad de muertes por la enfermedad en China.

Aunque no lo parezca, la mejor forma de actuar ante esta crisis es la transparencia institucional que informe qué está ocurriendo e indique nuestra la situación, tomando ejemplos de la experiencia de otros países donde se producen repuntes de nuevo.

Si persistimos en afirmar que la mortalidad no es alta, que afecta a un porcentaje más bien “despreciable” y no tomamos en serio las medidas que los servicios de salud y el gobierno estatal nos marcan, caeremos en lo mismo que los países europeos, y peor, pues aquí, en este momento, no hay un rebrote, sino un repunte de la contagiosidad que no ha cedido a límites de bajar la curva.

Nuestro comportamiento debe ser solidario con todo ser humano, no solo con lo que nos conviene de manera individual. Ser solidario y equitativo significa que pensar en los demás, en qué podemos hacer como comunidad para enfrenar y disminuir esta tendencia (Garza, 2020b). Debemos valorar si estamos ante una crisis de confianza, además de la angustia y el pánico instalados en la sociedad, y cómo es

necesario enfrentar esta crisis: como seres humanos pensantes, libres y responsables, que necesitamos valorar integralmente la situación.

La respuesta bioética es sencilla; debemos hacer lo que nos sea posible para limitar la contagiosidad de esta pandemia y dejar de ser ciegos ante la evidencia real. Si no lo hacemos se podría prolongar el pánico y vernos involucrarnos en una situación, si desafortunadamente nos llega a tocar, difícil de remediar.

Las epidemias y las pandemias plantean en la sociedad problemas no solo de salud pública también de comunicación. La comunicación en estas situaciones constituye un proceso interactivo de intercambio de información y opinión entre personas, grupos e instituciones; suele incluir múltiples mensajes sobre la naturaleza del riesgo o expresar preocupaciones, opiniones o reacciones acerca de los mensajes del brote epidémico, de los aspectos legales e institucionales para la gestión del riesgo, incluyendo el contexto de la difusión digital. En ese sentido, es importante considerar los principios para la planificación de la comunicación en brotes pandémicos propuestos por la OMS con relación a las consideraciones éticas, en el que la protección de la salud de la población, valor intrínseco del más alto grado, relacionado directamente con el principio de no maleficencia, es para las administraciones sanitarias un imperativo bioético y una obligación respaldada por la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).

La incertidumbre, la confusión social y el sentido de urgencia de la población acompañan el crecimiento de una pandemia que, si no se ataca oportunamente, puede llegar a remover la estructura política del país y la región afectada. Un objetivo importante de la comunicación es ganar la confianza del público. Las estrategias se utilizan permitiendo que las ideas se conviertan en acciones. Dada la repercusión, se deben realizar planes detallados sobre qué comunicar, cómo y quién

debe hacerlo y a quién se debe informar. Además, se han de revisar en repetidas ocasiones para todas las fases de la pandemia y para todo tipo de público.

¿Por qué la bioética? Sin duda esta pregunta se la hizo el doctor Van Rensselaer Potter hacia 1970 ante el hecho de que la biotecnología estaba dominando la Medicina y el humanismo se alejaba de forma peligrosa de la relación médico-paciente, despersonalizando la comunicación, necesaria para edificar la confianza e indispensable en toda relación, aún más cuando de ello depende la salud y la vida de las personas.

Las pandemias, y algunos otros desastres, cambian nuestra forma de pensar y de comportarnos, nuestras decisiones y acciones. Debido a ello, es esencial reflexionar sobre nuestros procesos de comportamiento, personales y sociales. Al respecto, de nuevo hacemos hincapié en la buena comunicación basada en la verdad y la transparencia.

La autonomía no debe contraponerse al bien social; el interés individual tiene que considerar la solidaridad con los demás y sobre todo con los más vulnerables; en el uso de los recursos se debe contemplar dar más a quien más lo necesita (ser equitativos más que igualitarios); la responsabilidad es para la población, no para el individuo.

Por ello se tiene que desarrollar un proceso de toma de decisiones basado en valores sociales y entender que no podemos hacer a un lado cualquier tipo de discapacidad, ante el egoísmo de ser los primeros. Además del énfasis en la verdad y la transparencia, es indispensable realizar intervenciones claras, necesarias y efectivas; por ejemplo, explicar los riesgos y beneficios de tal forma que sean entendibles para todos (Warren, 2020).

La contención de todo tipo, desde el resguardo en casa (confinamiento), el aislamiento y a cuarentena deben cumplirse para evitar la propagación dada la alta contagiosidad de este virus y, así reducir



el elevado número de infecciones sabiendo que alteramos la libertad individual para resguardar el bien de la comunidad.

Ante estas situaciones, el papel de un bioeticista estriba en trabajar para categorizar la toma de decisiones complicadas y ayudar a decidir por las razones correctas. Las respuestas a una pandemia están llenas de dilemas difíciles de aquilatar. Los ejercicios bioéticos acerca de los principios y los valores en juego ayudarían mucho a los responsables de dictar las políticas adecuadas, sin dejar del lado que una vez superada la crisis se pueden valorar, a través de reflexión y análisis y aprender de lo sucedido. Los bioeticistas pueden acordar cómo convertir los valores en guías para entender los lineamientos requeridos ante las circunstancias presentes y, de esa manera, hacer efectivo el conocimiento adquirido con base en la solidaridad, la reciprocidad, la precaución y la utilidad de las restricciones.

A través de la bioética se conectan los valores con las respuestas y la consecuente toma de decisiones; los dilemas existen y no necesariamente hay una opción correcta, sino que se debe ajustar a principios, valores, derechos y certezas en las decisiones que se tomarán.

Cuando no podemos evitar los dilemas, nuestro papel como bioeticistas es asegurar que los tomadores de decisiones tengan la información y las herramientas adecuadas para decidir, reflexionar y actuar. Existen principios bioéticos que nos ayudan a establecer criterios de reflexión, tales como la justicia distributiva, el deber de atender, la utilización solidaria y equitativa de los recursos, la transparencia, la consistencia y la proporcionalidad de la acción. Tomar decisiones reflexivas en tiempos de crisis no es algo contemplado por muchos profesionales de la salud, pues la decisión correcta no es obvia (Berlinger, 2020).

En una pandemia, el valor de la vida y de la salud de las personas cobra una importancia esencial; los conceptos de solidaridad social,

profesionalismo y bioética deben conjuntarse pues son valores esenciales en el proceso de la toma de decisiones y de ellos se debe desprender un equilibrio para tomar una decisión.

#### LA FILOSOFÍA MORAL Y LA ÉTICA DE LA VIDA

Si la bioética marca nuestras acciones y comportamiento, sobre todo en el área de las ciencias de la salud y de la vida, hay que insistir en tres preguntas clave que debemos contestarnos a nosotros mismos:

1. ¿Por qué hago lo que hago?
2. ¿Para qué lo hago?
3. ¿Hacia dónde voy con lo que hago?

Tres cuestiones sencillas que requieren respuestas complejas, en las cuales entra todo un ejercicio mental donde, una vez percibido algo, se inicia un proceso de conciencia que nos llevará a reflexionar antes de tomar una decisión y, una vez tomada, a actuar con libertad. Este proceso parece sencillo, sin embargo no lo es, pues esa reflexión muchas veces no la tomamos en cuenta y la capacidad de decisión, sin un raciocinio adecuado, nos hace olvidar los valores en juego y dejar a un lado ese paso del proceso. Al actuar así tal vez no nos damos cuenta de la importancia que nuestra acción tiene en quienes recae nuestro actuar y no contemplamos el panorama completo, que se produce cuando reflexionamos antes de tomar una decisión.

Van Rensselaer Potter, profesor de Oncología de la Universidad de Wisconsin en Madison, fue el primero que, en el área de la Medicina, usó la palabra bioética. En 1970 publicó un artículo titulado “Bioética, la ciencia de la supervivencia” y en 1971 publicó su libro *Bioética: un puente hacia el futuro*, en cuyo prefacio menciona:

Mi propósito con este libro es contribuir al futuro de nuestra especie humana, con una nueva disciplina [la bioética], para que las dos culturas que parecen no hablarse entre sí: ciencia y humanismo se unan construyendo un puente con esta disciplina. Si la ética constituye el estudio de los valores humanos, debe también implicar acciones de acuerdo con estándares morales; por lo que los valores éticos, no pueden separarse de los hechos biológicos; cada ser humano es único, biológica y culturalmente.

El primer capítulo lo inicia así: “La humanidad está en una necesidad urgente de una nueva sabiduría que nos dé *el conocimiento de cómo usar nuestro conocimiento*, para la supervivencia humana y la mejora en la calidad de vida”. Continúa escribiendo:

Yo asumo la postura de que la ciencia de la supervivencia debe ser construida sobre la ciencia de la biología y llevada más allá de los linderos tradicionales para dar cabida a los elementos más esenciales de las ciencias sociales y de las humanidades, haciendo énfasis en la filosofía en su sentido estricto, con el significado de “amor por la sabiduría”. Una ciencia de la supervivencia debe ser más que solo una ciencia, y, por tanto, propongo el término bioética con el propósito de enfatizar los dos ingredientes más importantes para alcanzar la nueva sabiduría que es tan desesperadamente necesaria: el conocimiento biológico y los valores humanos.

Tiempo después, parafraseando a Potter, surge la biomedicina o bioética clínica, cuyo función es integrar el comportamiento ético a las ciencias de la vida humana ante la amenaza de la biotecnología que, desde 1950, comenzó su carrera sostenida para orientar el conocimiento y la enseñanza de la Medicina hacia la ciencia, iniciando el

camino a la creciente despersonalización en el trato humano con respecto a la enfermedad y que desemboca en el concepto principialista, derivado del utilitarismo filosófico.

Los precursores de la bioética fueron André Hellegers, médico obstetra y Daniel Callahan, teólogo, quienes en 1969 en Nueva York fundaron el Instituto de Sociedad, Ética y Ciencias de la Vida (ahora Hastings Center), con el propósito de estudiar situaciones éticas en la Medicina y en la Biología, además de ayudar a hospitales de la ciudad a manejar los dilemas de la relación médico-paciente.

Diez años después apareció la primera edición del libro *Principios de ética biomédica*, escrito por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, y que después de cuarenta años lleva ocho ediciones (la última en 2019) y sigue siendo el texto esencial para los que siguen el principialismo, que ha hecho famosos y casi universales los cuatro principios de la bioética clínica proclamada por ellos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

El principio de autonomía, el más usado aunque los autores mencionan que no ha sido este su propósito, habla de la autodeterminación del ser humano, quien con su libertad opta por lo mejor para él, aun a pesar de contravenir las indicaciones vertidas para su estado de paciente y lo que la Medicina recomienda, sin embargo, en muchas ocasiones el paciente adolece de una libertad responsable que permita llegar a un común acuerdo entre médico y paciente. Si se logra este acuerdo, se generará confianza, necesaria para cumplir exitosamente con el objetivo del acto de salud.

Hay que entender que, a lo largo del tiempo, la Bioética ha presenciado una serie de dilemas ético-clínicos que solo aparecían antes con dificultad, y que ahora nos presionan para aclarar e iluminar las verdades y los riesgos que debemos encarar para tomar decisiones adecuadas usando nuestros valores personales y sociales. Por eso, la

bioética se apoya en las ideas de varias disciplinas como la Medicina, la Jurisprudencia, la Filosofía, la Psicología, la Sociología y la Teología, entre otras (Castro, 2016).

Si admitimos que la ética es la moral pensada y la moral la ética vivida, podemos establecer que ese conjunto de principios, normas y valores que conforman la ética, nos permiten hacer moral de acuerdo con nuestra conciencia, la cual decide después de reflexionar y luego actúa en forma libre y responsable. Debemos ser capaces de pensar en el otro, en los demás, en quienes recae nuestra acción y así proceder con la finalidad esperada. Vivimos en sociedad y eso nos obliga a tolerar y a contemplar el pluralismo existente, sin embargo, no por eso tenemos que aceptar todo lo propuesto; una cosa es tolerar y otra muy distinta aceptar lo tolerado.

#### PACIENTES CONTAGIADOS CON RIESGO

En el contexto de la pandemia de COVID-19, después del tiempo transcurrido, podemos señalar, desde el punto de vista de la bioética, la necesidad de una constante prevención manteniendo la distancia adecuada, la protección de manos con lavado frecuente, el uso de gel con alcohol del 70 por ciento o más y medidas que protejan las vías de entrada del virus a nivel de la cara: boca, fosas nasales y ojos, usando cubrebocas y lentes o máscaras protectoras, indispensables para no infectarse.

Sabemos la forma de contraer la enfermedad y también la alta contagiosidad demostrada; sin embargo, la baja morbilidad y menor mortalidad nos ha hecho relajar esas medidas. Como consecuencia se han incrementado los riesgos y los contagios y, por lo tanto, el número de personas que requieren asistencia médica hospitalaria, medicina intensiva y respiradores, por lo que el índice de mortalidad también ha crecido.

Ya se mencionaron los conceptos de autonomía y libertad responsable que no se han ejercido de manera correcta, todo lo contrario, la respuesta ha sido de autonomía irresponsable y se ha hecho caso omiso a las indicaciones; se aduce el libre tránsito y el incumplimiento de las medidas con el argumento de que nuestra libertad nos permite hacerlo. Ante esta falta de prevención hemos llegado a situaciones extremas, como impedir la libre circulación y cerrar lugares y empresas que no cumplan con las medidas preventivas, entre otras que frenan la economía del país. Aún no hemos llegado en México a los cierres generalizados, al toque de queda y a la prohibición expresa de circulación, si no hay un motivo serio para hacerlo.

Esto nos lleva a reflexionar si entendemos una valoración razonable del derecho a la vida y a la integridad física como límites de la autonomía personal. Al mismo tiempo, la conducta responsable de la ciudadanía en su conjunto, exigida para el éxito de las medidas sanitarias de emergencia dispuestas, refleja la dimensión individual y comunitaria del ejercicio de la autonomía personal en materia sanitaria, transportada al valor de los demás, ante nuestras acciones. Referirnos a ello implica repensar nuestras actitudes desde el marco de una defensa de la vida humana, de la libertad responsable, de la solidaridad y de la subsidiariedad. Nuestro bien individual depende del bien de la comunidad, por lo que la solidaridad va en razón directa con ello; al igual que la subsidiariedad es un principio que nos invita a dar más a quien más lo requiere, es encontrar la diferencia entre igualdad y equidad; no es lo mismo dar a todos por igual, que dar al necesitado un mayor apoyo y consideración, siendo equitativos, en una forma integral (Pucheta, 2020).

Jorge Lafferriere (2020) señaló las inequidades sociales existentes a pesar del acceso a la salud pública y manifestó que, si bien el virus puede llegar a cualquier persona, el riesgo para la vida nunca será el

mismo. La preocupación por el otro no es algo que caracterice la sociedad actual; sin embargo, el miedo a contraer la enfermedad y que llegue a la familia parece impulsarnos a ser más solidarios y tal vez cambie la forma de relacionarnos en esta nueva normalidad. Además, afirma que toda persona, independientemente de su edad o capacidad funcional, merece acceder a la atención médica y demás cuidados de salud.

La realidad es que existe discriminación, a veces velada, con respecto al acceso a la atención médica en pacientes contagiados, pero también en los no contagiados que requieren de los servicios médicos y necesitan hospitalizarse. Por ejemplo, menospreciamos la atención al contemplar algún tipo de discapacidad, que a veces es más subjetiva que objetiva y, en forma inconsciente, nuestras acciones se encaminan a los que parecen no estar en esas condiciones, a pesar de que a veces, al tasar probabilidades, lo que hacemos es dar niveles a la dignidad humana, cuando todo ser humano posee la misma dignidad (Savin y Guidry, 2020).

Hay situaciones en las cuales se debe entender que, si bien no queremos que nuestra dignidad sea dejada a un lado, es necesario reflexionar y actuar basándonos en nuestra condición, en específico de acuerdo con la edad y las comorbilidades que contribuyen a hacer la infección más agresiva.

Larry Churchill (2020) lo describe dejando claro que es obligación de las personas reflexionar acerca de la posibilidad y entender nuestro papel en dichas circunstancias. Ante la pregunta de si la edad avanzada establece obligaciones especiales ante la pandemia, la respuesta es sí. Manifiesta su posición desde el avance ético de la vida de la persona, pues el comportamiento debe explicarse de acuerdo con la etapa de la vida, donde bajo las mismas circunstancias y exigencias, hay variación en las decisiones y en las acciones. Independiente de su espíritu utilitario,

Churchill, quien dice que a los más de setenta años ya no está para exigir, sino que por gratitud hay que dejar que otros usen los recursos y él hacerse a un lado; establece algunos criterios que vale la pena considerar, no solo por la edad avanzada, sino por ser equitativos con los demás ante situaciones extremas, como las que vivimos en esta pandemia:

1. En lo posible, mantenerme sano para no necesitar atención médica.
2. Pensar en la posibilidad de infectarme y tomar todas las medidas preventivas descritas, evitando exposiciones innecesarias.
3. Evitar el uso de los medios de atención a la salud, controlando mis enfermedades lo más posible, asegurándome que lo que siento y me hace ansioso, puede estar solo en mi mente y no en mi biología, o puede ser pospuesto para más adelante.
4. Evitar la tendencia a que me hagan pruebas diagnósticas ante el más mínimo signo de posible síntoma.
5. Seguir al pie de la letra las indicaciones médicas para no llegar a la hospitalización, pues pueden estar saturadas las instalaciones, a menos de que sea recomendable, por mi salud o por el riesgo de contagio a otros.
6. Si estoy hospitalizado, seguir las recomendaciones en forma estricta para no ser internado en cuidados intensivos y usar respirador.
7. Con las vacunas, no decir que me la administren primero, sino esperar turno con la tranquilidad de que ya se ve el final del camino para controlar la infección. (párr. 8)

#### ACTITUD MORAL ANTE LA PANDEMIA

Hace varios meses escribí un ensayo acerca de la situación que estamos viviendo y que no acaba de entenderse adecuadamente, pues nos coarta la libertad y el derecho a reunirnos como lo hacíamos; al respecto, me permitiré resumir algunas consideraciones incluidas en ese ensayo.



En esta crisis todos somos víctimas y todos somos en cierta manera responsables, en muchos casos, cargamos una culpa, casi siempre por interpretar superficialmente la información y los conocimientos adquiridos desde que nos enteramos de la enfermedad COVID-19. Nos insisten en que todo se ha transformado a partir de enero de 2020 en el mundo y que debemos cambiar; si las circunstancias son otras, debemos renovar también nuestras conductas y actitudes. Al respecto es importante aclarar que los principios bioéticos y morales no cambian a pesar de las circunstancias; y si estas son extraordinarias y fuera de lo común, con más razón es indispensable reflexionar y actuar de acuerdo a nuestros principios y valores.

Nuestras actitudes y conductas deben prevalecer ante la adversidad y hacerse más fuertes: actuar tras una reflexión y ejercer una libertad responsable. Nuestro deber como profesionales de la salud es el bien de los pacientes y de la comunidad y esto debemos cumplirlo con respeto a la vida y a la dignidad de toda persona, pues nuestra moralidad está en juego. No podemos olvidar tampoco la solidaridad, que nos empuja a buscar ese bien para la comunidad a través de liderazgo en el servicio y de una humildad que fortalezca la obligación hacia nuestros semejantes en una forma integral: biológica, emocional, relacional y espiritual; pues el bien de todos incluye el nuestro propio.

Las virtudes también toman parte importante en el servicio y la calidad de la atención. Hemos adquirido un conocimiento que nos obliga a cuidar y a atender al prójimo, también hicimos un juramento voluntario esencia de nuestro profesionalismo, que nos demanda dar atención a los pacientes, pero también de protegernos ante la adversidad que esta pandemia representa como resultado de nuestra labor; recordemos que la comunidad confía en nosotros y no debemos defraudarla (Garza, 2020c).

¿Nos tardamos en empezar a hablar de la bioética en nuestras acciones? ¿Debemos tomar la bioética como una guía o compás moral y dejar que tome el sitio que corresponde en este trabajo en equipo? El doctor Julio Frenk, rector de la Universidad de Miami, comentó que esta crisis es de todos y es deber de todos concientizarse en ella, tomando en cuenta dos cuestiones fundamentales: la primera es que el problema no es de los contagiados o de los profesionales de la salud, sino de salud pública y es indispensable establecer políticas públicas que dicten cómo trabajar y actuar, y la segunda es que la comunicación debe ser completa y fiable para que, entre todos, se establezca la verdad.

Una emergencia de salud pública puede obligar a cambiar la práctica de los profesionales de la salud al modificar los estándares de atención, de tal manera que hayan de priorizar su deber hacia la comunidad sobre los deberes de respeto al individuo. No obstante, siempre estarán obligados a buscar alternativas de tratamiento, a no abandonar al paciente, a aliviar su sufrimiento y a procurarle la mejor atención disponible, según los protocolos diseñados para atender la situación. La tensión producida por estos dilemas bioéticos se manifiesta como “sufrimiento moral” entre los profesionales y falta de equidad entre la población que, además, percibe cierta ausencia de respeto por la dignidad y los valores sociales. Ante esto, debemos preguntarnos qué vamos a hacer, pero pocos reflexionaremos sobre nuestras ideas y sobre cómo reaccionar antes de determinar la manera en la que actuar.

#### LAS DOS CARAS DEL SUFRIMIENTO

La palabra *burnout*, (agotamiento en español) empezó a usarse en Estados Unidos en la década de los setenta para referirse a la etapa final de la drogadicción. En 1974, el psicólogo Freudenberger la utilizó para referirse al estado en el que se encontraban él y los empleados de su clínica al tratar a pacientes drogadictos, por el esfuerzo inusual que

suponía su acción terapéutica y lo estresante que era ese trabajo física y psicológicamente (Wible, 2019).

El término agotamiento médico apareció en 1981 y, después de estos años, sigue siendo un aspecto importante del desgaste en el quehacer humano, que empeora con la pandemia, y vemos efectos que nos mueven a manifestarlo. Cuando los médicos hablamos de esto, lo aceptamos y llegamos a pensar que sentir desgaste, angustia, debilidad generalizada y estar físicamente mal y psicológicamente abatido es imposible, no nos puede suceder, no responder al servicio de atención de pacientes, no es ser médico.

En este tiempo de pandemia hemos aprendido que ese desgaste estará presente en forma constante en nuestros hospitales; al atender a pacientes durante mucho tiempo, vigilar su estado esperando que no se vuelva crítico y haya que trasladarlo a cuidados intensivos y colocarle un respirador, al enfundarse en trajes especiales y al mantener la esperanza de no contagiarse y no pasear al virus y llevarlo fuera del hospital y a nuestras familias. Todas son circunstancias extenuantes.

También hay que cuestionarse qué pasa si enfermo y no me va bien, qué quiero que me suceda al acudir a tratamiento y qué información me gustaría tener o cómo desearía que me trataran. De acuerdo con la teoría, en bioética se hará todo lo posible en beneficio de los pacientes, pero quién me asegura que no seré del grupo de los que hacen para un lado para así poder salvar a otros.

Al brindar la bioética la oportunidad de analizar nuestro comportamiento, es necesario entender la racionalización de nuestra actitud con respecto a los demás, pues ellos son los que reciben el efecto de nuestras acciones de forma positiva o negativa; son los que van a calificarnos y el resultante es nuestra moralidad, que puede aumentar o disminuir por dicho resultado. No se vale calificarse a sí mismo y decir que se es bueno; son los afectados por nuestras acciones quienes lo deciden.

El doctor Adam Brenner describe los posibles efectos duraderos de su trabajo actual: "No sé cuánto tiempo puedo seguir haciendo esto. En mi mente voy a hacerlo, voy a estar allí, pero será muy difícil volver al trabajo después de que esto termine" (como se citó en Jackson-Meyer, 2020). Hay quienes hablan sobre el daño moral sufrido ante las decisiones de racionar, o ante la carencia de recursos para seguir cumpliendo con su trabajo.

La angustia (distrés) moral fue definida por primera vez por Andrew Jameton en los años ochenta, refiriéndose a las repercusiones mentales y morales experimentadas por las enfermeras a las que se les impedía brindar una atención adecuada, generalmente debido a restricciones institucionales. "La angustia moral surge cuando uno sabe lo que es correcto hacer, pero las limitaciones institucionales hacen que sea casi imposible seguir el curso de acción correcto" (como se citó en Jackson-Meyer, 2020)

Puede ocurrir en dos etapas: la "angustia inicial" sucede en el momento del problema, mientras que la "angustia reactiva" se manifiesta más tarde; después de que el estrés reactivo se disipa, puede dejar un "residuo moral" que causa un efecto acumulativo de estrés negativo (como se citó en Jackson-Meyer, 2020).

El filósofo y eticista Stephen Campbell (2016) proporciona una visión más amplia de la angustia moral, la cual define como "una o más emociones autodirigidas negativas o actitudes que surgen en respuesta a la percepción de la participación de uno en una situación que se percibe como moralmente indeseable".

Es importante establecer que la angustia o distrés moral ocurre en tres fases: la moral, la psicosocial y la espiritual; cada una de ellas diferente, aunque a veces se empalman y deben ser manejadas en forma conjunta, sin dejar de enfatizar la fase que causa más problema.

Nadie es inmune a este desgaste que se puede confundir con la

depresión, pero que debe diagnosticarse claramente para establecer un tratamiento adecuado. El impacto del desgaste es importante física y mentalmente; pero aún lo es más desde el punto de vista moral y espiritual, pues mina el espíritu y demanda atención integral.

El estrés moral no es exclusivo de los profesionales de la salud, también lo desarrollan los pacientes y sus familiares. Sin embargo, es primordial identificar su presencia en los trabajadores sanitarios y manejarlos de inmediato; debemos proteger a los cuidadores, quienes deben estar serenos y alertas ante los cambios que la enfermedad provoca en sus pacientes, y evitar que ambas partes estén en malas condiciones morales para poder seguir adelante con las tareas de tratamiento, recuperación y mejora de pronósticos.

#### LA PANDEMIA Y LA BIOÉTICA

En nuestro país se cuenta con un modelo innovador en bioética que comprende comisiones estatales y comités hospitalarios de bioética, comités de ética en investigación y cuerpos consultivos en el ámbito de la atención y la investigación en salud, los cuales asumen un rol muy significativo en un contexto de pandemia (Comisión Nacional de Bioética, 2020).

La perspectiva bioética debe asegurar la protección de los derechos de los pacientes y sujetos de investigación; dar cauce a la innovación y al desarrollo tecnológico en salud, con perspectiva social y consolidar sistemas epidemiológicos y de investigación para fortalecer medidas de prevención y promocionar de la salud.

Es relevante preservar la intimidad de los afectados por la pandemia; cualquiera puede enfermarse y no nos gustaría andar en boca ni en las redes sociales. Por supuesto, habrá quienes aparezcan en entrevistas difundiendo lo que les pasó, lo que sintieron y cómo evolucionaron; se trata de una decisión individual y hay plena libertad de hacerlo.

Con el título “Cuidar al otro” el Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV, México) desarrolló una reflexión sobre la humanización de la salud en época del COVID-19. Por su importancia, me permito sintetizar algunas de sus ideas: 1) La bioética del cuidado comienza en la familia; 2) La bioética del cuidado es la base para una auténtica promoción del bien común de la comunidad política; y 3) La necesidad de una bioética global en momentos donde están en riesgo aspectos importantes de la casa común.

Al acercarnos a nuestro prójimo, en este caso el enfermo, entramos en un desafío con nosotros mismos, en una relación que depende de acciones entre dos dignidades que además afectan a otras personas alrededor nuestro. Cuidar al otro manifiesta un aspecto de comportamiento que sirve para completarnos en “ese otro” y poder dirigirnos a la finalidad de entender el valor de toda la humanidad, que ahora está en juego (Aguilar Viquez, *et al.*, 2020).

La salud es un bien precioso que posee una dimensión moral indudable, y aun cuando está por debajo del bien o valor mayor que es la vida, van de la mano, sobre todo en estos momentos en que nos encontramos ante un padecimiento que abarca el concepto de alteración biológica, así como las esferas emocional, relacional y espiritual y que ha transformado nuestras acciones en verdaderas realizaciones ético-morales, las cuales nos responsabilizan de proteger, aliviar, consolar y, si es posible, curar.

El objetivo de estas consideraciones bioéticas es ir tras el bien común a través de una reflexión sobre la vida de otras personas, entender que la responsabilidad es compartida entre todos los componentes de la sociedad: personal de salud, pacientes, sus familias, amistades, la institución de salud, la sociedad civil y las instancias de gobierno, entre otros; los cuales deben trabajar en conjunto para establecer todos los mecanismos necesarios que nos lleven a controlar esta pandemia

y resolver las situaciones de salud, dolor y sufrimiento de todos. Aquí es donde esa equidad y subsidiariedad entran en acción para delimitar acciones y responsabilidades.

Hay que poner atención a esta subsidiariedad, indispensable para establecer no solo una igualdad en trato, sino una equidad para dar una mayor atención a los más necesitados, a los vulnerables de la sociedad y así establecer el bien común, fundado en consideraciones humanas, más allá de lo que egoístamente suponemos se debe hacer ante la escasez de los recursos, pensando en construir niveles de atención de acuerdo a una utilidad social mal entendida, donde se cree que hay categorías de enfermos y se elige quiénes merecen ser tratados y quiénes no.

Charles Péguy (1993) nos recuerda: “La caridad (amor) es un hospital, un sanatorio que recoge todas las desgracias del mundo. Pero sin esperanza, todo eso no sería más que un cementerio”.

Todo esto implica hablar acerca de la bioética organizacional en salud: por largo tiempo se ha considerado como la suma de la ética de los profesionales de la salud, más la ética de los pacientes y familiares; sin embargo, dejamos pasar por alto el valor moral de todos los involucrados en la prestación de servicios de las instituciones de salud.

Este concepto, que tiene aproximadamente quince años de desarrollo, debe ser recordado en momentos como este, ya que en ocasiones se hace una diferencia entre quienes atienden a los pacientes con COVID-19 y los que no están en primera línea de acción. Esto es erróneo, pues en una institución de salud todos tenemos obligaciones y derechos, que no entienden de cercanía con el virus, porque la alta contagiosidad del mismo hace que el riesgo sea inherente a la presencia en la institución, no en la acción desempeñada. Nos equivocamos si no consideramos que hay un riesgo latente al participar en actividades profesionales (y considero profesionales a todos, no importa sus atribuciones y labores: intendentes, técnicos, administrativos, personal

de enfermería, médico(a)s), en instituciones donde se atienden pacientes con esta enfermedad. Sobra decir que la dignidad y respeto hacia todos es el mismo y deben ser tratados por igual, sin discusión. Tomar todas las precauciones es indispensable, pero también ante los riesgos ser congruentes con la realidad humana y no descartar a nadie, por motivo alguno.

Los desafíos en el área de la salud están presentes en forma constante, especialmente en tiempos de adversidad. Cuando tratamos con el sufrimiento humano nuestro comportamiento, aunque éticamente debiera ser igual, se transforma y nos compele a desarrollar una mayor reflexión antes de tomar una decisión.

Lo cierto es que, como humanos, los profesionales de la salud experimentamos ese estrés e incertidumbre al momento de tomar decisiones. Por eso se ha hecho un esfuerzo por establecer una bioética organizacional que debe partir de los comités hospitalarios de bioética para ayudar en la toma de decisiones en las instituciones. Se ha desarrollado un proceso de toma de decisiones basado en valores, que implica la ayuda y el consejo de los bioeticistas para escudriñar en los dilemas que provocan esa incertidumbre y acompañen a quienes tienen que resolver en su búsqueda de la decisión más apegada a los valores y los principios de la salud y de la medicina.

En una forma simplificada, este proceso se puede explicar a través de dos fases: la primera parte de un encuadre donde se conocen los hechos y los participantes en la decisión, se clarifican las perspectivas de todos y se identifican los valores en juego. La segunda fase es de resolución e implementación, aquí se consideran las alternativas con sus pros y contras, se reflexiona acerca de lo encontrado, se comparten ideas, se toman decisiones basadas en los beneficios y los daños, se implementa la acción y se determina quién o quiénes la van a realizar, sus beneficios y riesgos y de cómo y cuándo se va a comunicar (Garza, 2017).



Ante una emergencia como la que vivimos es evidente que se debe hacer todo lo posible para beneficiar al mayor número de personas involucradas en el proceso. Para ello, y a partir del marco de referencia de la bioética clínica, podemos considerar: a) El deber de atender (cuidar), con fidelidad, humildad y entereza a una persona de manera integral y tratando de eliminar su sufrimiento, respetando su dignidad, sus derechos y preferencias. b) El deber de promover la moralidad al actuar y la equidad en los riesgos y beneficios para la persona y para la comunidad.

La insistencia de promover el bien de la comunidad sobre el de la persona es algo común en estas circunstancias y causa mucha tensión y dolor moral en los que deciden, pues saben que deben tomar la mejor decisión posible. Ante el escenario del COVID-19, la tensión de autoridades que han tenido poco que ver con situaciones clínicas urgentes hacen más difícil este proceso.

#### LA PLANEACIÓN COMO DEBER

La bioética entra en juego cuando la crisis nos lleva a “tener que hacer lo correcto” y no sabemos cómo proceder para evitar los conflictos. En esos momentos surgen los cuestionamientos sobre cómo manejar la incertidumbre, hasta dónde vamos a llegar, cómo colaborar con la autoridad y defender a los profesionales de la salud y cómo tratar a los pacientes y familiares.

#### *El deber de proteger*

Proporcionar seguridad a los profesionales de la salud, a los pacientes, a sus familiares y amistades y a los más vulnerables es primordial. De la misma manera, hay que romper las barreras que impiden recibirlos y atenderlos.

### *El deber de guiar*

Es esencial establecer políticas y procedimientos que permitan contemplar el desempeño de la institución y valorar la calidad, la seguridad, la atención clínica, la educación y la orientación.

El discernimiento ante acciones de salud en una emergencia no solo es científico, también es moral, en igualdad de circunstancias. Por eso deben tenerse en cuenta principios y valores bioéticos; no admitirlos lleva a consecuencias serias como: pérdida de confianza, baja moralidad (actuar con temor o desesperación) en los profesionales de la salud, confusión acerca de las acciones que se deben desarrollar y las responsabilidades, la estigmatización de los vulnerables y, sobre todo, la desinformación.

Para establecer un equilibrio entre la ciencia clínica y la bioética es necesario considerar valores como responsabilidad, inclusión, apertura, transparencia, razonamiento, equidad, libertad responsable, privacidad e intimidad, proporcionalidad, no hacer daño, reciprocidad, prudencia y confianza, y de esta manera enfrentar esta crisis con la certeza de que hacemos lo necesario (Thomson *et al.*, 2006). Las decisiones deben tomarse bajo la perspectiva del interés de todos los pacientes en el hospital y no solo de los pacientes con coronavirus.

Introducir el aspecto bioético en este proceso y en el contexto de la pandemia es muy valioso. Por eso es necesario incluir a los comités hospitalarios de bioética (CHB), pues ayudan a la prevención y resolución de conflictos y son esenciales para las autoridades que deciden. Lo que está en juego no solo es el bienestar económico de nuestra sociedad, sino la vida y salud de muchas personas, especialmente de las más vulnerables (Comité de Bioética en España, 2020a).

Enfocar estas situaciones desde la bioética organizacional presenta dos instancias que derivan de la misma fuente: los comités hospitalarios de bioética, que apoyan a las direcciones de los hospitales en las

cuestiones morales de la organización, con sus tres funciones fundamentales: educativa, normativa y consultiva y la consultoría bioética institucional, donde un grupo preparado de bioeticistas funge como consultor o mediador ante los conflictos o dilemas que ocurren dentro del hospital. Ambas son imprescindibles para enfrentar las necesidades y proteger a las personas involucradas, optimizar la atención en salud y asegurar a la comunidad que existe veracidad y transparencia en la toma de decisiones.

Los criterios que deben ser tomados en cuenta son: facilidad para contactar a los miembros del CHB, de preferencia bioeticistas y médicos voluntarios disponibles para entrar a estos procedimientos de toma de decisiones bioético-clínicas; el desarrollo de las vías por las cuales estos puedan participar en todas las instancias clínicas desde el triage, los niveles de contingencia hospitalaria en la atención, los cuidados intensivos y la protección de los recursos, primero humanos y luego materiales. Aparte, pueden participar en tareas de salud pública y elaborar políticas y procesos bioético-clínicos para afinar el procedimiento.

Las funciones de los CHB son: colaborar con los equipos de triage y ayudar en las decisiones bioéticas-clínicas, sobre todo en disyuntivas como la de “quién debe internarse y dónde”; revisar, junto con el área legal y de cumplimiento (compliance) de los hospitales, las leyes, normas y reglamentos expedidos por las autoridades gubernamentales y así actualizar las políticas hospitalarias de atención a los pacientes; liderar los procesos de toma de decisiones basadas en valores que beneficien al hospital, a los pacientes y familiares (consultoría bioética y mediación) y revisar y actualizar los procesos del CHB, para apoyar a las circunstancias cambiantes que la crisis presenta, sobre todo en relación con los recursos perecederos, control epidemiológico y restricciones de visitantes, entre otros. (COVID-19: Supporting Ethical Care ..., 2020).

## LA BIOÉTICA EN LA COMUNICACIÓN

Una información completa, veraz y transparente debe de existir en la comunicación entre las distintas instancias que actúan en sintonía para manejar una pandemia como la actual. En el terreno científico, descubrir el virus SARS-CoV-2 y mostrar sus características nos ha inundado de información, con un buen componente de seudoinformación que distrae y causa intranquilidad, desde el origen del virus, características de patogenicidad, vías de entrada, peligrosidad y la certeza de que podemos controlarlo (curarlo) en nuestro organismo y eliminarlo. No se diga cuando nos referimos a su (o sus) tratamiento(s) que dicen están confirmados; desde los maravillosos, hasta los discretamente comprobados, pero que incitan a un acaparamiento de medicamentos.

Para contrarrestar esto es necesario hacer visibles los buenos comportamientos y no compartir imágenes de los malos. Es mejor dar recomendaciones concretas en lugar de abstractas y personalizar ejemplos para tener mayor impacto; en este sentido, hay mucho que aprender. Además, también se debe controlar la ansiedad ante la ola de información que nos llega y enfatizar lo siguiente:

- Es natural estar preocupados por la situación.
- Es sano compartir emociones, dialogar, platicar y reflexionar.
- Hay que evitar aquellas actividades que bajan la ansiedad solo de manera temporal y superficial.

Asimismo, hay que gestionar la incertidumbre teniendo en cuenta los siguientes puntos:

1. No subestimemos nuestra capacidad de sobrepasar dificultades y sobreponernos a lo que parece atraparnos.
2. Hay que enfocarse en lo que está bajo nuestro control.

3. Tomar decisiones con calma y orientar nuestro esfuerzo a la solución de problemas, poniéndonos en los zapatos de los demás y apoyarlos en lo que podamos (Ibarra, 2020).

La bioética está, por tanto, plagada de este tipo de elecciones trágicas donde cualquier decisión sobre la distribución de recursos afecta de manera sustancial a la vida de las personas pues la elección no resulta ser entre un mal y un bien, sino más bien entre dos males. (Puyol González, citado en Comité de Bioética en España, 2016).

Muchas veces brindamos nuestra opinión sobre un caso con la mejor voluntad, con la información que circula y podemos tener dos o más tipos de información opuestas, que aprueban hechos y al mismo tiempo niegan otros factores, casi nunca con la certeza de lo que estamos informando. Esto produce efectos indeseables y se pone así en un predicamento a otras personas, pues sus ideas y afirmaciones pueden no concordar con las nuestras.

Esta sensación de no poder hacer o comprender lo que es correcto, produce estrés moral, que afecta grandemente a los involucrados. Por tanto, es necesario vigilar nuestro comportamiento al comunicarnos y establecer una información congruente, que no exaspere a los demás y que no suene categórica cuando no lo podemos sustentar, a pesar de “casi” estar seguros de esa información. (COVID-19: Supporting Ethical Care..., 2020).

No debemos confundir o definir mal aquello sobre lo que no tenemos una plena seguridad basada en evidencias: “el tratamiento ideal es”, “ya tenemos una vacuna”, “estamos ya por salir de la situación” o “ya estamos curando a los enfermos” (Fineberg, 2020).

El peligro de la desinformación es una realidad y sucede todos los días. En la práctica diaria, ocurre que nos sorprende una nove-

dad científica, que parece estar bien fundamentada y resulta que horas después o al día siguiente, ya está refutada; pero mientras tanto la hemos hecho circular a diestra y siniestra, tratando de abarcar, con esta nueva información, a la mayor cantidad de nuestros contactos.

Laurie Garret, ganadora del Premio Pulitzer y autora en 1995 del libro *The coming Plague. Newly Emerging Diseases in a World out of balance*, mencionó recientemente en una entrevista:

La desinformación que aparece es increíble y en muchos casos proviene de periodistas o de políticos, pues piensan que escuchan bien, pero malinterpretan lo que oyeron. Que si los jóvenes se enferman tan poco, que no hay problema en seguir haciendo lo de siempre, solo los de arriba de sesenta años se enferman en serio y se hospitalizan, así lo dijeron las autoridades sanitarias; entonces los de menos de sesenta años, sigamos saliendo, reuniéndonos y actuando como si nada; o los que ya están recuperados de la enfermedad, actúen como siempre, al fin que ya están inmunes y no se enfermarán de nuevo, además después de catorce días, ya no van a contagiar a nadie; y así desde curas maravillosas hasta intrigas fantásticas de quienes quieren dominar el mundo o más. (Mirsky, 2020).

Otro aspecto que debemos contemplar es el de la tecnología digital y la inteligencia artificial, avances que muchas veces deslumbran por lo moderno de sus conceptos, pero no comprendemos que puede ser experimental, que los resultados no necesariamente son certeros, sino que tienen una amplitud de alcance que no asegura resultados fidedignos. Son herramientas valiosas para tomar decisiones, pero manejan márgenes de error, sensibilidades y especificidades a las que somos

ajenos y pensamos que su exactitud es irrefutable. La idea es que ayuden a mejorar nuestros conocimientos, pero debemos entender que ni la digitalización ni la inteligencia artificial van a acabar con el coronavirus; esto se conseguirá con las personas trabajando y puliendo estas herramientas. La transparencia y la rendición de cuentas son los principios sobre los que debe asentarse la digitalización en torno a la pandemia de COVID-19.

La ética del algoritmo no es universal y no la puede determinar un científico de los datos, ni un diseñador en forma aislada, tampoco un legislador, sino alguien capaz de valorar lo necesario para establecer las ecuaciones que permitan llegar a algo más real.

La tecnología debe ser un soporte, no un reemplazo del humano y quienes se erigen en actores principales para su desarrollo promoviendo la innovación y aquellos que toman decisiones sobre cómo aplicarla y cuándo, deben hacerlo desde el respeto a los derechos fundamentales; partiendo de la evidencia científica y de información veraz y contrastada (Leucona de, 2020).

Durante las emergencias de salud pública, la orientación bioética primaria de la Medicina cambia de los pacientes individuales a las poblaciones y, de esta forma, aumenta la responsabilidad de la comunidad médica de proporcionar al público la información sanitaria necesaria. Esta nueva enfermedad presenta un problema especial a este respecto, ya que las poblaciones con mayor riesgo de contraer y experimentar los peores efectos del virus también corren el riesgo de obtener una educación sanitaria inadecuada; por lo tanto, los comunicadores deben ser explícitos cuando la información es incierta o es probable que cambie, pues no está comprobada.

## HUMANISMO Y DIGNIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Ningún valor es suficiente por sí solo para determinar qué pacientes deben recibir recursos escasos o no recibirlos. Por lo tanto, la asignación justa requiere un marco bioético de valores múltiples que se pueda adaptar, dependiendo del recurso y el contexto en cuestión [y entre ellos] maximizar los beneficios, tratar por igual, promover y recompensar el valor instrumental y dar prioridad a los más desfavorecidos (Emanuel *et al.* 2020).

La comunicación con los pacientes y sus familiares es esencial para educar e informar las decisiones tomadas sobre su estado de salud. Hay mucha indignación acerca del papel de los profesionales de la salud y su participación en la emergencia de la COVID-19. Es pertinente aclarar que la vocación de los profesionales está fuera de duda; una vez que se gradúan están en educación continua y el espíritu de servicio los conmina a ayudar a las personas enfermas y necesitadas; sin embargo, no podemos negar que en muchas ocasiones las herramientas que requieren para su acción y su protección no son las más adecuadas y, al estar en riesgo, es imposible evitar un temor real a contagiarse, como ya ha sucedido en múltiples ocasiones en todo el mundo. Aun en los mejores centros hospitalarios especializados en procesos infecciosos puede ocurrir que no haya los suficientes recursos materiales por exceso de pacientes.

Esperemos que el racionamiento de los recursos no suceda y que logremos pasar la cresta de la infección sin llegar a situaciones desastrosas; pero hay que recordar que la información y la comunicación son muy importantes. Hay que difundir las situaciones positivas y no desinformar con datos negativos que no nos constan y no podemos probar.

Hay que prever los dilemas a los que se enfrentan los profesionales de la salud y optar por la toma de decisiones basada en la moral y



los valores, para tratar de solucionarlos lo antes posible y adquirir los recursos necesarios para que puedan cumplir su función. Estamos expuestos a la falta de suministros, de personal y a posibles saturaciones de los hospitales, por lo que la planificación, en busca de soluciones prácticas, es indispensable.

Cabe destacar que, así como pasa con otras enfermedades, la posibilidad de la inutilidad de los esfuerzos sucede, pues no logramos ninguna mejoría, entonces hay que hacer un alto; no se trata de interrumpir los tratamientos, sino de plantearnos esa desproporción con la que estamos intentando salvar una vida, que ya no es vida. Es por eso que la asesoría bioética es indispensable, pues da la confianza al personal de salud y su familia de que se hizo lo posible y que en ese caso ya solo queda esperar el desenlace.

La evaluación de los recursos disponibles implica crear una estrategia de planeación, por ello se requieren criterios claros que ayuden a resolver situaciones de emergencia que, aun así deben ser solucionadas en equipo y con la invaluable ayuda de un bioeticista, pues es quien plantea los valores en juego en el momento de tomar una decisión difícil, pero necesaria. (Observatorio de Bioética y Derecho, 2020).

Pandemias como esta pueden plantear un dramático desequilibrio entre medios disponibles y necesidades de atención por parte de la población. Si la demanda de recursos y servicios asistenciales supera enormemente a la oferta de medios disponibles, el dilema de decidir quién puede ser el destinatario de estos medios imprescindibles debe dirimirse siguiendo estrictamente criterios bioéticos bien fundamentados, que promuevan la correcta aplicación de los mencionados principios, sin caer en discriminaciones injustas. (Comisión Nacional de Bioética en México, 2020).

En situaciones extremas, nos podemos encontrar con dilemas como a qué paciente intubar, a quién poner en el respirador o quién requiere más esta cama de cuidados intensivos. Si así sucede, es necesario planear de una forma bioética y con total respeto a la dignidad de todo ser humano, sin preguntarse por la edad o la utilidad del paciente y establecer criterios basados en pronósticos y posibilidades de sobrevida real ante las situaciones terminales. De nuevo utilizamos el concepto de proporcionalidad de los tratamientos, con la idea de no llegar a esa inutilidad (futilidad) de los esfuerzos, en relación con otras personas en similares condiciones. Todo esto, implica un gran reto bioético.

#### LA DIGNIDAD Y LA ESPIRITUALIDAD DE TODA PERSONA

La muerte de pacientes por COVID-19 y sus complicaciones no es buscada, ni tolerada siquiera, sino que es sencillamente inevitable cuando ya se ha hecho todo lo posible. Si aplicamos con rectitud los valores exploraremos todas las alternativas, incluyendo traslados a otras instituciones donde sí haya cabida, antes de pensar en escoger entre la vida y la muerte.

Aquí es donde necesitamos ampliar los conceptos y hablar de las emociones, las relaciones y la espiritualidad, que son parte intrínseca de nuestra dignidad como seres humanos y que se deben contemplar, en igualdad de circunstancias, que los aspectos biológicos y fisiopatológicos. Aún más cuando tenemos enfrente los reclamos de familiares que no pueden ver al paciente ni siquiera tras su fallecimiento.

Ese acompañamiento lo debemos precisar dentro del campo de los cuidados paliativos, que, en su esencia multidisciplinaria, tienen un componente bioético muy importante y la asesoría en este campo es esencial; ese apoyo moral es necesario y requiere un planteamiento para la toma de decisiones. Cuando la situación parece rebasarnos tenemos que echar mano de herramientas bioéticas, como la asesoría de

un bioeticista que sea capaz de mediar entre el personal de salud, ya de por sí desgastado y abrumado, y la angustia y el dolor de la familia (Tudela, 2020).

Seguramente conocemos casos en donde los familiares sufren por hospitalizar a un ser querido y enterarse de que ya no lo podrán visitar o ver. Esta situación los lleva a una angustia mayor al preguntarse cómo saber del paciente y cómo sabrá él que se preguntó por su estado de salud y que su familia quiere verlo pero no puede. Historias reales, cercanas o lejanas que nos hacen pensar qué pensaríamos o sufriríamos si nos viéramos en estos trances. No es posible saberlo, sino hasta que suceda. A lo largo de estos meses, me ha tocado saber y pasar por estas circunstancias: información remota, imposibilidad de ver al familiar incluso por medios virtuales y no poder dar ánimo y confort.

Sabemos que hay defectos en los sistemas hospitalarios que han llevado a contagios desafortunados de profesionales de la salud, pero también de familiares de pacientes que, con COVID-19 o sin ella, están internados en hospitales donde es necesario llevar medicamentos, alimentos y ropa, pero sin posibilidad de ver a sus familiares, a veces con otras enfermedades, y terminar sucumbiendo por esta enfermedad.

Tenemos multitud de afectados por este evento que afecta a terceros: pacientes, familiares o profesionales de la salud que, directa o indirectamente sufren, aparte de la separación y la negación de comunicación, la probable infección, que de otra manera pudieron haber evitado (Sánchez García, 2020). Aún más cuando el paciente fallece y no ha habido oportunidad de una despedida decorosa, esa familia sufre y ni siquiera podrá ver el cadáver de su ser querido.

Ante estas situaciones, sucede que no nos hemos puesto de acuerdo en ciertos aspectos como qué pasa con los cadáveres. Mucha polémica han desatado las políticas implementadas en otros países como la prohibición de acercamiento, no enviarlos a funerarias y la cremación

inmediata. Existen lineamientos en algunos estados donde aún el problema no es tan evidente (no podemos asegurar que en realidad sí lo sea), pero ante esto, la población reacciona y hace reaccionar a los hospitales y a las autoridades y como resultado se tiene un popurrí de normativas que se contradicen entre sí.

Valga el ejemplo de una controversia jurídica por definir con respecto a reglamentos mexicanos que prohíben la cremación por motivo de identificación de personas desaparecidas, situación muy común en los últimos años en nuestro país. Nos preguntamos si es legal un consentimiento informado para un paciente que ingresa a un hospital con una cláusula que confirma que no visitará al paciente durante su estancia y que, si fallece, no se reclamará el cuerpo del difunto, ni se comunicará qué pasará con él. ¿Habría participado un bioeticista en la redacción de estos consentimientos informados que desinforman, más que informan? ¿Nos damos cuenta de que esa negación a la información repercute en la confianza que debe existir entre la institución de salud y la comunidad misma?

Son muchos los detalles donde la bioética debe interactuar con otras áreas para poder dar congruencia a la estrategia y los planes que estamos cocinando al vapor y sin una amplitud de conductas. Los bioeticistas deben participar en la estructuración de estas normativas y reglamentos, donde debe tomarse en cuenta el respeto a la dignidad de toda persona en la sociedad.

Si a la interacción de un profesional de la salud, con una apertura comunicativa hacia el enfermo, le llamamos espiritualidad y ello ayuda a comprenderse y comprender su enfermedad, estamos en buen camino. Una espiritualidad concebida como presencia respetuosa, como escucha atenta preferieno la verdad en la información; representa esa paz de la mirada acogedora y reverente, ante las circunstancias que rodean al paciente y su familia.

El enfermo que muere solo muere mal, la persona que no ha te-

nido la compañía de sus familiares muere dolido y entonces podemos hablar de muerte (anti)social. Debemos preguntarnos si estamos dispuestos a aceptar esto, sin una reflexión profunda y si estamos seguros de que es lo que queremos para nuestros familiares, amigos y colegas. Pensemos bien en ello y planeemos una estrategia que nos ayude a centrar el problema y agotar las soluciones pues, en definitiva, debemos llegar a algo más humano (Costa Gomes, 2020).

Nos hemos prodigado en la importancia de la bioética, sobre todo en esta emergencia de salud pandémica; sin embargo, no todo es así en la perspectiva actual, pues la superficialidad de nuestro comportamiento hace a un lado a la bioética principialista y a la personalista, en pos de una gratificación inmediata sobre la gratificación final y entonces parece que la solución está en la proporcionalidad terapéutica, situación que se trata en el artículo “El estándar de proporcionalidad terapéutica: un nuevo contenido para el mejor estándar de interés” (en inglés el original). En él se enfatizan dos principios, el de proporcionalidad de los tratamientos y el de la inutilidad de los esfuerzos (desproporcionalidad) (González-Melado y Di Pietro, 2020).

Por mucho tiempo en medicina crítica se habló de los medios ordinarios y los extraordinarios para ejemplificar lo que los médicos estamos obligados a hacer ante un paciente con una enfermedad grave (ordinarios) y lo que está por encima de ello, tratando de salvar una vida (extraordinarios). Después resultó que tanto médicos como sociedad traslapamos los términos y ahora muy poco o nada parece extraordinario. El cambio vino a hablar de medios proporcionados, aquellos con los que se logra una mejoría, por más pequeña que parezca, y los desproporcionados (inútiles), que no demuestran ninguna mejora y que deben ser evitados o interrumpidos; esto en relación con el mejor interés por el paciente, su salud y su vida.

Las preguntas entonces son cuándo usar el mejor interés del pa-

ciente, cómo aplicamos este estándar y quién debe decidir si se usa. La respuesta a la primera pregunta depende de la condición clínica del paciente y de la toma de decisiones al respecto, en forma colegiada, y con participación del paciente y/o su familia. La segunda respuesta va encaminada a una constante comunicación entre el equipo sanitario, encabezado por el médico responsable, y el paciente/familia, para valorar continuamente la evolución de la enfermedad y los cambios necesarios, para no caer en la inutilidad de esfuerzos. La tercera respuesta es que lo común sería pensar en el equipo de salud, pero se propone es una decisión compartida entre los dos componentes de la ecuación para lograr un beneficio en confianza, que ayude al paciente y vea su progresión hacia la mejoría o no de la situación. Interesante perspectiva que sigue siendo bioética pues trata de un respeto a la dignidad de todos los involucrados en el acto bioético-médico (González-Melado y Di Pietro, 2020).

#### LA PANDEMIA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos es un término cada vez más conocido en el ámbito médico y de la enfermería, pero no siempre bien entendido, pues hay quienes piensan que se ciñe el momento de la muerte o un poco antes y otros que creen que todos estamos en etapa terminal desde que nacemos y entonces es necesario el cuidado paliativo.

Es común asociar los cuidados paliativos con la supresión del dolor y enfocarse solo al dolor provocado por situaciones físicas y mandar a un segundo término el dolor moral, que debe tratarse con igualdad de circunstancias que el orgánico.

Ahora bien, estamos acostumbrados a dirigir nuestra atención hacia los pacientes que están al final de la vida, pero qué ocurre con sus familiares o con los profesionales de la salud, ellos necesitarán algún tipo de cuidado especial que logre paliar lo que está pasando por sus

mentos y sus cuerpos como agotamiento (*burnout*), estrés moral, indicios de depresión o sentimientos de incapacidad o de imposibilidad de cumplir con lo que parece ser necesario para ayudar a salir adelante a los que lo requieren.

Existe una diferencia entre el agotamiento físico y el estrés moral, el primero es externo y fácilmente reconocible: en cambio, el estrés moral es interno y muchas veces se resiste a aflorar a la superficie, quizás por temor a admitir la frustración o porque no se puede resolver una situación y lo pueden tomar como incapacidad o ignorancia; de esa manera, ocultamos situaciones provocadas por esta realidad moral que nos sobrepasa.

Ante este tipo de situaciones debemos estar conscientes de que es necesario pedir ayuda y que, si esa ayuda no la tenemos clara, hay que analizar hacia dónde nos vamos a dirigir.

Para dar un paso más allá de tratar y analizar las situaciones que la bioética clínica nos presenta, los CHB deben apoyarse en la bioética organizacional y así afrontar todos los dilemas del hospital, no solo los de la relación médico-paciente. Es recomendable crear una consultoría bioética organizacional integrada por miembros del CHB y otras personas interesadas, capacitadas para ser consultores bioéticos organizacionales, con el objetivo de colaborar con los equipos de cuidados paliativos y atender estas situaciones; además, por supuesto, de las de la bioética clínica. De esta forma, habrá consultantes que aborden los dilemas del amplio espectro institucional y nos abriremos a una perspectiva que amplíe el horizonte del quehacer bioético. Así se podrá ayudar a todas las personas que requieren ayuda, no necesariamente en la etapa terminal, sino ante cualquier situación ético-moral que les aqueje dentro de la organización.

Abordar el tema de los cuidados paliativos puede conducir a una conversación crítica e íntima sobre el pronóstico y los objetivos de la

vida, un diálogo donde el respeto y la empatía son primordiales. Con cierta frecuencia debemos establecer una conexión profunda en el momento y tener una conversación difícil con muy pocos antecedentes; no es fácil decir “te acabo de conocer y ahora te recomiendo que podamos hacer algo que podría hacerte sentir mejor o concentrarnos en aliviar tus problemas”, en lugar de solo buscar una curación maravillosa (Academia de Cuidados Paliativos de la Asociación Católica de Salud en EUA).

La medicina paliativa debe proporcionar una atención integral multidisciplinaria que permita establecer un enfoque holístico para el paciente, la familia y los profesionales de la salud, los cuales integran este proceso terapéutico que se centra en la persona del enfermo, más que solo en la enfermedad que lo aqueja (el padecimiento verdadero) (Baeza Gómez, 2020). Con dicha finalidad debemos tocar no solo la parte biológica de la persona, sino lo emocional, lo relacional y lo espiritual; todos estos aspectos están afectados en mayor o menor grado y deben recibir una solución holística.

## CONCLUSIÓN

No es posible abarcar todos los aspectos de nuestra conducta que construyen una actitud moral ante esta emergencia infecciosa; poco posible también es tratar de integrar las aristas de este polígono tan complejo, como el virus SARS-Cov-2, productor de la enfermedad COVID-19. Siempre es posible abarcar más, pero nunca terminaríamos de añadir conceptos trascendentes.

Somos seres humanos con inteligencia, voluntad y libertad; cualidades que nos permiten conocer/saber, querer y hacer en forma responsable, para así poder ser. Todos estamos involucrados en este proceso y sus alcances, todos debemos entender que, si nos mantenemos juntos, cooperando, resolveremos este problema. Como alguien dijo, formamos parte de una aldea global y estamos en el mismo barco.



Nuestras acciones pueden ser distintas, pero no podemos descalificar las de otros, pues no las conocemos. Todos tenemos la misma responsabilidad de navegar a puerto seguro y nuestras acciones libres y responsables nos ayudarán a llegar allá. Hablar y transmitir cosas positivas y bien fundamentadas nos hará caminar seguros.

Hablamos del papel de los profesionales de la salud sin entender que hacen todo lo posible por mejorar las condiciones de sus pacientes. Consideremos que, si todos somos susceptibles de contagiarnos, ellos más por tratar directamente de anular al virus y sus estragos, son como la infantería del ejército que pretende salvarnos y que requieren estar bien protegidos.

Ya basta de difundir ideas, escritos y videos que hacen negativas esas situaciones, cuando deberíamos infundir confianza a través del reconocimiento de sus acciones y no lapidarlos por ser posibles causantes de contagios, si salen de su territorio y se acercan a nosotros. Pensemos que tienen familias y necesidad de verlas y de convivir aún con el temor de poder contagiarlas inadvertidamente.

Si queremos ganar la batalla hay que actuar al unísono, con voluntad de hacer lo que corresponde a cada quien y sobre todo difundir que esta enfermedad se combate con la distancia adecuada y el quedarse en casa. Es necesario una cooperación inteligente, que nos mueva a ayudar con humildad y hacer lo que nos corresponda; esto implica no lanzar culpas sin ton ni son, sino más bien estar seguros de comprender qué nos toca y realizarlo con gusto, con la satisfacción de un deber cumplido, aunque sea un grano de arena en esa gran playa donde se está librando una batalla, en la que estamos presentes y que, sin nuestra ayuda, no será posible ganarla.

## REFERENCIAS

Aguilar Viquez, F., *et al.* (2020, abril 6). *Cuidar al otro. Consideraciones bioéticas ante*

- la pandemia de COVID -19*. CISAV. <http://prensacelam.org/wp-content/uploads/2020/04/Cuidar-al-otro-2.pdf>
- Baeza Gómez, I. y Quispe, L. (2020). Humanizando los cuidados intensivos. *Revista de bioética y derecho*. Universidad de Barcelona, (48), 111-126. <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/29173>
- Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8<sup>th</sup> Ed.) Oxford University Press.
- Berlinger, Nancy *et al.* (2020, marzo 16) *Ethical framework for Health Care Institutions in response to COVID- 19 Pandemic*. The Hastings Center.
- Campbell, S., Ulrich, C. y Grady, C. (2016, diciembre 1). A Broader Understanding of Moral Distress. *The American Journal of Bioethics*, 16. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15265161.2016.1239782?scroll=top&needAccess=true>
- Castro, J. (2016). Ética y Bioética: límites y alcances. *Revista de bioética latinoamericana*, 17, 75-96. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/41615/articulo5.pdf;jsessionid=6CC09E46553A1001BD-6F40CD889D7BD2?sequence=1>
- Comisión Nacional de Bioética. (2020, marzo 19). *Pronunciamento: "La Bioética ante la Pandemia del COVID-19"*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544215/Pronunciamento\\_Bioetica\\_ante\\_la\\_pandemia\\_del\\_COVID\\_19.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544215/Pronunciamento_Bioetica_ante_la_pandemia_del_COVID_19.pdf)
- Comisión Nacional de Bioética. (2020, marzo 31). *Recomendaciones ante el COVID-19*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546480/RECOMENDACIONES\\_BIOETICAS\\_ANTE\\_EL\\_COVID-19\\_Final.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546480/RECOMENDACIONES_BIOETICAS_ANTE_EL_COVID-19_Final.pdf)
- Comité de Bioética en España. (2016, noviembre 24). *Informe del Comité de Bioética en España sobre la financiación pública del medicamento Profilaxis (PrEP) en la prevención del VIH*. [http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/Informe\\_PrEP.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/Informe_PrEP.pdf)
- Comité de Bioética de España. (2020, marzo 25). Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. *Persona y bioética*, 24(1). <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/>

article/view/13579

- Costa Gomes, C. y Borges, R. (2020). Bioética y espiritualidad al final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 31(101), 13-18. 10.30444/CB.49
- COVID-19: *Supporting Ethical Care and Responding to Moral Distress in a Public Health Emergency*. (2020). The Hastings Center.
- Churchill, L. R. (2020, abril 28). *On being an elder in a pandemic*. The Hastings Center. <https://www.thehastingscenter.org/on-being-an-elder-in-a-pandemic/>
- Emanuel, J. E., et al. (2020, marzo 23). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *The New England Journal of Medicine*. NEJM. 10.1056/NEJMs2005114
- Fineberg, H. V. (2020, abril). Ten Weeks to Crush the Curve. *The New England Journal of Medicine*. NEJM. 10.1056/NEJMe2007263
- Garza, R. (2017). *La toma de decisiones basada en valores*. Christus Muguerza Sistemas Hospitalarios.
- Garza, R. (2020, marzo 31a). *La bioética y la pandemia*. Comisión Estatal de Bioética de Nuevo León.
- Garza, R. (2020, marzo 19b). *La bioética y la pandemia*. Comisión de Bioética del Colegio de Médicos Cirujanos del Estado de Nuevo León.
- Garza, R. (2020, abril 28c). *Una actitud moral ante la pandemia*. Comité de Bioética del Colegio de Médicos Cirujanos del Estado de Nuevo León.
- González-Melado, F. J y Di Pietro, M. L. (2020). The therapeutic proportionality standard: a new content for the best interest's standard. *Cuadernos de Bioética*, 31(101), 19-42. <https://doi.org/10.30444/CB.50>
- Gracia, Diego. (2002). De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. *Acta bioethica*, 8(1). [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2002000100004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2002000100004)
- Ibarra, A. (2020, abril). *La toma de decisiones informadas en tiempos de COVID-19*. [Webinar]. IPADE, Universidad Panamericana. <https://managementalert.ipade.mx/webinars/la-toma-de-decisiones-informadas-en-tiempos-de-covid-19>
- Jackson-Meyer, K. (2020). Moral Distress in Health-care Professionals. *Health Progress*. Catholic Health Association of The United States. <https://www.>

- chausa.org/publications/health-progress/article/summer-2020/moral-distress-in-health-care-professionals
- Lafferriere, J.N. (2020, abril 1). *Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina*. “Reflexiones sobre el COVID-19”. Centro de Bioética Persona & Familia. <https://centrodebioetica.org/instituto-de-bioetica-de-la-universidad-catolica-argentina-publica-reflexiones-sobre-el-covid-19/>
- Lecuona de, I. (2020, marzo 29) El factor humano es más importante que nunca. *Observatorio Retina- La crisis del coronavirus, El País*.
- Mirsky, S. (2020, abril 7). *Coronavirus Misinformation Is Its Own Deadly Condition*. Scientific American. <https://www.scientificamerican.com/podcast/episode/coronavirus-misinformation-is-its-own-deadly-condition/>
- Observatorio de Bioética y Derecho. (2020, marzo). *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia*. Universidad de Barcelona. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/recomendaciones-toma-decisiones-eticas-sobre-acceso-pacientes-unidades-cuidado>
- Péguy, Ch. (1993). La pequeña esperanza. *El misterio de los santos inocentes*. Ediciones Encuentro.
- Potter, V.R. (1971). *Bioética: un puente hacia el futuro*. Editorial Prentice-Hall.
- Pucheta, L. (2020, marzo 23). *COVID-19. Una aproximación desde la bioética*. <https://centrodebioetica.org/covid-19-una-aproximacion-desde-la-bioetica/>
- Sánchez García, E. (2020). Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria. *Cuadernos de Bioética*, 31(102), 203-222. 10.30444/CB.62
- Savin, K y Guidry-Grimes, L. (2020, abril 2). *Confronting disability discrimination during the pandemic*. The Hastings Center. <https://www.thehastingscenter.org/confronting-disability-discrimination-during-the-pandemic/>
- Thompson A. K., Faith K, Gibson J. L. y Upshur, R. (2006). Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. *BMC Medical Ethics*, 7(12). <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-7-12>
- Tudela, J. (2020, marzo 30). ¿Cómo utilizar los recursos sanitarios en circunstancias de crisis? Observatorio de Bioética. Universidad Católica de Valencia.

<https://www.observatoribioetica.org/2020/03/como-utilizar-los-recursos-sanitarios-en-circunstancias-de-crisis/32862>

UNESCO. (2005, octubre 19). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*.

[http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

Warren, M. (2020, marzo 18). Roles for ethicists in covid-19 response. *Impact Ethics*. <https://impactethics.ca/2020/03/18/roles-for-ethicists-in-covid-19-response/>

Wible, P. (2019, marzo 29). *Not burnout, not moral injury but human rights violation*. Medscape. <https://www.medscape.com/viewarticle/910650>

## 2. La pandemia: reflexión y retos desde la bioética. La atención a los pacientes

Jesús Fernando Colunga González

*La salud es la mayor posesión. La alegría es el mayor tesoro.*

*La confianza es el mayor amigo.*

LAO TSE

### SARS-CoV-2. COVID-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó al mundo del actual brote de enfermedad por coronavirus notificado por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019. El 30 de marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia por SARS-CoV-2 como una emergencia de salud pública de interés internacional y emitió una serie de recomendaciones para su control, en razón de su capacidad de contagio a la población en general (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

La Comisión Nacional de Vigilancia Epidemiológica en México (CONAVE) envió el primer Aviso Epidemiológico sobre 2019-nCoV el día 21 de enero de 2020 y solicitó el reporte de casos de infección respiratoria asociados (CONAVE, 2020). El día 16 de febrero de 2021 la Universidad Johns Hopkins reportó 109,471,328 personas contagiadas y 2,416,661 muertes, a nivel mundial. En México se reportaron 1,995,892 personas contagiadas y 174, 657 muertes (Johns Hopkins School, 2020).

El nuevo coronavirus pertenece a una familia de coronavirus que circula entre humanos y animales (gatos, camellos, quirópteros). Se

han descrito coronavirus que evolucionan y desarrollan la capacidad de transmitirse de animales a humanos y propagarse entre las personas, como es el caso del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) (CONAVE, 2020).

El SARS-CoV-2 nos ha tomado por sorpresa, a pesar de los avisos de la OMS sobre la posibilidad de que se declarara una pandemia y nos ha obligado a hacer un alto en el acelerado camino en el que vivimos. Este virus ha aprovechado la globalización y las vías de comunicación para convertirse rápidamente en un acontecimiento mundial.

Reconocemos que esta pandemia, como toda enfermedad, es siempre un mal físico, pero no necesariamente es un mal moral (Sada, 1997, p. 31). En ocasiones, la enfermedad nos permite tener tiempo para reflexionar sobre la forma de jerarquizar nuestros valores, los cuales, por seguir en la rutina, olvidamos y nos manejamos en la vida con una conciencia ingenua.

Consideramos que, ante la COVID-19, es necesario salir de esta conciencia ingenua ante la realidad, así como de la conciencia fanática que adopta una actitud masificada, y pasar a una conciencia crítica que sea profunda en la interpretación de los problemas, dialogal, racional; que acepte lo nuevo en razón de su validez, admita la crítica, se someta a revisión y se comprometa con la construcción de futuros posibles. Este tipo de conciencia es la que nos demanda la atención de la pandemia por COVID-19 (Freire, 2004, p. 101).

En razón de esto, nos preguntamos qué podemos hacer individualmente y como miembros de la comunidad y qué debe hacer el área de la salud en la atención de los pacientes.

## BIOÉTICA

La bioética podría ayudarnos en esta deliberación. La Comisión Nacional de Bioética la define como:

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 afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones (2014).

Van Rensselaer Potter en su “Credo bioético” de 1970 menciona estos problemas globales:

*Creencia:* Acepto la inevitabilidad de algunos sufrimientos humanos que puedan producirse por trastornos de origen natural en las criaturas biológicas y el mundo físico, pero no aceptaré pasivamente el sufrimiento que resulta de la inhumanidad en el trato a las personas o a los grupos humanos.

*Compromiso:* Trataré de enfrentar mis propios problemas con coraje y dignidad y de apoyar a mis semejantes cuando estén afligidos, y trabajaré con el objetivo de eliminar los sufrimientos inútiles entre los seres humanos como un todo. (Como se citó en Llano, 2000, p. 12)

La bioética, de la mano de la propuesta de Van Rensselaer Potter, se ha desarrollado de forma global o política y como respuesta al escenario catastrófico de la ecología, al aumento vertiginoso de la revolución biotecnológica y a la crisis del desorden mundial globalizado. Al mismo tiempo, André Hellegers creó el Instituto de Bioética Joseph y Rose Kennedy. La corriente bioética propuesta por ellos está relacionada con las situaciones médicas y es la que ha dominado las primeras décadas de la bioética. (CONBIOÉTICA, 2014). Años después, Daniel Callahan, bioeticista fundador del Hasing Center, se preguntó “¿qué clase de medicina, cuidado de salud y actitud frente a la naturaleza



y nuestro medio ambiente necesitamos para la clase de sociedad que queremos?” (Callaghan, 1995, p. 147). Considero que esta pregunta sigue teniendo vigencia ante la situación que vivimos.

## BIOÉTICA GLOBAL

Para introducir aquí el concepto de bioética global, tomo el comentario que hizo al respecto el doctor Henk ten Have (2013):

Una de las respuestas actuales es la necesidad de una bioética global, los desafíos bioéticos se experimentan en todos los países, las preguntas ya no están solo relacionadas con los avances de la ciencia y la medicina, sino con las condiciones socioeconómicas de las personas. Mucha gente en una gran cantidad de países ni siquiera tiene acceso a los beneficios del progreso científico y tecnológico. Tienen enfermedades tratables pero no hay medicamentos disponibles, necesitan atención médica o cirugía, pero no lo pueden pagar, o las instalaciones de salud no están accesibles. A nivel del hogar no pueden alimentarse, ni cuidar de los hijos por su situación de pobreza, y la globalización del mercado no ha ayudado en su solución. Se han creado múltiples situaciones bioéticas. (Prefacio)

Estas realidades se han hecho más evidentes a causa de la pandemia actual, que nos presenta múltiples dilemas bioéticos. Por su parte, haciendo patente la necesidad de la participación activa de los ciudadanos como corresponsables en sus comunidades, el doctor Justo Zanier (2010) define la bioética global como:

Una disciplina con una proyección social, que está buscando soluciones comunes (acuerdos de mínimos) a los problemas actuales, mediante el concurso de la sabiduría que aportan no solo las ciencias,

sino también las comunidades con sus valores y la acción de ciudadanos activos, participativos, emancipados no dependientes, que defienden sus derechos y cumplen con sus deberes, para definir qué ser humano pensamos, y qué calidad de vida queremos para nosotros, permitiendo a los que vendrán la libertad de elegir su propia calidad de vida. (p. 28)

#### BIOÉTICA CLÍNICA. ATENCIÓN A LOS PACIENTES

La atención a los pacientes no se puede separar de la bioética global, ya que la salud no depende únicamente del actuar de los profesionales sanitarios; como ha señalado la OMS, “los determinantes sociales de la salud” juegan un papel importante para reducir las inequidades y lograr una adecuada atención en salud, para ello es necesario mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos y medir la magnitud del problema, y hay que analizar y evaluar continuamente los efectos de estas intervenciones (62<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, 2009).

Una de las corrientes de la bioética dominantes en las primeras décadas, la de André Hellegers, relacionada con las situaciones médicas se podría considerar en la actualidad como una parte de la bioética global.

La bioética clínica es aquella parte de la bioética que estudia las cuestiones morales que surgen en la relación entre el médico y el paciente con motivo de la acción médica, sea de diagnóstico, de tratamiento, de prevención o de investigación clínica. Se centra, por tanto, en la toma de decisiones ético-médicas.

La relación entre el paciente y el médico implica que el primero sea el actor principal en la gestión de su salud y el médico y personal de salud sean sus colaboradores, en una sinergia para lograr el propósito determinado. Es un encuentro entre la confianza del paciente y la

conciencia de los agentes sanitarios. Este reconocimiento necesita de un verdadero diálogo entre los actores. Es necesario pasar de una relación paternalista o de una puramente informativa (autonomía) a una de tipo deliberativa en la que se establezca un verdadero diálogo para la toma de decisiones. Esta última relación implica disposición de los agentes involucrados y una mayor dificultad para su realización, más en esta época de pandemia, en donde se han aumentado los obstáculos en la comunicación por el desconocimiento de la enfermedad, por el miedo al contagio o por la desinformación en que han participado los medios de comunicación.

En esta relación paciente-médico existen algunos dilemas éticos: la confidencialidad, la honestidad en las comunicaciones con relación al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, la determinación de la capacidad del sujeto de tomar parte en las decisiones oportunas y la conducción ética del consentimiento informado, entre otras. Todos ellos presentes desde la prevención hasta la rehabilitación en la atención de los pacientes con COVID-19.

Para el abordaje de estos dilemas ético-clínicos, en la bioética se han propuesto varios métodos que nos ayudan en la evaluación de los casos, en los cuales se hace referencia a principios éticos que apoyan en la deliberación moral. Algunos de esos principios son de la bioética principialista, de la bioética personalista (Drane, 1990, p. 41) o fundamentados en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada en 2005 por la UNESCO, que no solo abarca la relación individual en la atención médica, sino también la solidaridad social, la cooperación y la responsabilidad social y de salud ( 33.ª Sesión de la Conferencia General de la UNESCO 2005, Art. 14.).

Otro de los dilemas presentes se refiere a la confidencialidad; respetarla es un derecho del paciente, avalado en nuestro país por la legislación, la cual indica que en situaciones de pandemia se tiene la obligación

de proporcionar información a las autoridades de salud; pero si ésta no se protege adecuadamente puede llegar al conocimiento de otras personas y producir estigmatización y, en algunas ocasiones, hasta agresiones contra los enfermos (Macklin, 2017).

En relación a la importancia de la honestidad en las comunicaciones, el doctor Cicely Saunders (como se citó en Drane, 1990), fundador del Movimiento de los Hospicios, (Cuidados Paliativos) afirma:

Cada paciente necesita una explicación acerca de su enfermedad que será comprensible y convincente para él si coopera en su tratamiento, o si es liberado de las cargas de temores desconocidos. Esto resulta válido si se trata de la pregunta de dar una diagnosis en una situación alentadora o confirmar una mala prognosis.

Consideramos que dada la información previa que tienen los pacientes sobre el COVID-19, este es uno de los dilemas éticos más frecuentes y que implica el manejo de la verdad, en una forma prudente, con tacto, discreción, en el tiempo más adecuado y oportuno; características de la información que, como consecuencia de la alta demanda de atención de pacientes de COVID-19, no siempre se cumplen.

Los dilemas éticos en el tratamiento y el pronóstico durante esta pandemia, como lo atestiguan publicaciones a nivel mundial y local, se han relacionado más con la ocupación hospitalaria, la selección del acceso a las Unidades de Cuidados Intensivos o al uso de equipos de ventilación mecánica. Algunas propuestas bioéticas para la toma de decisiones como la guía de triaje para el ingreso a las unidades de cuidados intensivos, en sus criterios originales causaron malestar en asociaciones de bioeticistas en México, ya que se consideró que existía un enfoque utilitarista y falta de equidad, por lo cual se realizaron propuestas para su modificación (Consejo de Salubridad General, 2020).

En relación a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, desde hace años se demostró que la tecnología de estas unidades y el trabajo en equipo han logrado una de las más altas tasas de supervivencia de los pacientes, pero ha resultado en muchas ocasiones en la despersonalización de los agentes involucrados, incluso algunos supervivientes las llamaron “sucursales del infierno”, pues los pacientes se deshumanizan por la pérdida de identidad, de la habilidad de comunicación, de la autorrepresentación, del soporte familiar, del control, del respeto y de la privacidad (Baeza y Quispe, 2020).

En esta pandemia, con las unidades de cuidados intensivos sobresaturadas por el exceso de pacientes, con las barreras y protecciones utilizadas en forma estructural o por el personal sanitario que dificultan una comunicación apropiada con el paciente y sus familiares, con el impedimento para el acompañamiento en la gravedad y en las etapas terminales de los enfermos, bien podemos señalar que el sobrenombre, “de sucursal del infierno” puede aplicarse con razón y no solo por los pacientes, sino también por el personal de salud. Esto nos interpela a trabajar en la humanización de los cuidados intensivos.

El manejo ético del consentimiento informado ha sido un reto en la atención médica debido al paradigma de considerarlo como un documento que sirve de protección legal. En bioética se considera que:

el consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento (CONBIOÉTICA, 2010).

Durante esta pandemia, varias asociaciones médicas han propuesto documentos de consentimiento informado, en los cuales se notifica de la situación relacionada con la enfermedad. El proceso del consentimiento informado en los pacientes con COVID-19 se ve afectado por la capacidad del paciente de tomar las decisiones en forma oportuna, tanto para ser hospitalizados como en los procedimientos durante la hospitalización, ya que a ellos los debemos considerar como sujetos vulnerables, lo que puede afectar esa capacidad y, ante la urgencia, no siempre se designa un tutor legal responsable. “Las personas que tienen enfermedades graves potencialmente invalidantes o mortales son altamente vulnerables” (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], 2002, p. 62).

Existen otros dilemas éticos de atención médica relacionados con la medicina de primer contacto y la salud pública, que son los que afectan a la mayoría de los pacientes con esta enfermedad. El apoyo y el manejo de la pandemia se ha dificultado en la comunidad por la falta de credibilidad en las autoridades de salud, por las noticias falsas sobre tratamientos y medicamentos mágicos o por la indolencia de los ciudadanos, entre otras situaciones frecuentes que hay que afrontar.

Al no existir un tratamiento eficaz, la angustia y la falta de una educación ética en la gestión y el uso de los recursos sanitarios limitados han sido causa del acaparamiento y la escasez de medicamentos necesarios para pacientes graves de COVID-19 o con otro tipo de enfermedades previas, de los que dependen su salud y su vida. Como lo informa la OMS:

Muchas personas que necesitan tratamiento contra enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes no han recibido los servicios sanitarios y los medicamentos que necesitan desde que comenzó la pandemia de COVID-19. Es fundamental que

los países encuentren formas innovadoras de garantizar que los servicios esenciales contra las enfermedades no transmisibles continúen, incluso mientras luchan contra la COVID-19. (OMS, junio 2020)

En la bioética global afrontamos la necesidad de una educación ética para el cuidado y la responsabilidad en salud de cada miembro de la sociedad.

Como señalamos previamente, el ejercicio de la medicina moderna ha dado prioridad a la medicina curativa y al enfoque de los avances tecnológicos en el ámbito hospitalario, dejando de lado a la medicina de primer contacto, a la preventiva y a la salud pública. La bioética no ha escapado de este paradigma y, durante esta pandemia, como lo atestiguan publicaciones a nivel mundial y local, la deliberación de los dilemas éticos se ha enfocado más en los pacientes hospitalizados.

En 2009 la OPS y la OMS, al ver los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud de los sistemas en las Américas, la baja calidad, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, los costos innecesarios y la insatisfacción de los usuarios, que han causado injusticia e inequidad en la atención de los pacientes, propusieron la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud, dirigidas a la renovación de la atención primaria (OPS/OMS, 2010). La pandemia nos ha mostrado la necesidad de trabajar en esta iniciativa y de ver en nuestro medio la realidad antes señalada y evidenciada en forma exponencial por la nueva enfermedad. En nuestro país, tomando en cuenta esa iniciativa, se presentó una propuesta metodológico-operativa para establecer el modelo de atención de la Cuarta Transformación—Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I Mx) en las entidades federativas (Gobierno de México, 2019).

Así como el COVID-19 ha impactado a la morbimortalidad de la población, también ha estimulado la creatividad para buscar otras

opciones de atención a los pacientes que no sean presenciales, es decir, brindar la atención en el confinamiento en el que se encuentran los pacientes sin necesidad de trasladarse ni exponerse al contagio del virus. Hemos sido testigos en nuestra comunidad del uso de la atención telefónica, el apoyo a través de la plataforma Zoom y la telemedicina, sobre todo para la atención de los pacientes con sospechas o en los que se confirma la enfermedad por el coronavirus, siendo utilizada con el objetivo de dar seguimiento. En la medicina privada se ha usado para la atención de pacientes no COVID para el diagnóstico, seguimiento o indicaciones de tratamiento (Pallarés, 2020). Esta propuesta de atención disminuye costos y facilita la accesibilidad, pero es importante cuidar que no se pierda la calidez y la calidad en el apoyo a los pacientes; no hay que olvidar la dignidad de los interlocutores.

Previamente señalamos que la pandemia nos puede dar la oportunidad de reevaluar la jerarquización de nuestros valores. En la bioética nos apoyamos en principios y normas que nos ayudan a buscar el bien común. Si bien existen varias clasificaciones sobre los valores, en la atención de primer contacto y en la salud pública nos parece muy adecuada la definición y la propuesta del doctor León Correa (2015) quien define los valores como bienes humanos básicos, derechos humanos, capacidades humanas. También los clasifica en: fundamentales, que son los relacionados con la vida, la libertad, la paz, la salud y el bienestar material; en intelectuales, que son los relativos al conocimiento y la cultura y a la armonía interior y exterior; y los que tienen que ver con los vínculos, como son la familia, el amor, la amistad y la solidaridad. También están los valores que se refieren a la vida de relación ampliada, como la tolerancia, el diálogo, la empatía, la compasión, el reconocimiento y la inclusión. Muchos de estos valores han resultado afectados en forma importante durante esta pandemia y debemos a trabajar por ellos.



Respecto a los principios que ayudan a dirigir nuestro actuar en el área de atención primaria y la salud pública, y que podemos aplicar en la atención de los pacientes durante la pandemia, compartimos la visión del doctor León Correa quien amplió los principios clásicos:

*El principio de no maleficencia*, cuya idea principal es no dañar a los pacientes; se concreta en el deber de no abandonarlos, en el principio de precaución, al evitar una mala práctica, y en el principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas. Se implica en ellos no solo el personal de salud, sino también la familia y la comunidad.

*El principio de justicia* es dar a cada uno lo suyo, a lo que tiene derecho; incluye el principio del respeto a los derechos y a la legalidad de las personas y el reconocimiento de los deberes mutuos; también comprende el principio de equidad, a través del cual se evita la discriminación en el acceso a los recursos; el de protección a los más vulnerables; el de reparación de injusticias; así como el nivel de eficiencia del personal, el de la continuidad de atención y el de la sostenibilidad.

*El principio de autonomía* implica no solo el respeto a la libertad en la toma de decisiones, sino que promueve la competencia y el ejercicio de una libertad responsable que considera a la familia y la comunidad. En este principio también se incluye la participación de los ciudadanos en el control social y las políticas de salud públicas.

*El principio de beneficencia* va más allá de hacer el mayor bien posible a los pacientes de acuerdo a su escala de valores, cuidar y dar la mejor calidad de vida con la finalidad de rehabilitar y lograr la reinserción del paciente. La atención deberá realizarse de acuerdo a los parámetros de calidad que se basan en la satisfacción de los usuarios y en una relación más humanizada.

Se considera imprescindible *el principio de solidaridad* entre los miembros de la sociedad y las instituciones y el principio de subsidiariedad en

el Estado, que van más allá de la justicia (León Correa, 2015, p. 9). La solidaridad en la bioética personalista es reconocida como un principio que radica en el plano ontológico del hombre, en él se reconoce al otro como persona. En situaciones como la pandemia de COVID-19 interpela a la necesidad de trabajar juntos en el logro de una vida de calidad. Es imposible que una persona, una organización o el gobierno solos sean capaces de llevar atención médica a todos los necesitados, se requiere de los demás y todos debemos ser corresponsables de nuestra salud y la de nuestros semejantes. Es importante esta conducta solidaria y puede llevarse a cabo con acciones simples que nos benefician al mismo tiempo que a los demás; por ejemplo, el lavado frecuente de manos, el uso del cubrebocas y mantener una sana distancia, son hechos solidarios que tienen un gran impacto en detener la transmisión del virus. La solidaridad puede ir más allá con el reconocimiento y la ayuda a quienes ha impactado la enfermedad con mayor virulencia en su salud o en su economía. Es necesario estar junto a ellos.

#### PERSPECTIVAS EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA

La redacción de la revista Bioética Complutense ha recabado distintas perspectivas a través de entrevistas de expertos en bioética en relación a la pandemia. En particular, nos llamó la atención las respuestas del doctor Henk ten Have (2020), director de la División de Ciencia y Tecnología de la UNESCO. Me he permitido hacer una síntesis libre (con mi interpretación) de las respuestas a algunas preguntas incluidas en esta entrevista:

1. ¿Ha servido (esta pandemia) para hacernos conscientes de un sistema de salud bien preparado y sus aprendizajes?

Señala que después de la gripe aviar y el SARS en 2003, la OMS lanzó su Plan Global de Preparación para la Gripe, instando a los países

a hacer planes nacionales de biopreparación. Muchos los hicieron en vista de una pandemia mortal que los expertos advirtieron que seguramente vendría. Está claro que los planes simplemente se olvidaron cuando la COVID-19 se expandió por todo el mundo. También menciona que se han olvidado las prácticas tradicionales de salud pública, la cual ha recibido poca atención en comparación con la biotecnología y la farmacología y que las políticas de austeridad han afectado más a la salud pública.

2. ¿Cuál es su opinión sobre el racionamiento y la distribución de los recursos escasos?

Considera que las decisiones de asignación estuvieron sesgadas durante mucho tiempo. Se centraron en el tratamiento hospitalario, mientras que estaba claro que los cuidados y las residencias de ancianos eran las áreas más afectadas de la sociedad. Desde el principio informaron sobre la escasez de equipos de protección personal y pruebas que en varios países aún no se abordan adecuadamente.

3. ¿Qué opina sobre la toma de decisiones basada en la maximización de la utilidad?

Habla de que el utilitarismo fue la principal consideración ética en la primera etapa. Con indicaciones de no hospitalizar a grupos particulares de personas extremadamente vulnerables, los dejaron morir en casa o en instituciones. Fue el Comité Nacional de Bioética francés quien recomendó un enfoque diferente: no centrarse en el resultado en términos de vidas salvadas, sino en la protección basada en la vulnerabilidad de los pacientes.

4. ¿Cuáles son las implicaciones éticas de medidas como el confinamiento de la comunidad?

Son múltiples, ya que algunos lo realizan por encierro obligatorio, otros por refugiarse en casa y otros no tienen casa. En algunos hogares aumenta la violencia, en otros el aislamiento y la depresión. Considera que el término distanciamiento social es incorrecto y debería ser distanciamiento físico. Las nuevas tecnologías de comunicación social han ayudado a los contactos interpersonales. El doctor Henk ten Have considera que la principal implicación ética de la pandemia es la rehabilitación de la noción de bien común. La abrumadora mayoría de la población apoya medidas para frenar la propagación del virus, incluso cuando restringen temporalmente la libertad individual y perjudican la economía.

5. ¿Cómo evaluar la dimensión global de la pandemia y si son adecuados los organismos como la OMS para establecer pautas de actuación compartida?

Considera que el COVID-19 es la ilustración por excelencia de la globalización y la necesidad de que los países sean más transparentes para prevenir nuevas pandemias. Con el enfoque neoliberal, en algunos países se ha dado prioridad a la economía y a la productividad sobre la vida humana. Señala que como amenaza mundial, requiere una acción colectiva y global y la única organización internacional que hace esto es la OMS. También es la única entidad que llama la atención sobre muchos países menos desarrollados que no tienen la experiencia o los recursos para hacer frente a la pandemia. El gran problema es que sus recomendaciones son ignoradas por muchos países.

6. ¿Qué cree que cambiará después de la pandemia en el abordaje de conflictos éticos en el área de la salud?

La COVID-19 ha mostrado que el núcleo de la atención médica son los cuidados proporcionados por los agentes de la salud, no desde el

punto de vista gerencial y es necesario que los profesionales de la salud redescubran su misión y motivación, se reequilibren los valores y se invierta el equilibrio de poder.

7. ¿Qué otros problemas bioéticos ha suscitado la pandemia?

Para él lo más preocupante es la falta de una respuesta coordinada y global ante la pandemia. Literalmente comenta: cada país que piensa y actúa por sí mismo exhibe exactamente la mentalidad del populismo nacionalista, pero la comunidad internacional debería haberlo criticado con más fuerza. También es una mentalidad autodestructiva, ya que la pandemia es un fenómeno global que solo puede superarse con una acción global. Lo que falta desde una perspectiva bioética es la solidaridad. (p. 18)

#### REFLEXIÓN Y RETOS

El Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (2020), plantea que las autoridades sanitarias son las encargadas de proteger la salud de la población y responder a las emergencias de salud pública. Para proporcionar una respuesta adecuada a situaciones emergentes, como la pandemia actual, se requiere de información más actualizada y de promover la salud del público, de una forma ética que exija incorporar la equidad, la responsabilidad, la solidaridad y la transparencia.

Como señala el Papa Francisco (2020):

Es verdad que una tragedia global como la pandemia de COVID-19 despertó durante un tiempo la consciencia de ser una comunidad mundial que navega en una misma barca, donde el mal de uno perjudica a todos. Recordamos que nadie se salva solo, que únicamente es posible salvarse juntos. Por eso dije que la tempestad desenmascara

nuestra vulnerabilidad y deja al descubierto esas falsas y superfluas seguridades con las que habíamos construido nuestras agendas, nuestros proyectos, rutinas y prioridades. [...] y dejó al descubierto, una vez más, esa bendita pertenencia común de la que no podemos ni queremos evadirnos; esa pertenencia de hermanos (N° 32).

Con la aplicación de los postulados de la bioética en el área de atención médica se nos demanda retomar acciones previas, resultado de reflexiones éticas y compromisos mundiales con motivo de desastres y situaciones de injusticias e inequidades ya vividas previamente.

Hay que educar a los pacientes como gestores principales de salud, priorizar una medicina basada en la atención primaria y la salud pública, con apoyo de principios bioéticos como el respecto a la dignidad humana, la libertad con responsabilidad y la solidaridad, entre otros, y la prioridad del apoyo a los más vulnerables de nuestra sociedad. En el área hospitalaria es necesario humanizar nuestra atención médica. Existe la necesidad de pasar de una bioética clínica, cerrada, a una bioética global y de continuar deliberando en la aplicación adecuada de los principios bioéticos como apoyo a las acciones de salud. Es necesario vivir la solidaridad sin barreras de ningún tipo, en donde todos, con conciencia crítica, seamos corresponsables de nuestros hermanos.

## REFERENCIAS

- 62ª Asamblea Mundial de la Salud. (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/A62\\_REC1-sp.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf?ua=1)
- Baeza, G. I., Quispe, L. C. (2020). Proyecto “Humanizando los cuidados intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los cuidados intensivos. *Revista de bioética y derecho*. Perspectivas bioéticas, (48), 111-126. <https://www.researchgate.net/>

- publication/342387699\_Proyecto\_Humanizando\_los\_Cuidados\_Intensivos\_nuevo\_paradigma\_de\_orientacion\_de\_los\_Cuidados\_Intensivos/full-text/5ef1fc64299bf1c5c8dba86e/Proyecto-Humanizando-los-Cuidados-Intensivos-nuevo-paradigma-de-orientacion-de-los-Cuidados-Intensivos.pdf
- Callahan, D. (1995). Bioética. En A. Llano. *¿Qué es la Bioética?* (pp. 147-167). Colombia, 3R EDITORES.
- Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. [CONBIOÉTICA]. (2010). *Consentimiento informado. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética*. [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)
- Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. [CONBIOÉTICA]. (2014). *¿Qué es bioética?* <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/quesla-bioetica.html>
- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica. (2020, febrero). *Aviso Epidemiológico CONAVE /03/2020/2019-nCoV 07*. <http://cvoed.imss.gob.mx/aviso-epidemiologico-21-01-2020/>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS]. (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*, p. 62. [http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas\\_Eticas\\_Internac.pdf](http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf)
- Consejo de Salubridad General. (2020). *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*. [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion\\_relevante/GuiaBioeticaTriaje\\_30\\_Abril\\_2020\\_7pm.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriaje_30_Abril_2020_7pm.pdf)
- Drane, J. F. (1990). Métodos de ética clínica. En *Bioética. Temas y perspectivas* (pp. 41-49). Organización Panamericanas de la Salud.
- Drane, J. F. (s.f.). *Honestidad en la medicina: ¿Deberían los doctores decir la verdad?* Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile. <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/76975/honestidad-en-la-medicina-deberian-los-doctores-decir-la-verdad>.
- Freire, P. (2004). *La educación como práctica de la libertad*. Siglo XXI Editores.
- Gobierno de México Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo

- llo del Sector Salud [SIDSS]. (2019). *Atención primaria de salud integral e integrada: la propuesta metodológica y operativa*. [http://sidss.salud.gob.mx/site/2/docs/Distritos\\_de\\_Salud\\_VF.pdf](http://sidss.salud.gob.mx/site/2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf)
- Johns Hopkins School. (2020). *Mapa en tiempo real de casos de coronavirus*. [http://cvoed.imss.gob.mx/mapa\\_coronavirus/](http://cvoed.imss.gob.mx/mapa_coronavirus/)
- León Correa, F. J. (Ed). (2015). *Introducción. Bioética, deliberación y salud pública*. Felaibe. [https://www.med.unne.edu.ar/home/images/Bioetica\\_y\\_Salud\\_Publica\\_LA.pdf](https://www.med.unne.edu.ar/home/images/Bioetica_y_Salud_Publica_LA.pdf)
- Llano, E. A. (2000). *Apuntes para una historia de la bioética*. En A. Llano. ¿Qué es la Bioética? (pp. 1-23). Colombia, 3R EDITORES.
- Macklin, R. (2017). *¿Cuándo puede el médico violar la confidencialidad de sus pacientes?* [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/2017/Ruth\\_Macklin/Confidencialidad\\_en\\_la\\_Practica\\_de\\_Medicina.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/2017/Ruth_Macklin/Confidencialidad_en_la_Practica_de_Medicina.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2020, junio 1). *La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles*. [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-non-communicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. [OPD] (2010). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. [https://www.usp2030.org/gimi/RessourcePDF.action;jsessionid=1Dhh\\_QDdddXcoHod7Q8tnfanYhhkzw0C-NBY-fbTIEq5q0yHTuiaZ!2015759462?id=9270](https://www.usp2030.org/gimi/RessourcePDF.action;jsessionid=1Dhh_QDdddXcoHod7Q8tnfanYhhkzw0C-NBY-fbTIEq5q0yHTuiaZ!2015759462?id=9270)
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. [OPD/OMS]. (2020, febrero 14). *Actualización epidemiológica: nuevo coronavirus (COVID-19)*. <http://www.paho.org/en>
- Pallarés Carratalá, V., Gorriiz, C., Llisterri, J.L. y Gorriiz, J.L. (2020, agosto). La pandemia por la COVID-19: una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes. *Medicina Familiar. Semergen*, 46(S1), 3-5. 10.1016/j.semerg.2020.05.002
- Papa Francisco. (2020). *Carta Encíclica Fratelli tutti. Sobre la fraternidad y la amistad social*. [http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco\\_20201003\\_enciclica-fratelli-tutti.html](http://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html)



- Programa Regional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19)*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52142/OPS-HSSBIOCOVID-19200008\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52142/OPS-HSSBIOCOVID-19200008_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sada, F.R. (1997). *Curso de ética general aplicada*. Editorial MiNos.
- 33ª Sesión de la Conferencia General de la UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*. [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.htm](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.htm)
- Ten Have, H., Gordijn, B. (2013). *Handbook of Global Bioethics*. 10.1007/ 978-94-007-2512-6.
- Ten Have, H., Beca, J. P., Camps, V., Finis, J., De Montalvo, F. y J. Sazvulescu. (2020, junio). La pandemia de COVID-19 vista por los expertos en bioética. *Bioética complutense*, (39), 7-28. [https://www.ucm.es/data/cont/docs/1634-2020-06-22-Bioe%CC%81tica%20Complutense%2039-\\_compressed%20\(1\).pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/1634-2020-06-22-Bioe%CC%81tica%20Complutense%2039-_compressed%20(1).pdf)
- Zanier, J. (2010). *Bioética global*. <https://fdocuments.es/document/bioetica-global-utn-2010-ptib-dr-justo-zanier-jzanierspeedycomar.html>

### 3. Educación superior durante y tras la pandemia de COVID-19 examinada mediante la bioética hermenéutica

Pedro César Cantú-Martínez

#### INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades sanitarias de China alertaron de que en la provincia de Hubei habían surgido más de una veintena de casos de una peculiar neumonía cuya causa era totalmente inédita. Estaba asociada a la exposición de personas que acudieron a un sitio donde se comercializaba pescado, mariscos, moluscos y otras especies vivas. Tras este hallazgo, el sector salud de China logró identificar el agente causante del nuevo padecimiento, nombrándolo como SARS-CoV-2, cuya génesis es probable que sea de carácter zoonótico (Ministerio de Sanidad de España, 2020).

A partir de estos acontecimientos la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ramos, 2020) en el mes de marzo de 2020 expresó que esta enfermedad se constituyó en una pandemia y puso en alerta a la comunidad internacional, pues se había convertido en un hecho de carácter de salud pública mundial, y la denominó COVID-19.

El comienzo de este nuevo padecimiento es incierto. Se han producido discusiones entre los miembros de la comunidad académica y científica, de autoridades nacionales e internacionales en el ámbito de la salud, de tal manera que todavía no se pueden esclarecer las condiciones socioambientales que promovieron el surgimiento de esta

enfermedad en los seres humanos (Torres-López, 2020). No obstante, la versión más verosímil es que la fuente es de origen animal, el cual aún se desconoce, como lo hace saber Cyranoski (2020).

La OMS conminó a todos los gobiernos del mundo a adoptar políticas sanitarias de carácter extraordinario de forma inmediata para detener el avance del virus, entre ellas se encuentran el confinamiento en el hogar y el cierre de todos los servicios y eventos sociales públicos donde pudiera darse un contagio.

Estas acciones, con el transcurrir del tiempo, han tenido secuelas de orden social, por ejemplo el declive de las economías de algunos países, o los cambios abruptos de comportamientos sociales que han perturbado la interacción social y las distintas formas de convivencia (Umaña-Mata, 2020). También han repercutido en el ámbito de la educación y de manera particular en la educación superior, lo cual ha tenido un impacto importante dentro del ambiente laboral y académico en el personal administrativo, docente y en los estudiantes. Por ello, el propósito de este texto es hacer una exposición generalizada de los retos y consecuencias en la educación superior en México a la luz de la bioética hermenéutica.

### ¿QUÉ ES LA BIOÉTICA HERMENÉUTICA?

La bioética se puede definir como aquella disciplina solidaria que busca mostrar cómo reorientar el aspecto cognitivo y la praxis de la vida del ser humano. De tal manera que emerja una humanización consciente y con conciliaciones en la actitud y en las conductas que expresan las personas (Rodríguez, 2008).

Desde esta perspectiva, la bioética concurre en problemáticas contemporáneas, como en este caso con la pandemia de COVID-19, una crisis sanitaria que incide en las esferas políticas, emocionales y, de manera global, en la existencia de las personas, convirtiéndose en un suceso extraordinario para nuestra sociedad.

En este horizonte teórico es de suma importancia la hermenéutica, la cual busca mostrar y establecer una mediación entre la explicación del suceso y la comprensión del mismo. Si se consideran las actuaciones de nuestra sociedad frente a la pandemia de COVID-19 tenemos que:

la misma forma en que un texto se desprende de su autor —además— una acción se desprende de su agente y desarrolla consecuencias que le son propias. Una acción se constituye en un fenómeno social porque nuestros hechos se nos escapan y ejercen efectos que no nos propusimos (Villarroel, 2000, p. 152).

Por consiguiente, la hermenéutica, al igual que la bioética, cuenta con apertura, es respetuosa y solidaria de las diferencias entre las personas o eventos en los que estos incurrir. Además, se apoya fundamentalmente en los acontecimientos y la narrativa que, en este caso, emanaría de las prácticas para contener la pandemia de COVID-19.

Por ello surge la imperiosa necesidad de abordar este suceso extraordinario mediante la bioética hermenéutica, con el propósito de explicar las derivaciones y encontrar la noción de las interpretaciones y así agenciar una fundamentación crítica de lo que está emanando y que permanecerá como una eventualidad que abrumará a la sociedad si no se reconoce esta nueva contextualización, donde se ha perturbado la dignidad del ser humano y sus derechos, y también ha mostrado la vulnerabilidad de un gran número de personas.

#### SITUACIÓN DE LA ENSEÑANZA SUPERIOR

La educación sigue siendo uno de los instrumentos sociales más relevantes en el país para lograr la modernización y superar el déficit social y económico que aún subsiste. Así lo señala la Secretaría de Educación Pública en el Programa Sectorial de Educación 2020-2024,

que deriva del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el cual fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de julio de 2020, en el que se asienta que es “urgente poner el sistema educativo al servicio de todas las niñas, niños, adolescentes y jóvenes del país para garantizar aprendizajes significativos y permanentes” (p. 197). En este tenor, se tiene documentado que durante el periodo de 1955 a 2015 se redujo el analfabetismo, toda vez que se logró llevar a cabo la cobertura universal en materia de educación básica (Narro y Moctezuma, 2015), aspecto que el gobierno federal actual seguirá fortaleciendo.

Por otra parte, aunque México cuenta con antecedentes sumamente importantes en materia de educación superior, como comentan Cruz y Cruz (2008) en relación a “la Real y Pontificia Universidad de México, [que] se convertiría en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)” (p. 295), al ser fundada en 1551. Lo cierto es que aún sigue siendo una prerrogativa reservada para algunos, “ya que la cobertura en este tipo educativo es de 39.7 por ciento, para la modalidad escolarizada y no escolarizada” (p. 204). Es necesario advertir que Narro y Moctezuma (2015) documentan que entre 1955 y 2015, el nivel de cobertura en materia de educación superior pasó de 1.5 por ciento a 34.3 por ciento, lo cual no es suficiente para ofrecer una preparación profesional a todo ciudadano mexicano.

Ante este escenario, es pertinente la participación comprometida de las instituciones educativas de nivel superior, de sus propias comunidades académicas y de autoridades federales y estatales. Esta tarea ahora se ha vuelto más compleja al quedar en evidencia los grandes problemas que subsisten en las instituciones de educación superior (IES) al restringir el acceso a los espacios educativos de manera repentina a causa de la pandemia de COVID-19.

Entre otras consecuencias, las IES se vieron apremiadas debido al cierre de sus instalaciones y tuvieron que actuar de forma expedita con

el fin de evitar el retraso de la formación profesional de sus estudiantes y movilizaron a sus núcleos administrativos y académicos a una preparación rápida, además, se hicieron de los elementos tecnológicos. Díaz-Barriga (2020) describe este acontecimiento de la siguiente manera:

Estamos ante un hecho inédito: la pérdida del espacio escolar y del aula. Quizá el cumplimiento, en cierta forma, de la profecía que habían prefigurado en los años setenta del siglo pasado Illich, con su libro *La sociedad desescolarizada*, y Reimers, con *La escuela ha muerto*. El aislamiento social nos acerca de alguna forma a esta situación (p.20).

En todas las IES en México el ajuste por la pandemia de COVID-19 perturbó el modelo tradicional de enseñanza-aprendizaje y de educación presencial. Esta transformación significó formidables desafíos de carácter tecnológico, de orden pedagógico y esencialmente de competencias (Ordorika, 2020).

#### PROBLEMÁTICAS INSTITUCIONALES

Las IES han tenido que lidiar con eventualidades que han promovido aciertos, desaciertos y, en ocasiones, muchas contradicciones. A continuación, mencionaré algunas de estas situaciones, patentes en el contexto del nuevo funcionamiento de las IES.

En primer lugar, en este nuevo marco se han establecido códigos de conducta profesional y de enseñanza, también creado cánones que modifican la funcionabilidad laboral y el modelo de enseñanza aprendizaje. Debido a esto, se han conjugado los espacios laborales y académicos, alterando la convivencia en casa al trasladarse las actividades escolares al espacio familiar en la llamada nueva realidad o normalidad.

En segundo término, esta movilización produjo problemas en el uso de las tecnologías de información y comunicaciones (TIC) para el personal administrativo, académico y para la población estudiantil, pues puso de relieve que aun con infraestructura de tecnologías para la gestión de la información y equipamiento computacional, no es suficiente para soportar la emergencia sanitaria en las IES.

En tercera instancia, no se aseguró que los distintos núcleos universitarios tuvieran las competencias necesarias ni si todos los estudiantes contaban con el equipamiento para atender sus sesiones académicas o laborales desde casa. No obstante, se decidió trasladar la educación superior a los hogares (ANUIES, 2020).

Otra situación –la cuarta– fue la creación de nuevos currículos académicos en función de los recientes acontecimientos, para ello se pusieron en marcha acciones emergentes, lo que provocó en ocasiones confusión entre los académicos que preparaban los ajustes a los programas curriculares.

La quinta eventualidad fue que por un tiempo no se concretaba un plan institucional definido. Con el ánimo de resolver la situación, las autoridades universitarias hablaban por momentos de educación virtual, educación a distancia o mixta (semipresencial), también del uso de metodologías de aprendizaje significativo, aula invertida y aprendizaje basado en proyectos, sin llegar a un camino concreto; a esto se aunaba la capacitación en múltiples programas y tecnologías. De tal manera que se pasó de clases presenciales a virtuales, sin alejarse de las prácticas de las presenciales (Miguel, 2020).

La sexta problemática emana de las brechas financieras de las instituciones del país para afrontar esta crisis sanitaria, ya que existen desigualdades entre las universidades privadas, las públicas de orden federal o estatal, las universidades o institutos tecnológicos, las escuelas normales y, particularmente, las interculturales (Lloyd, 2020).

Todo lo anterior es resultado de una urgente y precaria digitalización curricular, donde era patente la carencia de instrumentos pedagógicos para la evaluación académica de los saberes de los estudiantes y sobre todo de las competencias prácticas que deberían poseer y que quedaban atrás por no poderlas llevar a cabo. Además de la escasez de fondos económicos para sufragar la infraestructura requerida.

#### CRISIS ESTUDIANTIL

La formación profesional de los estudiantes también se vio afectada, ya que los conocimientos que deben impartirse en la educación superior son especializados. Según reportes del INEGI (2018) y Barrón (2020), 43.6 por ciento de los hogares mexicanos no poseen internet y 60 por ciento de la población carece de equipo de cómputo. Además, algunas personas que cuentan con internet tienen un servicio limitado, tanto de ancho de banda como de conectividad. Esta situación hizo que las familias de los estudiantes se enfrentaran a requerimientos económicos y de orden socioeducativo para que estos pudieran llevar a cabo sus actividades académicas y afrontar la continuidad de sus estudios durante la pandemia de COVID-19. Incluso en muchos casos se sumaron pagos extra, no comprensibles, a las IES por concepto de infraestructura, materiales, equipos o cuotas deportivas, que no fueron aprovechados por los estudiantes.

Desde la perspectiva de los estudiantes, este proceso tenía horarios estrictos, actividades abrumadoras, escasa retroalimentación, extenuantes evaluaciones y no se contaba con un trabajo práctico (Miguel, 2020). Lo anterior permitió evidenciar los grandes obstáculos que debe sortear la población estudiantil. En lo que respecta a los estudiantes con capacidades diferentes, es muy probable que carecieran no solo de equipamiento sino además de un válido apoyo para



interaccionar con el nuevo hardware, y seguramente tampoco fueron consultados dadas sus asimetrías en el aprendizaje.

Mientras las IES planeaban pautas para la continuidad de sus funciones sustantivas, se eludió auscultar las adversidades que los estudiantes sufrían y los retos que esto implicaría para ellos y sus familias, por ejemplo, las trabas repetidas, las fallas de conexión a internet, la inadecuada organización de los cursos, el pelear con sus hermanos por el uso de la computadora, la exploración constante de comunicados tanto de orden administrativo como académico durante las 24 horas del día, las fechas de entrega de trabajos o procesos administrativos con un tiempo limitado para llevarse a cabo, entre otras cosas.

Todo ello dejó entrever las brechas digitales, sociales y de orden económico que exteriorizaban los estudiantes, a lo cual también habría que agregar los problemas de orden emocional (Aguilar, 2020; Miguel, 2020), pues también mostraron problemas de actitud, sobre todo poca disposición para el trabajo académico, manifestándose en un desinterés, producto de la ansiedad generada por la nueva modalidad a la que estaban siendo sujetos (Sánchez *et al.*, 2020).

Esta crisis sociosanitaria se puede extender aún más, por eso, se debe considerar que la educación virtual o en línea ayuda, pero no es lo suficiente para garantizar una preparación adecuada a nivel universitario. En esencia porque las TIC no tienen una función pedagógica y solo se constituyen en medios para hacer transitar el conocimiento, ya que nunca podrán sustituir la preparación ejercida de forma presencial (García, 2019). Esta dificultad plantea a las IES serias dificultades de “responsabilidad ética de crear condiciones para que los estudiantes sean autorreflexivos, bien informados y tengan la capacidad de unir el aprendizaje con el cambio individual y social” (Barrón, 2020, p. 71).

Todo lo mencionado significó grandes problemas para la formación académica, ya que las condiciones para acceder a una educación

virtual son totalmente desiguales entre los alumnos universitarios. Estas desigualdades solo acentuaron el rezago educativo, la discriminación y la exclusión social, además también abonaron a que una gran parte de la población juvenil se sumara a los ámbitos de la pobreza y de la inequidad intelectual (Chehaibar, 2020).

#### CRISIS LABORAL Y ACADÉMICA

La situación laboral y académica del personal docente y administrativo de las IES cambió debido al surgimiento de la pandemia, la cual trastocó su existencia personal y su vida familiar una vez que se anunció la suspensión de las actividades presenciales y se optó por una modalidad virtual. Silas y Vázquez (2020) describen este hecho al indicar que las IES “continuaron sus actividades en estado de alerta y, una a una, fueron anunciando que suspenderían sus clases de manera presencial y trasladarían sus cursos a una modalidad emergente” (p.20).

La modalidad emergente trajo consigo grandes vacilaciones, pues esta transición, a falta de una buena planeación, implicó actividades exhaustivas para sostener la actividad académica. Y aunque se apeló a la empatía y al respaldo de la planta administrativa y docente, de todas formas hubo ambigüedades, tensiones y preocupaciones entre todo el personal universitario.

Como ya se mencionó, las autoridades universitarias al principio hablaban de modalidad virtual, de educación a distancia, incluso de una modalidad mixta, sin embargo, estas formas de denominar el nuevo esquema educativo no se ajustaban al contexto de los escenarios académicos que se suscitaban. De hecho, como acertadamente lo comentan Silas y Vázquez (2020) se trataba de una “enseñanza más que de un planteamiento de aprendizaje, de algo remoto más que virtual o híbrido y de algo emergente más que planeado y convenido” (p. 21).

De inmediato, en el seno de la planta académica universitaria surgieron obstáculos como la falta de una comunicación fluida y oficial, la

inexperiencia en el uso esencial de la tecnología digital, las limitaciones provenientes del equipamiento computacional y tecnológico, así como del acceso a algunas aplicaciones pues aunque no todas eran de paga, las gratuitas contaban con funciones restringidas.

Por consiguiente se ocasionó un desánimo, fundamentalmente porque muchas de las sugerencias tecnológicas y de software no se ajustaban a los requerimientos que necesitaban, y por otra parte, durante las capacitaciones se hizo un descargo de responsabilidad en algunos docentes para apoyar a otros compañeros universitarios, creando mayor ansiedad, debido a que estos maestros voluntarios tomaban las capacitaciones al mismo tiempo.

Estos inconvenientes comenzaron a generar nuevos escenarios laborales, entre ellos tenemos los siguientes:

- a) La jornada de trabajo se alargó más allá del horario laboral convenido.
- b) La situación demandó un gran esfuerzo intelectual y físico para cumplir con las demandas institucionales.
- c) Muchos académicos universitarios desistieron.
- d) Algunos maestros promovieron su jubilación.
- e) Otros tantos académicos tuvieron que invertir en nuevo equipamiento computacional, ya que los que poseían no eran adecuados para los propósitos de atender la emergencia y en ciertos casos requirieron contratar un servicio de internet idóneo.
- f) Hubo necesidad de adecuar un espacio en su casa para dar las clases.
- g) Se produjeron implicaciones negativas por la indiferenciación y conjugación de los espacios y obligaciones laborales con las tareas y funciones en el hogar.
- h) Algunos profesores por horas o contrato se vieron expuestos al despido si no accedían a estas nuevas condiciones y exigencias no suscritas en sus contratos de trabajo.

Estas circunstancias pusieron a prueba la resiliencia de una gran parte del personal universitario, tanto por su compromiso institucional como por su responsabilidad en la tarea de formar nuevos y competentes profesionales, con lo cual la reconversión de los espacios de educación superior no ha sido nada fácil.

#### INTERACCIÓN DEL ACADÉMICO Y ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

En la actualidad, los académicos universitarios pasan por una crisis consecuencia del escenario que la pandemia de COVID-19 ha planteado a las IES. Enseñar cómo educar exige respeto a los conocimientos que los estudiantes universitarios poseen y también a sus personas. Vilchis (2002) comenta que el respeto involucra tanto la dignidad de la persona como la responsabilidad social, lo cual es patente en la educación superior cuando se ejerce la labor como académicos, de acuerdo a las obligaciones laborales y ante la sociedad. Esto implica admitir, valorar, apreciar y comprender las condiciones y cualidades del prójimo, así como sus derechos y dignidad (Von Hildebrand, 2004).

En cuanto a la interacción entre maestros y estudiantes, se han suscitado una serie de hechos negativos que han visibilizado situaciones de inmoralidad e inequidad. Como ejemplos, tenemos dos casos documentados, uno en la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED) y otro en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

En el primer caso, una catedrática de la Facultad de Psicología de la UJED fue separada de su cargo al dirigirse con tono amenazante a sus alumnos universitarios. De su conversación se resalta lo siguiente: “Ubícate niño... o arreglan la cámara o conmigo van a tener falta”, mientras vociferaba frente a sus estudiantes de manera acalorada (Las-tra, 2020). Por otra parte, en la Facultad de Ingeniería Mecánica y Eléctrica de la UANL un catedrático, se dirigió de manera no respetuosa a un alumno con síndrome de Asperger, al cual le dijo:

Eh cabrón, te estoy diciendo que lo hagas en la libreta a mano, pinche burro, no te chifles güey, hazlo... la ingeniería no es para chiflados, es para gente sensata, tal vez el arte pueda servir para chiflados... Si le sigues, te voy a reprobar desde antes por falta de capacidad intelectual, Jesús, hazlo, échalo andar, güey, no nos interrumpas. (Recio, 2020)

¿Qué tienen en común estos dos casos? Ambos docentes tienen más treinta años de antigüedad laboral, se les retiró de su cargo por el resto del semestre, los dos argumentaron que han formado a muchos profesionistas y que no fue su intención ofender a los alumnos, que la forma en la que se condujeron no refleja sus principios ni los de las IES y en esencia, que su proceder se debía al estrés causado por la pandemia.

A continuación haré un análisis de estas actuaciones basado en la conciencia moral, que puede definirse como “el conjunto de procesos cognitivos y afectivos que forman un gobierno moral interiorizado sobre la conducta del individuo” (Vargas, 2009, p. 110). En este aspecto, es relevante hacer hincapié que la conciencia moral interviene en la esfera del comportamiento, de los hábitos y las prácticas.

Al retomar las argumentaciones de los docentes, observamos que ambos, en el uso y ejercicio de su voluntad y libertad, es decir, de manera consciente, se condujeron sin analizar las consecuencias en sus desempeños académicos. Por otra parte, apelaron a su trayectoria en la formación de profesionistas exitosos, sin tomar en cuenta que el juicio ético emanado por la sociedad no es hacia su trayectoria académica, sino hacia el acto en que han incurrido y que ha traído consecuencias, trascendiendo más allá del propio acto.

Asimismo, cuando advierten que no fue su intención ofender, olvidaron que sus actos siempre están orientados hacia los demás. Si bien tuvieron la posibilidad de rectificar su conducta, toda elección trae consecuencias distintas según la determinación que se haya abrazado consien-

temente, y en estos casos produjo resultados negativos para sí mismos, sus estudiantes y las IES. De tal manera que la exteriorización de sus conductas dan cuenta de sus cualidades internas y subjetivas (Ortiz, 1999).

También aseveraron que estos actos no representan sus principios personales ni los de las IES. Si seguimos en la reflexión en torno a la conciencia moral, esto solo denota el discurrir de las vidas personales de los académicos y la manera en que se ha construido esta conciencia moral íntimamente, donde concurren las evidencias de los grupos sociales con los cuales se han involucrado y también donde han aprendido a valorar las acciones de sus conductas y las normas que las guían. Es decir, tras las manifestaciones de comportamiento exhibido y concreto están las precisiones cualitativas que les han formado constantemente (Ortiz, 1999).

A pesar de que en ambos sucesos prevaleció el argumento de que se debía al estrés de la pandemia de COVID-19, esto no es válido, pues se distinguen en las evidencias que coexisten y de acuerdo con Vargas (2009) tres elementos que demuestran la autonomía de su actuación concreta: no existe coacción externa que mediara su acción, se hizo con conocimiento y además denota ser intencionada.

De esta manera, se mostró en los dos casos la falta de diálogo y cooperación de los profesores universitarios con sus alumnos, prevaleció un autoritarismo exacerbado que denotó un clima académico deteriorado, donde los profesores involucrados en estos eventos no juzgan y aprecian a las personas por igual (Carrasco-Aguilar y Luzón, 2019).

En relación a las conductas que deben tener los académicos, los reglamentos de la UJED y UANL dictan las siguientes pautas:

a) UJED Reglamento del Personal Académico (1992)

Capítulo II.- De las funciones, los derechos y las obligaciones del personal académico.

Artículo 23.- Son obligaciones generales del Personal Académico:

IV.- Observar una conducta decorosa dentro y fuera de la Universidad. (p. 9)

b) UANL Reglamento del Personal Académico (1996):

Capítulo II.- Obligaciones

Artículo 63.- El personal académico con responsabilidad docente, llámese instructor, profesional académico o profesor, deberá cumplir con todas y cada una de las siguientes obligaciones:

XXI. Observar probidad y buenas costumbres, fomentando el engrandecimiento de la Universidad y el respeto a su autonomía.

XXII. Guardar consideración y respeto a la Universidad, a sus autoridades y a todos los miembros de la comunidad universitaria. (pp. 13 y 14)

En ambas instituciones existen líneas conductoras deontológicas que rigen el comportamiento de los académicos universitarios. No obstante, el proceder de estos maestros se alejó de los preceptos, por desconocimiento o por negligencia. En esta abstracción, se observa que los componentes de sus conductas están acordes a las normas y conciencia social imperantes en ellos mismos, donde se encuentra el núcleo de sus valores morales.

Por otra parte, es necesario que las IES conceptualicen las normas de comportamiento para las clases en línea o virtuales y, si ya se cuenta con ellas, darlas a conocer profusamente a los profesores y los estudiantes. En estos documentos rectores de la conducta deben subsistir de forma explícita valores que fortalezcan actitudes de respeto, responsabilidad, honestidad, solidaridad y justicia. De acuerdo con Sánchez Díaz (1999), “un valor puede definirse como un bien deseado para el desarrollo de las personas y los grupos humanos” (p.29).

En resumen, el profesor universitario debe llevar a cabo, de manera reflexiva, una autoevaluación de su capacidad en la labor académica

desempeñada para transmitir estos valores, con lo cual sea una figura virtuosa e inspiradora para sus alumnos en el contexto de la funcionalidad de las IES, sea esta enseñanza de manera presencial, a distancia o virtual.

Surge ahora una pregunta: ¿Hay acaso situaciones, actividades humanas que no supongan valores? (Sánchez Díaz, 1999, p. 29). En esta interiorización, se debe estar consciente y contar con prudencia, comprensión, diálogo y madurez, aspectos que no existieron en las dos situaciones académicas examinadas.

#### DESPUÉS DE LA PANDEMIA, QUÉ ACONTECERÁ CON LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Es en las dificultades de los distintos órdenes sociales, económicos o de calidad sanitaria, donde se notan las desigualdades y discrepancias en las que subsisten las personas. No obstante, las eventualidades antes mencionadas no tuvieron su génesis con la pandemia -solo las acentuó- sino que son producto del rezago y el olvido en el que coexisten muchas personas de nuestra sociedad.

Las deficiencias estructurales de las IES en cuanto a las TIC para solventar las tareas administrativas y académicas configuran un escenario comprometedor y, si además le sumamos los rezagos en que viven los estudiantes universitarios y sus familias, nos encontramos con un entorno educativo sumamente vulnerable.

Ante tal escenario, se debe tomar en cuenta que el avance de COVID-19 puede todavía prolongarse en México, por eso resulta conveniente reflexionar pues, dadas las condiciones económicas y sociales, podría significar un elevado riesgo para la adecuada continuidad de la educación superior. Los efectos negativos sobre la preparación académica de los universitarios serán inevitables y habrá una pérdida de calidad educativa. Carrión (2005) comenta al respecto que, si bien el



automatismo y uso de las TIC ofrecen posibilidades, lo más relevante debe ser valorar su calidad y si en verdad están aportando a la formación de los estudiantes. De acuerdo con Borges (2005), la frustración latente en un estudiante surge cuando el docente se yergue en la educación en línea como “un guía y un facilitador del aprendizaje y del conocimiento, en vez de un elemento central en la transmisión del saber” (p.2).

Alrededor de la formación académica en línea, se generan expectativas de calidad, sin embargo esto no sucede así, cuando el alumno se perca y evalúa ante los acontecimientos de la contingencia sanitaria, que frecuentemente se dejan de lado las competencias, habilidades y destrezas que deben poseer, como cuando realizan sus prácticas en un laboratorio. Ante esto es necesario recordar que es en la praxis donde “se confirman, se modifican o se amplían los saberes” (Freire, 1997, p. 24).

Por eso, las autoridades de las IES deben analizar con suma prudencia y objetividad la calidad educativa y las metodologías empleadas, pues se tiende a valorar el uso de las tecnologías como un indicador, en lugar de apreciar si estas instrumentaciones tecnológicas aportan efectivamente a la formación de los estudiantes (Borges, 2005).

En esencia, en el contexto antes expuesto y debido a que no todos los alumnos universitarios tienen los insumos adecuados y las capacidades económicas, es probable que surja un “analfabetismo informático o la brecha digital entre inforrricos e infopobres” (Carrión 2005, p. 9). Pero además es pertinente procurar que la educación superior continúe siendo un procedimiento de carácter formativo e impedir que se convierta en un proceso despersonalizado, automatizado y de traspaso de información a los estudiantes universitarios, como lo comentan Villafuerte *et al.* (2020).

Al respecto, Freire (1997), en su libro titulado *Pedagogía de la autonomía*, indica que el académico debe:

Saber que enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción. Cuando entro en un salón de clases debo actuar como un ser abierto a indagaciones, a la curiosidad y a las preguntas de los alumnos, a sus inhibiciones: un ser crítico e indagador, inquieto ante la tarea que tengo, la de enseñar y no la de transferir conocimientos. (p.47)

La educación superior no existe si el alumno universitario no aprende y asimila. Por lo tanto, no tiene

validez la enseñanza que no resulta en un aprendizaje en que el aprendiz no se volvió capaz de recrear o hacer lo enseñado, en que lo enseñado que no fue aprehendido no pudo ser realmente aprendido por el aprendiz (Freire, 1997, p. 25-26).

#### CONSIDERACIONES FINALES

La crisis de salud y sanitaria resultado de la pandemia de COVID-19 ha trastocado los cimientos del sistema educativo en México, desde preescolar hasta la universidad porque ha precisado un cambio radical, repentino e inevitable. La postura de las autoridades de educación superior ha sido sostener que la educación virtual o en línea podría suplir adecuadamente a la forma tradicional y que el acomodo a este nuevo tipo de enseñanza-aprendizaje pudiera traer los menos problemas posibles.

Sin embargo, el escenario y las circunstancias han sido muy distintas al discurso emitido. Muchas familias se encuentran en total zozobra a raíz de la pandemia, además, hay intranquilidad debido al desempleo y, por consecuencia, se levanta otra eventualidad de orden económico.

Por otra parte, las TIC no aportan contenido de carácter educativo de calidad y por lo tanto es iluso pensar que puedan reemplazar

al componente humano. El argumento de que la educación superior resolvería la eventualidad mediante la virtualidad o la educación a distancia es bastante cuestionable, pues lo que ha quedado en evidencia es que ha sido un gran esfuerzo no probado con antelación por todos los actores de la comunidad educativa. También se confirma que todavía existe una gran distancia entre las IES en nuestro país, tanto en el orden financiero como en las diferencias socioeconómicas entre los estudiantes que atienden. Esto trajo consigo otras dificultades que inciden en el personal académico, administrativo y estudiantil de las IES, donde se ha desdibujado el horario laboral y académico, los cuales ocupan ahora la intimidad del hogar y los espacios lúdicos de las personas. Finalmente, al recrear y analizar las actividades de las IES a la luz del escenario actual de la pandemia de COVID-19, estamos realizando una reflexión con la finalidad de contextualizar un referente bioético hermenéutico que permita una vida buena para todos.

## REFERENCIAS

- Aguilar, J. (2020). Continuidad pedagógica en el nivel medio superior: acciones y reacciones ante la emergencia sanitaria. En J. Aguilar, A. Alcántara, F. Álvarez, R. Amador, C. Barrón, M.T. Bravo *et al.* *Educación y pandemia. Una visión académica* (pp. 47-54). UNAM- IISUE.
- ANUIES. (2020). *Acuerdo Nacional por la Unidad en la Educación Superior frente a la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19*. <http://www.anui.es.mx/media/docs/avisos/pdf/200424155500Acuerdo+Nacional+frente+al+covid-19.pdf>
- Barrón, M.C. (2020). La educación en línea. Transiciones y interrupciones. En J. Aguilar, A. Alcántara, F. Álvarez, R. Amador, C. Barrón, M.T. Bravo *et al.* *Educación y pandemia. Una visión académica* (pp. 66-74). UNAM- IISUE.
- Borges, F. (2005). La frustración del estudiante en línea. Causas y acciones preventivas. *Digithum*, 7, 1-9.
- Carrasco-Aguilar, C. & Luzón, A. (2019). Respeto docente y convivencia escolar: significados y estrategias en escuelas chilenas. *Psicoperspectivas*, 18(1), 1-11.

- <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue1-fulltext-1494>
- Carrión, J.M. (2005). Una mirada crítica a la enseñanza a distancia (Segunda Parte). *Revista Iberoamericana de Educación*, 36(12), 1-12. <https://doi.org/10.35362/rie36122740>
- Chehaibar, L.M. (2020). Flexibilidad curricular. Tensiones en tiempos de pandemia. En J. Aguilar, A. Alcántara, F. Álvarez, R. Amador, C. Barrón, M.T. Bravo et al. *Educación y pandemia. Una visión académica*. (pp. 83-91). UNAM- IISUE.
- Cruz, Y. y Cruz, A.K. (2008). La educación superior en México tendencias y desafíos. *Avaliação*, 13(2), 293-311.
- Cyranoski, D. (2020). Mystery deepens over animal source of coronavirus. *Nature*, 579(7797), 18-19.
- Díaz-Barriga, A. (2020). La escuela ausente, la necesidad de replantear su significado. En J. Aguilar, A. Alcántara, F. Álvarez, R. Amador, C. Barrón, M.T. Bravo et al. *Educación y pandemia. Una visión académica*. (pp. 19-29). UNAM- IISUE.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI Editores.
- García, L. (2019). Necesidad de una educación digital en un mundo digital. *RIED-Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 22(2), 9-22.
- INEGI (2018). *Encuesta nacional sobre la disponibilidad y uso de TIC en hogares*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/temas/ticshogares/>
- Lastra, G. (2020, septiembre 24). *Maestra de UJED es despedida por maltratar a alumnos en clase virtual*. TeleDiario. <https://laguna.telediario.mx/nacional/maestra-de-ujed-es-despedida-por-maltratar-alumnos-en-clase-virtual-video>
- Lloyd, M. (2020). Desigualdades educativas y la brecha digital en tiempos de COVID-19. En J. Aguilar, A. Alcántara, F. Álvarez, R. Amador, C. Barrón, M.T. Bravo et al. *Educación y pandemia. Una visión académica*. (pp. 115-121). UNAM- IISUE.
- Miguel, J.A. (2020). La educación superior en tiempos de pandemia: una visión desde dentro del proceso formativo. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 50(No. Especial), 13-40.

- Ministerio de Sanidad de España. (2020). *Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Madrid. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación-MSE.
- Narro, J. y Moctezuma, D. (2015) La experiencia de la educación superior en México. Transformación y retos. En R. Martínez (Coord.) *Los avances del México contemporáneo: 1955-2015. IV. La educación y la cultura*. (pp. 27-46). Instituto Nacional de Administración Pública.
- Ordorika, I. (2020). Pandemia y educación superior. *Revista de la Educación Superior*, 194(49), 1-8. <https://doi.org/10.36857/resu.2020.194.1120>
- Ortiz, E. (1999). Un modelo de personalidad para la formación de valores en la educación superior. *Magistralis*, 16 (Enero-Junio), 39-58.
- Ramos C. (2020). COVID-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. *Salud Pública México*, 62, 225-227. <https://doi.org/10.21149/1127>
- Recio, K. (2020, octubre 21). FIME remueve a maestro tras maltrato a alumno con Asperger. *Milenio*. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/sociedad/fime-burla-alumno-asperger-maestro-separado-grupo>
- Rodríguez, H. (2008). Bioética, psicología y hermenéutica. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 8(1), 116-123.
- Sánchez Díaz, J. (1999). Los valores en la educación superior: ¿Algo que añadir, que descubrir o crear? *Magistralis*, 17 (Julio-diciembre), 29-35.
- Sánchez, M., Martínez, A.M.P., Torres, R., De Agüero, M. Hernández, A.K., Benavides, M.A., Jaimes, C.A. y Rendón, V.J. (2020). Retos educativos durante la pandemia de COVID-19: una encuesta a profesores de la UNAM. *Revista Digital Universitaria*, 1-23. <https://www.revista.unam.mx/prensa/retos-educativos-durante-la-pandemia-de-covid-19-una-encuesta-a-profesores-de-la-unam/>
- Secretaría de Educación Pública. (2020, julio 6). Programa sectorial de educación 2020-2024. Programa sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. *Diario Oficial de la Federación*, pp. 194-320.
- Silas, J.C. y Vázquez, S. (2020). El docente universitario frente a las tensiones que le plantea la pandemia. Resultados de un estudio mexicano/latinoamericano. *Revista latinoamericana de estudios educativos*, 50(Núm. Especial), 89-120.
- Torres-López, J. (2020). ¿Cuál es el origen del SARS-CoV-2? *Revista Médica Instituto*

*Mexicano Seguro Social*, 58(1), 1-2.

- Universidad Autónoma de Nuevo León. (1996). *Reglamento del personal académico*.
- Universidad Juárez del Estado de Durango. (1992). *Reglamento del personal académico*.
- Umaña-Mata, A.C. (2020). Educación Superior en tiempos de COVID-19: oportunidades y retos de la educación a distancia. *Revista Innovaciones Educativas*, 22(Núm. Especial), 36-49.
- Vargas, J.E. (2009). Formación de la conciencia moral: referentes conceptuales. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 3(1), 108-128.
- Vilchis, X. (2002). La importancia del respeto como valor fundamental de la responsabilidad social. *Razón y palabra*, 27. <http://www.razonypalabra.org.mx/fcys/2002/julio.html>
- Villafuerte, J.S., Bello, J.E., Pantaleón, Y. y Bermello, J.O. (2020). Rol de los docentes ante la crisis del COVID-19, una mirada desde el enfoque humano. *Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa*, 8(1), 134-150.
- Villarroel, R. (2000). Bioética hermenéutica. *Acta Bioethica*, 6(1), 143-157.
- Von Hildebrand, D. (2004). La importancia del respeto en la educación. *Educación y Educadores*, 7, 221-228.

## 4. La salud mental y la participación comunitaria. Reflexiones en el contexto de COVID-19

*...Y pienso si no será siempre así,  
que el arte de nuestro tiempo,  
ese arte tenso y desgarrado,  
nazca invariablemente de nuestro desajuste,  
de nuestra ansiedad y nuestro descontento.*

ERNESTO SÁBATO, *LA RESISTENCIA*

Perla Elizabeth Orozco Vázquez

### INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 es una emergencia de salud pública que ha sacudido el mundo por un año. En este tiempo se ha experimentado, tal vez de la forma más atroz posible, la vulnerabilidad humana de la que tantas veces se ha hablado. Estar expuestos a reconocer la fragilidad de la vida, sin distinción de edad, condición socioeconómica, sexo, escolaridad o cualquier otra característica o condición; asumir la pérdida de bienes materiales, de empleos y de estilos de vida; favorecer la heteronomía momentánea sobre la autonomía en pro del bien común, son solo algunos de los asuntos que nos han confrontado individual y socialmente.

En esta sacudida global, conforme se ha tenido mayor conocimiento del virus SARS-CoV-2 y su forma de actuar en los seres humanos, también se han subrayado las condiciones de vulnerabilidad especial o vulnerabilidad secundaria a ciertas variables como la edad o las enfermedades preexistentes, hablando específicamente de la posibilidad del

contagio y su prognosis y se ha enfatizado el establecimiento de estrategias dirigidas a personas con diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Por ahora, las medidas se han orientado al resguardo de las personas y al control de los padecimientos, sin embargo, la tarea permanente en el ámbito de la salud continúa siendo promover mejores tratamientos, así como la reducción de la tasa de morbi-mortalidad de dichas enfermedades.

Desde la perspectiva de la salud mental, algunos padecimientos ya eran objeto de atención por su prevalencia y por las consecuencias para quien los padece, su familia y para la sociedad en general. En particular, se hace referencia a los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, al consumo de sustancias y a la violencia familiar, mismos que de acuerdo a la literatura científica han mostrado un incremento en su incidencia durante la pandemia.

Es pertinente señalar que alineadas con las propuestas emitidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel nacional y en estados como Nuevo León, se ha integrado la atención de la salud mental como parte de las acciones de respuesta ante esta pandemia, hecho que ha permitido amortiguar el impacto emocional en la población general. Esta integración es de gran relevancia, ya que no hace muchos años la OPS (2016) señalaba que, en la planificación de la respuesta ante las epidemias, los grandes ausentes eran los aspectos psicosociales y de salud mental.

Inevitablemente los esfuerzos, los recursos y la atención de la salud en una situación de emergencia -sanitaria, social o de carácter individual- siempre se encuentran dirigidos, en una primera etapa, a preservar la vida física y a realizar acciones de contención dirigidas a recobrar cierto grado de estabilidad. Cómo recobrar ese grado de estabilidad o avanzar hacia un camino distinto en un proceso de recu-



peración, es algo en lo que la bioética se encuentra preocupada cuando la emergencia es de carácter social.

Este proceso, definitivamente implica una ampliación de la conceptualización de la salud mental, concibiéndola como algo que trasciende a la mera ausencia de síntomas o trastornos mentales, que tiene que ver con la presencia de ciertos elementos que estarían en la línea del bienestar emocional.

Hablar sobre salud mental y participación comunitaria, en el contexto de COVID-19, tiene por objeto, por supuesto, aludir al impacto que esta enfermedad ha tenido en la salud mental de las personas, a través de algunas apreciaciones de la literatura científica. El asunto medular de este escrito, sin embargo, radica en otros temas vinculados a lo comunitario y a la gestión de emociones públicas, como un acercamiento a un sentido de rehabilitación y recuperación social.

#### IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL

Durante la pandemia se han realizado estudios sobre cómo ha afectado a las personas no solo el temor al contagio, sino las medidas tomadas por los gobiernos para prevenirlo, como el distanciamiento social y la cuarentena.

Al inicio, ante la incertidumbre, la población mostró temor, nerviosismo, tristeza y culpabilidad, también predominaron la irritabilidad y las modificaciones en el estado de ánimo (Brooks *et al.*, 2020). A través de lo que se ha observado en la literatura científica, en muchas ocasiones estas manifestaciones se han convertido en trastornos propiamente dichos, entre los que destacan la depresión, la ansiedad y el trastorno por estrés postraumático, que han sido los problemas de salud mental sobre los que se ha estudiado más en esta pandemia (Cénat, *et al.*, 2020).

Conforme se ha incrementado la duración estimada en un inicio, pareciera que las medidas de distanciamiento social y la cuarentena

son las que repercuten con más fuerza en la población, puesto que irrumpen en la dinámica social e individual, forzando cambios drásticos en los ámbitos laboral, educativo, de ocio y tiempo libre, e incidiendo de forma clara también en el núcleo familiar. Por ello, se ha reportado frustración, soledad, sensación de falta de control y enfado (Brooks *et al.*, 2020; Hossain, Sultana y Purohit, 2020). Esta consideración es de gran relevancia, ya que a mayor duración del aislamiento, existe un mayor pronóstico de problemas de la salud mental en cuanto esta termina (Pancani *et al.*, 2020).

En países como México, a poco más de un año de esta experiencia se presenta un panorama complejo y de pronóstico reservado, si consideramos elementos como la afectación económica, la cantidad de muertes provocadas por esta enfermedad y las complicaciones de duelo, por ejemplo, las condiciones excepcionales en que se han tenido que llevar los procesos hospitalarios, la incredulidad ante la muerte inesperada de personas que incluso se encontraban sanas, la culpa, así como la ruptura de toda una tradición de ritualidad en torno a las despedidas. Todo esto sin olvidar al personal de salud, que además ha enfrentado agotamiento físico y emocional, estragos en la vida diaria y familiar y problemas de sueño, entre otras consecuencias.

## LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL AFRONTAMIENTO DE LA PANDEMIA

En aras de ir aportando algunos elementos de análisis, conviene preguntarnos por qué la importancia de la participación comunitaria.

La OMS ha puesto a disposición del público en general, de los gobiernos y de los profesionistas de la salud una serie de documentos y lineamientos para hacer frente a la pandemia, desde el inicio hasta lo esperable una vez que se haya controlado. En mayor o menor medida se hace énfasis en la necesidad de involucrar a la comunidad y fomentar

la participación para la contención del brote epidemiológico, la erradicación del estigma social asociado a quienes han sido infectados por el virus, o que tienen una exposición constante con este, como ha sido el caso de personal de salud.<sup>1</sup> De esta manera, es esperable y necesario hacer algunas precisiones al respecto.

¿Cuáles serían las características deseables o lo que se esperaría en torno a la participación comunitaria para el mejor afrontamiento de emergencias sanitarias, como la desencadenada por COVID-19? Para responder a esta pregunta, con base en la propuesta de Bispo Júnior y Brito Morais (2020), tendremos que discernir entre los modelos de participación y el significado o interpretación que damos al concepto de comunidad. Estos autores mencionan los tres significados de comunidad más utilizados en el ámbito de la salud y enfatizan la necesidad de tenerlos en cuenta a la hora de planificar acciones para combatir la pandemia, advertidos de la complementariedad que tienen entre sí. El primero de ellos corresponde a una visión demográfica que alude a la relación de personas ligadas a un territorio específico; el segundo, relacionado con la afinidad de intereses e identidades, y el tercero, que corresponde a una vertiente epidemiológica, identificaría a una población objetivo o grupo de riesgo (p. 2-3). Una de las cuestiones resaltadas por dichos autores, y que resulta pertinente enfatizar, es el descuido que se hace de características como pertenencia, identidad y tradiciones, al elegir con frecuencia, enfoques demográficos y epidemiológicos.

Respecto a los modelos de intervención, se hará referencia a dos de ellos; el primero, denominado Continuo de participación

---

<sup>1</sup> Ejemplos de estos documentos son *Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) en la preparación y respuesta frente al nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV)* y *Promoción de equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID-19: consideraciones clave*.

comunitaria engloba tres formas en las que las comunidades colaboran: la primera, la movilización comunitaria, se caracteriza por concebir la participación como el seguimiento de las instrucciones del personal de salud; en la segunda, denominada colaboración, los miembros de la comunidad desarrollan acciones, teniendo un papel más activo y en la última, el empoderamiento comunitario, la participación es más autogestiva, proponiéndose el cambio de las condiciones de vida de la población a través de un poder compartido entre la comunidad y los sistemas de salud (Bispo Júnior y Brito Morais, 2020, p. 4).

Por otro lado, Brunton *et al.* (2017) sugirieron la propuesta de dos perspectivas explicativas sobre la participación de la comunidad en la mejora de la salud de las personas: una de servicios de salud o utilitarista y una de justicia social. Las intervenciones utilitaristas, desde el marco en que los autores lo definen, se basan en la invitación de los servicios de salud a las comunidades y la búsqueda de su involucramiento, todo bajo políticas, prácticas y recursos existentes. Por otro lado, las denominadas de justicia social, promueven un cambio estructural, a través de la ayuda prestada a las personas para participar, negociar e incidir en la toma de decisiones.

La participación que se ha visto retratada hasta hoy, por lo menos en Nuevo León, continúa estando basada en la forma de movilización comunitaria, donde el papel de la población ha sido acatar instrucciones de las autoridades de salud. Si bien es de reconocer que la información oficial difundida por diversos medios, así como las acciones realizadas, han sido acordes a lo establecido internacionalmente, tal vez no ha sido suficiente para tener un buen control de la enfermedad. Se han registrado repuntes de contagios como consecuencia probable de la relajación de medidas, por lo que se ha tenido que recurrir a sanciones económicas, por incumplimiento de disposiciones como el uso

de cubrebocas o por la realización de reuniones masivas. En una parte de nuestra población, como ha sucedido en otras partes del mundo, se ha percibido descontento, desesperación y enojo, entre otras emociones, por no poder hacer uso absoluto de la autonomía (la cual pareciera ser entendida solo como una libertad, sin responsabilidad). ¿Qué se podría pensar sobre esto? De acuerdo con Hannah Arendt (como se citó en Camps, 2017), para actuar o responder razonablemente ante una situación de carácter trágico, uno debe sentirse afectado. Esto nos abre otra ventana y nos reafirma que la información por sí misma nunca es suficiente para lograr que el otro se adhiera a un plan o proyecto, incluso si tiene que ver con el bien común.

Esto también invita a cuestionarnos por nuestra concepción comunitaria, en la que probablemente, como consecuencia del mundo global en que estamos inmersos, nos pudieran hacer falta estas características de pertenencia e identidad, señaladas por Bispo Júnior y Brito Morais (2020), necesarias en el emprendimiento de un proyecto en común.

#### EL LUGAR DE LAS EMOCIONES Y LA CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES SOCIALES

De este modo, en el proceso de hilvanado de los elementos de los que ya se ha hecho mención, las emociones forman una parte importante. Según Camps (2017, p. 13), son vehículos de acción; sin embargo, también pueden ser paralizadores. Para que funcionen como móviles y contribuyan al bienestar de las personas, señala la autora, es preciso conocerlas y aprender a gobernarlas, en el sentido de encauzarlas.

Por ejemplo, en algunas investigaciones la indignación se identificó dentro de las emociones negativas relacionadas con la pandemia (Mukaetova-Ladinska y Kronenber, 2020). Este concepto es definido como “el conjunto de una serie de factores que hace que la población

se enoje, esté furiosa o al menos preocupada” (OMS, 2016). Debemos preguntarnos cómo podemos encauzar esta emoción.

Nussbaum (2013), nos da una pista al hablar de emociones públicas, cuando afirma que todas las sociedades deben tomar en cuenta y gestionar dos emociones que califica de inquietantes: la aflicción, relacionada con este “sentirse afectado” del que se había hecho mención, la cual se caracteriza por ser una tristeza profunda ante una pérdida y, de acuerdo a la autora, puede encauzarse a través de la reciprocidad y la compasión. La segunda alude al asco y debe ser contenida para que no sea una barrera en el interés por otros.

Desde hace varias décadas y en el marco de la filosofía, algunos autores han criticado severamente ciertas características y motivaciones de la sociedad globalizada en la que vivimos, afirman que hemos construido una sociedad individualista, hedonista, en donde existe una continua competitividad e impera la ley de sobrevivencia del más fuerte. Las consecuencias también han sido señaladas cada vez con más ahínco: aburrimiento, hastío, tristeza vaga, profunda, sosegada y permanente (Camps, 2017, p. 237).

Si aceptamos esta apreciación como cierta, hay por lo menos dos problemas por atender: uno de ellos es que, al vivir de acuerdo a estas consecuencias señaladas por Camps (2017), la fragilidad emocional es notable, si lo apreciáramos clínicamente, lo que conlleva un mal pronóstico para el afrontamiento de crisis. El otro es que difícilmente en este escenario pueden cultivarse la reciprocidad y la compasión, puesto que el clima realmente favorece la autocompasión.

Si esto fuera así (quisiera dejarlo como una suposición, en pro de la reflexión, aunque existen muchos elementos para afirmarlo), tenemos alternativas para el cambio, pero como en todo problema, lo principal y el inicio de su solución comienza con el reconocimiento.

Además de las emociones, es necesario sumar las capacidades. Nussbaum (2020) propone, por un lado, examinar las capacidades internas (rasgos y aptitudes) y, por otro, estudiar las capacidades centrales, de las cuales son dos las más relevantes por su carácter de organización o fundamento:

*Afiliación.* [Implica] poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de interacción social: ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. [También contempla] disponer de las bases sociales necesarias para... que se nos trate como seres dignos de igual valía que los demás.

*Razón práctica.* Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida. (p. 54)

Estas capacidades centrales, en particular la de pertenencia, sugiere una vez más, el trabajo ineludible del cultivo de nuestra humanidad —que sirve de título a otro libro de la autora—, a través del reconocimiento del otro, en la vulnerabilidad ontológica misma, como seres frágiles y finitos, como bien nos ha recordado esta experiencia sanitaria que vivimos.

La razón práctica, por otra parte, es algo de lo que bien se ha ocupado la ética a lo largo del tiempo, pero no sin enfrentar barreras que las mismas épocas y contextos ideológicos van imponiendo. En lo que nos ocupa en esta ocasión, cómo actuar y tomar decisiones que impactan en los otros, cuando se ha promovido la defensa ciega de la libertad individual, que además debe ser coincidente con lo placentero.

El enfoque de capacidades, como lo podríamos explicar desde la rehabilitación psicosocial, tiene la premisa del fortalecimiento, rehabilitación o creación de capacidades de una persona con un padecimiento

mental, utilizando para ello aquellas que han sido conservadas o no han sido tan afectadas o deterioradas. Esto pudiera ser pensado en varios niveles, por ahora es de interés resaltar que, para avanzar hacia el logro de una salud mental con cualidades y no con ausencias y que responda a un contexto cultural y social, es necesario pasar de lo preventivo y curativo a un enfoque de rehabilitación social. El enfoque meramente sanitario actualmente ya no es suficiente, porque existe un malestar social, que como vemos, tiende a agudizarse en época de crisis.

### CONCLUSIONES

La salud mental no solo alude a la ausencia de trastornos sino también a la gestión de las emociones, la forma de relacionarnos, la satisfacción de nuestros actos, la concordancia de nuestras acciones con el conjunto de pensamientos, creencias y valores, entre otras y con poder participar en nuestra comunidad.

Ante la crisis sanitaria que estamos viviendo, se han reportado incrementos de padecimientos relacionados con la salud mental, que se están atendiendo por diversos medios, sin embargo, una de las tareas que se deberá asumir cuando exista un control de la pandemia será, al igual que en las enfermedades crónicas, reflexionar, reforzar e innovar para el diseño de estrategias eficaces que impacten en la disminución de trastornos preexistentes, es decir, aquellos que ya antes de la pandemia habían sido objeto de preocupación a nivel mundial, tal es el caso de la depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias y la violencia familiar, todos ellos vinculados no solamente a factores individuales, sino en gran medida, también a factores sociales.

Para generar participación comunitaria que incida en el buen afrontamiento de cualquier crisis se requiere de bienestar emocional, además de la creación de capacidades sociales que garanticen acciones solidarias, basadas en el respeto, la compasión, la solidaridad y que



cuenten con acciones diferenciadas, tomando en cuenta las definiciones de comunidad abordadas. También cobra real importancia que los modelos de participación no sean de movilización comunitaria o utilitaristas, sino que se distinga la pertinencia de implementar modelos colaborativos entre la comunidad y los sistemas de salud y, por tanto, sean más orientados hacia la justicia social, considerando la propuesta de Brunton *et al.*, (2017).

Es claro que todo cambio social requiere tiempo y ser sustentado en un trabajo profundo, interdisciplinario y dialógico. Puede parecer un reto que se antoje innecesario o fútil, pero si se trata de pensar en propuestas de recuperación que además brinden herramientas que trasciendan y permanezcan, no solamente vale la pena intentarlo, sino que se convierte ya en un deber moral, en pro de las generaciones futuras.

## REFERENCIAS

- Bispo Júnior, J.P. y Brito Morais, M. (2020). Community participation in the fight against COVID-19: between utilitarianism and social justice. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), 1-9. 10.1590/0102-311X00151620
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & James Rubin, G. (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-)
- Brunton, G., Thomas, J., O'Mara-Eves, A., Jamal, F., Oliver, S. & Kavanagh (2017) Narratives of community engagement: a systematic review-derived conceptual framework for public health interventions. *Bio Med Central Public Health*. 17(944) 1-15. 10.1186/s12889-017-4958-4
- Camps, V. (2017). *El gobierno de las emociones*. Herder.
- Cénat, J.M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad. P. G., Mukinzi, J. N., McIntee, S-E., Dalexis, R. D., Goulet., M.-A., Labelle. P. R. (2020). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia,

- posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Research*, 295, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Hossain, M., Sultana, A. y Purohit, N. (2020). Mental Health Outcomes of Quarantine and Isolation for Infection Prevention: A Systematic Umbrella Review of the Global Evidence. *Epidemiology and Health*. (42), 1-11. <https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>
- Mukaetova-Ladinska, E.B. y Kronenberg, G. (2020). Psychological and neuropsychiatric implications of COVID-19. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01210-2>
- Nussbaum, M. (2013). *Emociones políticas. ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* Paidós.
- Nussbaum, M. (2020). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2020). *Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) en la preparación y respuesta frente al nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330860>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. [OPS y OMS]. (2016). *Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias*. [https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_docman&view=download&cat%20egory\\_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-%20psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en](https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&cat%20egory_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-%20psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en)
- Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N. y Riva, P. (2020). *Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 lockdown*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/uacfj>

## 5. Efectos de la pandemia desde la perspectiva bioética

Norma Guadalupe López Cabrera

### INTRODUCCIÓN

Cuando vimos la noticia de que a finales de 2019 surgía en China una enfermedad contagiosa de las vías respiratorias, nadie imaginó lo que sucedería después; en ese momento seguíamos con nuestra vida normal, sin pensar que tres meses más tarde cambiaría la forma de actuar en el mundo en muchos sentidos, como por ejemplo en lo relativo a higiene y sanidad, y mucho menos vislumbramos el impacto que iba a tener en nuestra vida personal, comunitaria, sociocultural y económica.

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus declaró el 11 de marzo de 2020 que la COVID-19 pasaba de ser una epidemia a una pandemia. Al respecto dijo:

Pandemia no es una palabra para usar a la ligera. Es una palabra que, si se usa incorrectamente, puede causar un miedo irrazonable o una aceptación injustificada de que la lucha contra el coronavirus COVID-19 ha terminado, lo que lleva a sufrimientos o muertes innecesarias (Adhanom, citado en Arroyo, 2020).

A partir de ahí, empezó a circular información sobre dicha enfermedad; cómo se transmite, cómo se trata y por qué están muriendo tantas personas.

Desde 1966 se habían reportado este tipo de virus, pero sin tener un registro exacto. Fue hasta 2002 cuando se documentó un coronavirus altamente patógeno (capacidad de producir una enfermedad) y transmisible, surgió en la provincia de Guangdong, China y fue nombrado como coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV). Una década después, en 2012, en Arabia Saudita apareció el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) con características similares al anterior. Y, como se mencionó, en 2019, en Wuhan, China se detectó el nuevo coronavirus llamado SARS-Cov-2, que produce síntomas de enfermedad respiratoria, fiebre, neumonía en algunos casos y que cuenta con gran capacidad de transmisión, llevando a la muerte a un gran número de pacientes en forma rápida y para el que no existe un tratamiento conocido.

Desde que se dio a conocer el brote de COVID-19, México estableció medidas para el control y la detección de casos, y así el 9 de enero de 2020, la Dirección General de Epidemiología emitió un aviso preventivo de viajes a China. Posteriormente, se publicó el lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad, en el que se establecieron las definiciones operacionales, las cuales se encuentran aún sujetas a cambio:

Se considera un caso sospechoso a una persona de cualquier edad que presente enfermedad respiratoria aguda y que cuente con el antecedente de viaje o estancia en países con transmisión local comunitaria. Además de considerar caso confirmado una persona que cumpla con definición operacional de caso sospechoso y confirmación por laboratorio emitido por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico. (Aragón-Nogales et al., 2020)

En la mañana del 27 de febrero de 2020 se anunció el primer paciente en México que tuvo una prueba positiva. A partir de ahí, se hizo énfasis en las medidas preventivas y recomendaciones por decreto gubernamental; se pondría atención a las personas que hubieran realizado viajes a lugares como China, Hong Kong, Japón, Corea del Sur, Alemania, Italia, Francia o Estados Unidos y también a algunos estados del país. Una de las primeras medidas que se tomó fue la suspensión de clases presenciales en marzo. En ese entonces, aún no podíamos imaginar la trascendencia que iba a tener en la vida cotidiana hasta llegar a la nueva normalidad de hoy.

La propagación mundial de esta nueva enfermedad nos lleva al cuestionamiento de los efectos de la pandemia desde un enfoque bioético, debido a su impacto sociocultural, económico, comunitario, personal, educativo y religioso, además de sus evidentes consecuencias en la salud física.

#### EFFECTOS DE LA PANDEMIA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DESDE LA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Diversos organismos y asociaciones plantean una visión bioética con el fin de hacer un alto en el continuo devenir de conflictos o dilemas que afectan la dignidad de la persona, sus valores y principios ante esta gran contingencia.

Antes de continuar hay que mencionar de manera breve, qué es la bioética y cuáles son sus antecedentes. La bioética se define como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales”. Fritz Jahar introdujo el término en 1927 y lo definió como “la ética de las relaciones de los seres humanos con los animales y la naturaleza”; sin embargo, fue Van Rensselaer Potter en 1970 quien retomó los conceptos y trabajó con ellos. En 1978 se presentó la

primera edición de la Enciclopedia de Bioética, editada por Warren T. Reich (Comisión Nacional de Bioética, 2015).

Haré algunos comentarios sobre los principales efectos de la pandemia desde la perspectiva bioética; pasando por la atención de los pacientes, el impacto en los sistemas de salud, afectación al personal de salud en su formación y en sus vidas, así como en sus pacientes. Lo primero que hay que destacar, en el contexto jurídico, es lo referente al derecho de las personas a la salud. De acuerdo con el Artículo 4º de la Constitución Mexicana

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.

Sobre los derechos de los pacientes se menciona que

Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada, ser tratado respetando sus mejores intereses y a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.

En concordancia con la ética deontológica y en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2001 a 2006 de México y el Programa Nacional de Salud, se creó la “Carta de los derechos generales de los pacientes”, la cual representa “la experiencia mexicana de realizar un trabajo en consenso con instituciones de salud, públicas y privadas, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos” (Tena, 2002). El

documento se fundamenta con el trabajo de representantes de dichos organismos, representantes jurídicos y de acuerdo a la ética médica actual sustentada en cuatro principios de bases sólidas: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia.

Una ética humanista fundamentada en el principio de beneficio sería susceptible de ser objetada si se tuviera en cuenta solo al hombre aislado, al individuo, mediando su bienestar físico como único criterio de valor ético, sin nada que lo trascienda. Pero la medicina va más allá de la persona (Tena, 2002).

La Carta establece un decálogo con los derechos de los pacientes en México:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no consentimiento válidamente informado
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Esta declaratoria es muy importante, pues nos lleva a ejercer la Carta con el fin de evitar vulnerar alguno de estos derechos, por ejemplo, cuando un paciente necesita intubación inminente por riesgo de muerte a causa de un problema respiratorio producido por COVID-19.

Por otro lado, en el documento *Pautas bioéticas para el protocolo de intervención en las emergencias de la salud pública, pandemias: H1N1, SARS-CoV-2* (Red Mexicana de Educación en Bioética) se plantea que en to-

das las instituciones de salud debe haber una atención que respete los derechos del paciente en los casos que se pudieran dar de violación de los mismos por la contingencia sanitaria, en pro de la protección del paciente, su familia y la comunidad donde vive, bajo un contexto multidisciplinario y promoviendo el resguardo de los derechos humanos (2020). Se debe ver al paciente como un todo y en relación con las demás personas, como miembro de una familia y comunidad con valores y principios.

Es posible que en algunos casos se vulneren los derechos de los pacientes, quizá por la falta de infraestructura. Sin embargo, pese a las carencias (falta de medicamentos, camas o ventiladores) y restricciones, nuestro sistema de salud trata de atender de forma adecuada a los enfermos, viéndolos como personas, al salvaguardar sus derechos, su dignidad, sus valores y principios. La formación bioética y de ética médica de los profesionales de la salud los ayuda en la tarea de brindar apoyo a sus pacientes, como también lo hacen los gobiernos estatal y federal y los organismos no gubernamentales.

En la práctica médica se presentan verdaderos dilemas para el quehacer del personal de salud, que no solo atiende a la persona como ejercicio clínico, sino que también debe tomar en cuenta que es parte de una familia y una comunidad.

El reconocimiento de la dignidad y los derechos humanos con respecto a la ciencia y a la sociedad es indispensable para el ejercicio de la medicina. Bajo esta idea, el artículo 3° de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) nos habla de la prioridad que debe tener la dignidad de la persona, siempre con la visión de velar por la vida y las libertades fundamentales (2005).

Un ejemplo de los dilemas bioéticos que afectan a los pacientes y al personal de salud es la restricción de visita al paciente hospitalizado



por COVID-19, por el riesgo de contagio y como forma de prevención de la transmisión de la enfermedad y protección para el familiar. Esto significa para el médico una mayor carga de responsabilidad moral, al no contar con el apoyo directo e inmediato de la familia.

No obstante, algunas instituciones han aplicado ciertas alternativas por las cuales el personal de salud trata de remediar esta situación al poner en contacto al paciente con su familia a través de los medios electrónicos, cuando sea posible. Incluso se ha llegado a dar atención médica, a esta u a otras enfermedades, mediante la telemedicina, anteriormente usada en consultas cuando las personas se encontraban lejos del centro médico. Hoy en día es una herramienta comunmente empleada aunque el trayecto hacia un hospital o clínica sea corto, para salvaguardar la sana distancia con el paciente enfermo, incluso sospechoso, de COVID-19 en casos no graves.

Los problemas que enfrenta el personal de salud son muchos: la afectación a su propia salud ante la escasez o pobre distribución de equipo de protección, la falta de capacitación en el uso de los mismos al inicio de la pandemia, la reestructuración de las instituciones ante la demanda de casos que requieren atención hospitalaria para aumentar el número de camas disponibles y el requerimiento de ventiladores, entre otros. Dentro de la institución dan todo lo que el paciente necesita y, aun así, muchas veces ven que esa lucha de 24/7 no ocasiona el progreso de la salud del paciente. El personal en formación, en general, pasa por los mismos riesgos y estrés respecto al contagio.

El contagio del mismo personal de salud o la afectación de algún miembro de su familia que pierde la batalla, el aislamiento, las guardias acumuladas o las jornadas exhaustivas, han motivado la creación de diversas estrategias para el cuidado de la salud física y psicológica laboral. El Estado ha propuesto algunas políticas públicas que favo-

recen tanto al paciente como al personal de salud, con las debidas recomendaciones de los cuatro aspectos que marca la Ley General de Salud en el Título tercero, Prestación de los servicios de salud, las cuales son: preventivo, curativo, rehabilitación, paliativo.

De la misma manera, y debido a que algunos hospitales se han convertido en institución exclusiva de atención a pacientes con COVID-19, las jornadas han sido modificadas para tratar de disminuir la exposición continua a pacientes positivos.

La misión es dar al paciente lo que humanamente necesita, de acuerdo con las competencias profesionales adquiridas bajo los valores y principios éticos y morales. El respeto a la reglamentación y la normatividad vigente, los derechos y la dignidad de la persona en forma integral desde la perspectiva bioética, son el mayor reto del trinomio paciente- personal de salud-instituciones de salud.

Aunado a esto, también se ha modificado la infraestructura de hospitales a nivel local y nacional, muchas veces dirigiendo los recursos de otros rubros para tal efecto cuando la situación así lo amerita; allí es donde, de igual forma, el personal administrativo entra en dilemas de orden bioético al cuestionarse cómo hacer para cubrir las necesidades que la pandemia demanda, sin afectar otras áreas.

Otro aspecto que ha cambiado son las ceremonias luctuosas; si previamente la familia no tuvo la oportunidad de despedirse del paciente, menos aún la tendrá de cumplir con los rituales acostumbrados. Por esta razón, el tiempo de la ceremonia ha disminuido, se tiene que incinerar el cuerpo, se limita el número de personas que acompañan a los deudos, lo cual genera en ellos una sensación inexplicable con aproximaciones a estados depresivos y de ansiedad por el deber no cumplido.

Por último, se da la discriminación de la población hacia el personal de salud, por miedo o ignorancia, aunque ellos cumplen con

un estricto protocolo de desinfección al salir de su área de trabajo. También es común que se discrimine a personas con prueba de COVID-19 positiva por el temor a ser contagiado. En ambos casos se falta al principio de solidaridad; esto denota un déficit en la educación y en la concientización de la aplicación de medidas preventivas permanentes, en todos los sectores de la población.

## CONCLUSIÓN

Una vez considerados algunos efectos de la pandemia por COVID-19, como los dilemas bioéticos, el impacto en el estado socio-cultural, emocional, psicológico y físico de la población en general, llegamos a la conclusión de que la educación en bioética debe ser mayor en el personal de salud, pues ayudaría a tener un trato humanitario y a respetar la dignidad del paciente y la de su familia, así como también debe ocurrir del paciente hacia el personal de salud, y que de esa forma se dé la conjunción mencionada: paciente-familia-personal de salud e institución sanitaria, para trabajar en conjunto en pro de la salud comunitaria.

## REFERENCIAS

- Arroyo, J. (2020, marzo 11). Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por COVID-19. *Redacción médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-pandemia-brote-de-covid-19-nivel-mundial-segun-oms-1895>
- Aragón-Nogales, R; Vargas-Almanza, I; Miranda-Novales, M.G. (2019). COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Revista mexicana de pediatría*, 86(6), 213-218. <https://dx.doi.org/10.35366/91871>
- Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. (2002, septiembre-octubre). *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, XVI (5), 170-172.

- Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA). (2015). Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités hospitalarios de bioética. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. <https://www.gob.mx/salud/conbioetica/articulos/comite-hospitalario-de-bioetica-chb>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Última reforma 24 de diciembre de 2020). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Diario Oficial de la Federación. Artículo 4. <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/gdoc/>
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 19 de octubre de 2005. [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- Ley General de Salud. (Última reforma 4 de diciembre de 2020). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Diario Oficial de la Federación, Artículo 33. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la cultura (UNESCO). <https://es.unesco.org/campaign/nextnormal>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010, 10 de febrero). <https://www.who.int/es/about>
- Red Mexicana de Educación en Bioética. (2020). *Pautas bioéticas para el protocolo de intervención en las emergencias de la salud pública, pandemias: H1N1, SARS-CoV-2*. Instituto de Investigaciones en Bioética. [https://www.researchgate.net/publication/343333789\\_Pautas\\_Bioeticas\\_para\\_el\\_protocolo\\_de\\_Intervencion\\_en\\_las\\_emergencias\\_de\\_la\\_Salud\\_Publica\\_Pandemias\\_H1N1\\_SARS-CoV-2\\_Red\\_Mexicana\\_de\\_Educacion\\_Bioetica](https://www.researchgate.net/publication/343333789_Pautas_Bioeticas_para_el_protocolo_de_Intervencion_en_las_emergencias_de_la_Salud_Publica_Pandemias_H1N1_SARS-CoV-2_Red_Mexicana_de_Educacion_Bioetica)
- Tena Tamayo, C. *et al.* (2002). Derechos de los pacientes en México, *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(6), 523-529. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im026k.pdf>

## 6. La pandemia: reflexión y retos desde la bioética y la tanatología

Andrés Zárate Flores

### SALVIAS PARA PITA

La vida tiene sus estaciones; renace en primavera, fluye con intensidad en el verano, descansa en el otoño y aparentemente muere en el invierno. El ciclo se da una y otra vez como una danza interminable, hasta que llega el momento de decir el adiós definitivo. Vivirlo es siempre difícil, la ruptura que supone la muerte nunca es digerible.

Me llega la noticia de la complicación por COVID-19 y el posible fallecimiento de una persona querida, me siento embotado, no lo puedo creer. Debido a un compromiso, tengo que salir, siento un intenso deseo de sentirme vivo, no me incomoda más el sol de otoño de estas tierras, ni el viento en mi cara al ir conduciendo, pero el cubrebocas me recuerda la pandemia. ¿Qué he de hacer ante esta calamidad? Paso de la frustración a la rabia.

De regreso a mi casa, pienso en mi jardín. Ahí descubro la esperanza que existe en la renovación constante y en el ciclo de vida y muerte, que también a los humanos nos corresponde. Al mismo tiempo me siento rodeado de incertidumbre, sabía que en esto me acompañan familiares y amigos. Todo cambió gracias a la pandemia por COVID-19, en un vuelco. Hoy nos vemos cara a cara con nuestra vulnerabilidad.

Ante tanta información y problemas, no solo los vinculados a la pandemia, estoy fastidiado, ¡harto! Leo que hasta día 19 de noviembre

en el periódico *El Norte* que, según cifras oficiales, ya habíamos sobrepasado el millón de personas contagiadas por este virus en el país y estamos en el umbral de las cien mil muertes en México. En Nuevo León corresponden un poco más de cinco mil fallecimientos debido al virus. Este virus no solo mata, sino que trastoca la vida como la conocemos.

Pasan unos días y regreso a mi jardín a trabajar. He de arreglar un poco algunas plantas, además aprovecho el otoño para reproducir por podas las salvias, la vara dulce, el orégano. Antes de comenzar, veo algunos avisos de mensajes del grupo de WhatsApp del cual es parte nuestra amiga. Temo lo peor, ya que son varios. Torpemente tomo mi celular y se confirman mis miedos. Sí, ha muerto. ¡Me siento completamente aturdido!

Leo más mensajes y veo reacciones similares, he de explicarles que lo que nos sucede es parte del proceso de duelo, que se conforma de etapas, y nos va tomar tiempo, adaptarnos a la nueva realidad de la ausencia de nuestra querida amiga y compañera. ¡Muerte he de decir! Por qué la disfrazo con la palabra ausencia, ¿por qué la suavizo? Sí, se ha muerto, ya no es, ya no está.

Pita, no pude despedirme de ti, quedaron tantos planes pendientes, ya no pude abrazarte, lo último que me escribiste por WhatsApp fue: “Tengo fe y pienso positivo. Pero siento que me ahogo y me asusto. Veo a mi familia muy preocupados. Primero Dios y mañana sea un nuevo día. Gracias”. Estaba tan seguro de tu recuperación y de tu regreso.

Desde hace meses no me siento bien. Leo que la alteración causada por el coronavirus, no solo nos afecta en la parte biológica sino también en la mental, ya que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo están generando o agravando trastornos de salud mental. Muchas personas han aumentado su consumo de alcohol o drogas y sufren crecientes problemas de insomnio y ansiedad. Por otro lado, la misma COVID-19 puede traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares. (2020)

Durante mis estudios en Cuidados Paliativos y en mi voluntariado en el área de terminales con adultos mayores del hospital Charpennes en Lyon, Francia, aprendí que no bastan buenas intenciones, que el sufrimiento por la muerte o pérdida nos hermanan, que hay que vernos de manera integral, y no solo como un cuerpo que funciona como una máquina. Mis estudios en tanatología, filosofía, en la maestría en Desarrollo Humano, y otros más; toda la formación humanista y su aplicación en lo cotidiano, me lo confirman.

Gracias a mis aprendizajes, trato entonces de explicarle al grupo lo que vivimos al padecer la muerte de un ser querido:

Primero el shock y la negación: “me siento abrumado, atontado”, “no lo puedo creer”; frases como “no puede ser posible” o “no es cierto”, son comunes de escuchar.

Después podrá venir la negociación: se intentan acuerdos con una instancia superior que puede ser Dios o el equipo médico: “Sálvala, Dios mío, que no muera, que no sea cierto”, “si nuestra amiga no muere o la salvas te prometo esto a cambio”.

En la ira se piensa: “estoy irritable y enojado con Dios”, o con los médicos o hasta con el mismo familiar contagiado. Considero una injusticia la muerte por el virus “¿Por qué ella que es tan buena?”

Llega la depresión, ¿ya no hay mensajes en el WhatsApp, ni sus preguntas sobre la clase, ni comentarios sobre su familia o las plantas de su jardín, ni sus risas, su mirada, solo el vacío de su ausencia! La realidad con todo su peso me cae encima, es el preámbulo de la aceptación. Cuánto pesar.

Un día llegará la aceptación, aunque hoy nos parece lejana, y si he vivido las etapas no negando el sufrimiento que me causa su muerte, esto llega más fácilmente. Aquí juegan un rol primordial el manejo adecuado de las emociones. La aceptación no quiere decir necesariamente que me siento bien con su muerte, pero ya puedo decir que he comenzado a rehacer mi vida. Ni todo el conocimiento teórico del proceso del duelo evita que lo padezca.

En el caso de un fallecimiento por coronavirus, el proceso de pérdida para los cercanos, puede hacerse más difícil y alterarse las etapas del proceso debido a que el funeral es muy rápido o no hay velación, no hay presencia de familiares y amigos, salvo unos cuantos; no hay manera de decirle adiós al ser querido, ni abrazarse, ni pedirse perdón. El funeral no es para el difunto, es para la familia y los amigos, ya que el velorio, ver el ataúd, ir al panteón, a los servicios religiosos, nos pone frente a una realidad que no nos es posible de inmediato aceptar. Los velorios de antaño que duraban varios días, donde hasta existía un novenario de misas o rosario, permitían aligerar la carga de la pérdida en compañía de vecinos, amigos y familiares; la comunidad se hacía presente. Hoy, con el individualismo y la negación de la muerte, este proceso se vuelve más pesado, pues muchas veces creemos que se aligera si lo negamos, pero no es así. Rechazar el fallecimiento, así como la expresión del sufrimiento que causa, solo asfixia las emociones que de una forma u otra un día saldrán como insomnio, depresión, y alcoholismo, entre otras. Lo que pudo ser un duelo sano se vuelve patológico.





*En la fuente se bañan los gorriones y los colibríes.*



*Renovación constante de la vida.*

Le propongo al grupo por WhatsApp hacer un ritual; recordar a nuestra amiga, aquí intentaremos celebrar su vida, hablar de lo que dejó en nuestros corazones. Rápidamente hago una presentación para compartir. Ahí está su foto, estamos todos en grupo, en tiempos que no auguraban lo que hoy vivimos.

Recuerdo que esa foto fue tomada el día de mi cumpleaños hace dos años; ella me regaló polvorones y empanadas hechos por ella; tengo su mirada cuando me los obsequió. Mirada que hoy me duele recordar porque me hace presente su ausencia. Nos reunimos los del grupo vía Zoom. Qué difícil es expresar lo que siento, tengo un nudo en la garganta, no puedo evitar las lágrimas, y estas, paradójicamente, me sanan.

¿Qué debo hacer si quiero ayudar a alguien que padece la muerte de un ser querido? Escucharlo; aprender a escuchar, no a dar soluciones.

El pasado día de muertos en Nuevo León se vivió con panteones cerrados o entradas restringidas. No hubo tumultos, flores, fara fara,

mariachis, globos o plegarias en la tumba del ser querido. Algunas personas estaban enteradas, otras no. Fue una sorpresa no poder acceder al panteón. Ya no hubo jolgorio, solo silencio, como el silencio que acompaña a los muertos el resto del año.

La pandemia nos encara con la realidad de la muerte y la mala relación que tenemos con ella. Pienso en los enfermos graves afectados por este virus, en sus familias, en sus angustias, sus sufrimientos, su posible falta de recursos para atender como quisieran a sus familiares; en el personal médico y que, a pesar de sus esfuerzos, algunos pacientes morirán. Habrá complicaciones por otras enfermedades, cansancio, descuidos, negaciones, falta de algún medicamento o de infraestructura o pacientes que serán admitidos de manera tardía al hospital.

Al morir nuestro cuerpo se transforma, se pudre o será un montón de huesos calcinados y triturados producto de la cremación, lo que llamamos cenizas. Otros dirán que la muerte no es un castigo sino una corrección de Dios para que no nos alejemos de él y de la creencia en la resurrección.

Reflexiono acerca de lo que puede ayudarme a cambiar mi visión sobre la muerte y de lo absurdo de la existencia humana; creo que ayuda un cambio que nazca del interior, por medio de la meditación, de la oración, del contacto con el silencio y la naturaleza, con la lectura de algunos libros de filosofía que desarrollan un pensamiento crítico, los cuestionamientos acerca de uno mismo y de lo que nos rodea, trascender en lo cotidiano.

Redescubrir la riqueza de la vida en comunidad en un equilibrio que me permita el encuentro profundo con nosotros mismos y con los demás. Una existencia enfocada únicamente a la eficacia, a producir y consumir sin más o solo a lo exterior, al cultivo de lo físico, tarde o temprano nos hará ver lo absurdo que puede ser. ¿Por qué? Porque un día tenemos que morir.



*La fe en la resurrección.*



*Las salvias y sus flores.*

¿La muerte aporta algo bueno? Sí, nos da la opción de vivir, de no perder tiempo, de buscar y aprender hasta su llegada a continuar con la vocación humana de la búsqueda de la felicidad, de despertar día tras día a lo simple y cotidiano de la vida y maravillarnos por ello.

Llovizna ligeramente esta mañana, el canto de los canarios y la algarabía de los agapornis llenan mi alma de alegría; salgo al jardín, descubro las salvias llenas de flores, unas de tonos violáceos azules y rosas. En la fuente se bañan los gorriones y los colibríes, se acercan las abejas a tomar agua, de repente aparece revoloteando una mariposa ¡Cuánta vida hay aquí!

En la primavera la anacahuita se llena de flores y es tiempo de fertilizar las plantas, creemos que la vida se renueva en esta estación del año; sin embargo, constantemente se está renovando. En verano hace mucho calor, flores y colores por todas partes; en el otoño llega otra vez el tiempo de fertilizar y además es el tiempo de las salvias; en invierno la vida se esconde y aunque no se vea, miles de microorganismos, algunos insectos y otros seres aguardan bajo la hojarasca. Cada estación tiene su belleza y es necesaria.

En esta renovación constante de la vida te digo adiós, Pita, quedas en mi memoria, las salvias y sus flores me platican de ti.

## REFERENCIAS

Sánchez, I. (2020, noviembre 19). *El Norte*.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020, octubre 5) *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

## 7. Reflexiones sobre la pandemia causada por COVID-19

Raymundo José Arróyave Rodríguez

Revisar algunos de los efectos generados por la pandemia de COVID-19 me ha permitido reflexionar sobre cómo la enfrentamos. Uno de los aspectos negativos que percibo es la negación de algunas personas aduciendo que no existe tal pandemia, que es para asustarnos, dado que a veces la información oficial es incongruente, esto hace que las personas no hagan lo mínimo para protegerse y proteger a sus familiares. ¿Qué consecuencias vemos? Abuelos y padres enfermos a causa de que los hijos no cumplieron con las medidas preventivas, su salud se complica y algunos fallecen.

Esto nos lleva a situaciones dolorosas como no poder acompañar al enfermo que en el hospital se encuentra solo, y si fallece, no se puede velar; el cuerpo se incinera, no vemos al difunto y ni siquiera estamos seguros de que sea él o sus cenizas. No se acompaña a los dolientes, no podemos abrazarlos y estar con ellos. La persona que falleció no tuvo acompañamiento y los familiares no están viviendo el duelo al que por cultura estamos habituados. Por eso hay más duelos patológicos, ya que el que contaminó a un familiar se queda con sentimiento de culpa muy difícil manejar, y aunque no se le señale, en la comunicación no verbal es agredido como responsable de la muerte del familiar.

Debido a que el acompañamiento es a distancia, tanto en casos donde el paciente está hospitalizado como cuando fallece, aparecen

trastornos como depresión, intento de suicidio o suicidios consumados, agresión intrafamiliar, verbal, no verbal, física, psicológica y, finalmente, se puede llegar a la agresión social.

A pesar de la situación que vivimos, todavía hay personas irresponsables que reaccionan de manera agresiva si se les pide el uso del cubrebocas, andan en las aglomeraciones, en mercados, reuniones familiares, con amigos, en bares, muestras tradicionales, carnes asadas con cualquier pretexto y esos portadores silenciosos (enfermos asintomáticos) contaminan a los convivientes, familia, compañeros de trabajo, compañeros de viaje en el transporte público. No se guarda la sana distancia, se continúan las visitas sociales y de esta manera es muy difícil el control de la pandemia.

Todo esto trae como consecuencia la saturación de los servicios hospitalarios, las personas exigen la atención, incluso se llega a agredir al personal de salud, aunque es la misma población la única responsable de la insuficiencia de camas con respiradores y del agotamiento del personal de salud, como es evidente.

Por otro lado, las personas que seguimos las medidas propuestas por las autoridades sanitarias tenemos que entender que no estamos presos en el aislamiento, encerrados, sino que nos estamos protegiendo a nosotros mismos y a nuestra familia.

Ver a los nietos a distancia, no poder acariciarlos, besarlos, convivir con ellos, ha sido muy difícil de comprender, de aceptar y realizar, por eso los adultos mayores debemos acercarnos a las herramientas tecnológicas que nos permitan aprender a tener una reunión familiar, de amigos o de trabajo a distancia, con el uso de la plataforma Zoom u otras; comunicarnos mediante las videollamadas, usar el internet para bajar canciones, películas, libros, o algún otro pasatiempo o entretenimiento como el ajedrez u otros juegos de mesa que nos ayuden a quitarnos el sentimiento de abandono y de soledad

y seguir socializando. Hay muchos temas de aprendizaje que nos ayudarían a una estimulación cognitiva y a alejar el deterioro mental. Las instituciones educativas apoyan a los adultos mayores en este sentido.

Otro fenómeno que se vive en las parejas jóvenes es el cambio de roles y la convivencia de la familia. Una mujer que realiza su trabajo profesional desde su casa, también tiene que hacer el trabajo del hogar; cuidar a los niños, hacer la comida, la limpieza, y, además, se ha convertido en maestra en las clases virtuales de sus hijos. Aquí también debe de participar el esposo y ambos ser los facilitadores del aprendizaje de sus hijos, pero si el esposo sigue sin colaborar habrá más agresiones familiares y abandono. Por eso hemos visto a más hombres que atienden, incluso a bebés; les cambian los pañales, les dan de comer, los bañan. Están siendo más padres, hay más presencia masculina en el desarrollo de los hijos, acompañan más a su esposa, se crea un vínculo de pareja y de familia más firme, se están estrechando las familias nucleares, papás e hijos. Aún existen las familias extensas, pero con el aislamiento las parejas se están enfrentando más a ser pareja; si se logra hacer este cambio habrá más familias sanas, así como hijos con un buen desarrollo emocional, mental y psicológico.

En fin, creo que con la situación que la pandemia nos ha obligado a vivir hemos aprendido a tener un cambio importante en nuestro estilo de vida, a valorar más la salud, la vida, la familia, los amigos, a disfrutar lo que tenemos, desarrollar la esperanza y reafirmar nuestra fe.

Hemos aprendido también a ser más solidarios con nuestros semejantes, a compartir lo que tenemos, estar conscientes del desapego a las cosas materiales, que tenemos muchas cosas que podemos compartir con los menos afortunados. Nuestra fe y religiosidad se ha fortalecido, lo cual ha permitido que podamos construir en nuestros hogares la mejor escuela de desarrollo de la fe y el amor.

# Currículos

## COORDINADOR

### PEDRO QUEZADA BAUTISTA

Actualmente es coordinador general de Asuntos Jurídicos de la Secretaría General de Gobierno del Estado de Nuevo León y director general del Instituto de investigaciones jurídicas y Docencia de la Administración Pública del Estado de Nuevo León, así como vocal integrante de la Comisión Estatal de Bioética. Cuenta con estudios de doctorado en Derecho por la Universidad de Salamanca, España y Doctorando en Bioética por el Instituto de Investigaciones en Bioética. Asimismo cuenta con maestría en Educación Superior por la UDEM y con una especialización en Derecho Constitucional por la Universidad de Salamanca. Como docente ha ejercido en el área del Derecho en la UDEM, la UANL y en la Facultad Libre de Derecho de Monterrey de la que es asociado fundador.

Ha trabajado en la iniciativa privada en instituciones financieras y, en el servicio público, ha ocupado diversos cargos: coordinador de Modernización Legal de la Dirección General Jurídica del Ejecutivo del Estado de Nuevo León; director jurídico de la Secretaría General de Gobierno; visitador general y subprocurador jurídico de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Nuevo León y director de la *Revista de Investigaciones Jurídicas Separata*, del Gobierno del Estado de Nuevo León.



## AUTORES

### RAYMUNDO JOSÉ ARRÓYAVE RODRÍGUEZ

En la actualidad es coordinador de la maestría en Gerontología del Centro Cultural Lumen AC e integrante de los Comités de Participación Ciudadana del Adulto Mayor en los municipios de Monterrey y San Pedro y de la Comisión del Hermano Mayor y miembro del Consejo Pastoral de la Salud. Es médico jubilado del IMSS.

### PEDRO CÉSAR CANTÚ-MARTÍNEZ

Profesor de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Biológicas de la UANL, también participa en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UANL. Es miembro del SNI nivel 1 en Ciencias Sociales y pertenece al registro de evaluadores acreditados del CONACYT y cuenta con Perfil PRODEP por la Secretaría de Educación en México. Es miembro del cuerpo académico UANL-181 de Ciencias Exactas y Desarrollo Humano y de la Comisión Estatal de Bioética de Nuevo León. Pertenecer a la Red Mexicana de Educación Bioética-UNESCO, Red de Investigación Educativa-UANL, Red de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente en América Latina y Red Iberoamericana de Docentes y a las academias Nacional Mexicana de Bioética-Capítulo Nuevo León y Universitaria para el Desarrollo Sustentable-UANL. Ha colaborado con la OPS, la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Pública en México, los Servicios de Pesca y Vida Silvestre y de Bosques de Estados Unidos, la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas en México, Gobierno de Nuevo León, DUMAC y con el Instituto de Investigaciones en Bioética. Ha publicado 21 libros e innumerables capítulos y artículos.

### JESÚS FERNANDO COLUNGA GONZÁLEZ

Es miembro externo del Comité de Bioética del Hospital de Especialidades Número 25, de la clínica Nova, coordinador del Comité de Ética del clúster Monterrey Ciudad de la Salud y vocal de la Comisión Estatal de Bioética de Nuevo León. Ha sido jefe de división de enseñanza e investigación en el Hospital de Especialidades 25 del IMSS, además de director del mismo hospital y director del Centro de Bioética y Dignidad Humana de la UDEM. Se ha desempeñado como profesor titular del curso de especialización en Medicina Interna en el Hospital de Especialidades Número 25, también ha impartido clases de Ética, vida y salud y de Bioética en la UDEM y de Bioética en la licenciatura de Filosofía del Instituto de la Arquidiócesis de Monterrey y en el Instituto de Investigaciones Bioéticas (IIB).

### RAÚL GARZA GARZA

Se desempeña en la Universidad de Monterrey como director del Centro de Bioética y Dignidad Humana, coordinador de la Academia de Bioética y titular de la Cátedra UNESCO de Bioética. Además, es presidente de la Comisión de Bioética del Colegio de Médicos de Nuevo León, vocal de la Comisión Estatal de Bioética de Nuevo León, vocal del Comité de Bioética del clúster de Servicios Especializados de Salud de Nuevo León, consejero de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Nuevo León y profesor de Bioética del Instituto Juan Pablo II, sede Monterrey.

### NORMA GUADALUPE LÓPEZ CABRERA

En el campo de la docencia se ha desempeñado como formadora en bioética por la UNESCO, es profesora de posgrado en Anestesiología en el Hospital Universitario; profesora invitada de maestría y doctorado de Bioética del Instituto de Investigaciones en Bioética y directora de tesis de posgrado del Servicio de Anestesiología. Es coordinadora

de Gestión Clínica Hospitalaria del Hospital Universitario y presidenta del Comité de Ética de Investigación del Centro de Desarrollo en Investigación en Ciencias de la Salud de la UANL. Fue presidenta del Consejo Mexicano de Anestesiología por Nuevo León; vocal de los comités de Ética del Hospital Universitario y del de Bioética del Clúster de Salud de Nuevo León. Es miembro fundador de la Red Mexicana de Bioética, miembro del Colegio de Anestesiólogos de Nuevo León, de la Federación Mexicana de Anestesiología y de la World Federation of Anesthesiologist, del Capítulo Nuevo León de la Academia Nacional de Bioética y de la RED Mexicana de Bioética. Es autora y coautora de artículos sobre Anestesiología y Bioética y cuenta con dos patentes de herramientas para uso en anestesiología.

#### PERLA ELIZABETH OROZCO VÁZQUEZ

Es psicóloga clínica, cuenta con estudios de posgrado en humanidades, bioética y rehabilitación psicosocial en salud mental comunitaria. Ha ocupado diversos cargos en la Secretaría de Salud de Nuevo León. Actualmente es jefa del Departamento de Reinserción Social de la Secretaría de Salud y secretaria técnica de la Comisión Estatal de Bioética de Nuevo León.

#### ANDRÉS ZÁRATE FLORES

Se dedica a la academia desde hace varios años, en el área del humanismo. Se centra en la felicidad del ser humano desde diferentes enfoques. En su formación académica cuenta con una licenciatura en Derecho, una maestría en Desarrollo Humano por la Universidad Iberoamericana y estudios en cuidados paliativos por la Asociación Albatros y en el Hospital Charpennes en Lyon, Francia, así como en Filosofía y Teología. Ha cursado diplomados en Antropología y ética, Orientación existencial humanista y Tanatología.

Este libro se terminó de imprimir en abril de 2021  
en los talleres de Grupo Espinosa, S.A. de C.V.  
El cuidado editorial estuvo a cargo del  
Fondo Editorial de Nuevo León.

## OTROS TÍTULOS:

**Derecho y política.  
Análisis filosófico de tópicos  
jurídicos**

*Ana Lilia Ulloa Cuéllar*

**Gobernanza y gestión pública:  
Enfoques transdisciplinarios  
desde la ética, el poder y el  
derecho**

*Rogelio López Sánchez  
Xóchitl A. Arango Morales*

COORDINADORES

## PRÓXIMA PUBLICACIÓN:

**Sobre la deconstrucción  
teórica de la perspectiva  
de género**

**S**ARS-COV2. COVID-19. *La pandemia: reflexión y retos desde la Bioética y la Tanatología* reúne las aportaciones de destacados especialistas en estas dos disciplinas que nos muestran en sus textos que la pandemia y sus efectos deben ser objeto de la reflexión bioética; los principios que vertebran esta disciplina se analizan ante un hecho social, real, sumamente complejo y con innumerables efectos y retos. La dignidad y la autonomía de la persona, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia deben ser sometidos al tamiz del drama que se vive aún.

De igual manera, la Tanatología tiene un lugar especialmente reservado para la reflexión y el análisis, pues el drama de la pérdida de la salud, el enfrentamiento a las secuelas de la enfermedad y aún más a la pérdida de la vida, nos obligan a hacer un abordaje holístico de la pandemia y sus efectos en la sociedad.

ISBN 978-607-8485-63-5  
9 786078 485635 >



**Nuevo León**  
Siempre Ascendiendo



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
**JURÍDICAS Y DOCENCIA**  
DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN



**FONDO EDITORIAL**  
DE NUEVO LEÓN