

La Bioética ante la pandemia de COVID-19

- Desafíos éticos para la salud durante la pandemia Atlántico
- Enfoque ético desde la enfermería ante las pandemias
- Aspectos bioéticos del manejo de cadáveres durante la pandemia



encuentro bioético

Conversación con Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Director General del Instituto Nacional de Geriátria

La Comisión Nacional de Bioética o CONBIOÉTICA es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud responsable de:

- Definir las políticas nacionales que plantea la bioética.
- Establecer políticas públicas en salud relativas a la bioética.
- Fungir como un órgano de consulta nacional sobre bioética.
- Propiciar debates sobre bioética con diversos actores, grupos y sectores sociales.
- Fomentar la enseñanza de la bioética en la investigación y atención a la salud.
- Promover la creación de Comisiones Estatales de Bioética.
- Fomentar la integración y funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación, en los establecimientos de salud nacionales, públicos y privados.
- Apoyar la capacitación de los integrantes de los Comités y establecer criterios para el desarrollo de sus actividades.

Más información
<https://www.gob.mx/salud/conbioetica>

Atendemos tus dudas
conbioetica.contacto@salud.gob.mx

#ConoceCONBIOÉTICAMéxico



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



[gob.mx/salud/conbioetica](https://www.gob.mx/salud/conbioetica)

- 2 **Editorial**
La Bioética ante la pandemia del COVID-19
- 3 **A fondo**
- *Consideraciones éticas ante la actual pandemia por COVID-19. Un enfoque desde la enfermería*
Reyna Matus Miranda
- 7 • *El rol de los Comités Hospitalarios de Bioética para orientar la toma de decisiones en contextos de emergencias sanitarias*
María Irene Rivera Salgado
- 13 • *Aspectos bioéticos del manejo de cadáveres durante la pandemia por COVID-19*
Jennifer Hincapie Sánchez
- 15 • *Ética de la investigación en la época de la pandemia de la COVID-19*
Luis Felipe Abreu Hernández
- 19 • *Ser médico en la pandemia*
Eduardo García-Solís
- 21 **Escenario México**
- *Recomendaciones Bioéticas ante la COVID-19*
María de los Angeles Marina Adame Gayosso
y Raúl Jiménez Piña
- 25 **Escenario internacional**
- *Dos dilemas éticos de la sindemia por COVID-19 en Chile. El caso del último ventilador y el falso dilema seguridad-privacidad*
María Isabel Cornejo Plaza
- 29 **Encuentro bioético**
- *Conversación con Luis Miguel Gutiérrez Robledo: Retos éticos en la atención del adulto mayor ante la COVID-19*
- 32 **Cultura y bioética**
- *La ética de los medios digitales y el acceso a la cultura durante el confinamiento por COVID-19*
Alma Rosa Macedo de la Concha
- 36 **Rincón bibliográfico**
Sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA
- 38 **Colaboradores**

Editorial

El arribo de la tercera década del Siglo XXI vino acompañado de uno de los mayores desafíos a los que se ha enfrentado la humanidad en su conjunto: la COVID-19, la cual ha traído incertidumbre e interrupción a nuestra vida cotidiana debido a la amenaza de socavar la salud de los seres humanos, al tiempo que se vislumbran crisis a nivel global de los órdenes económico y social, exhibiendo y exacerbando las brechas entre las naciones y al interior de las mismas, así como hacia las personas que se encuentran en alguna situación de vulnerabilidad, aunque a decir verdad, en este nuevo contexto, todos debemos reconocernos como vulnerables. Ante lo cual, la repuesta para enfrentar los retos que plantea la COVID-19 encuentra en la ética un correlato indisoluble que debe permear el espectro de impacto de la toma de decisiones en la arena pública, así como la participación activa de la ciudadanía, con respecto a la responsabilidad social y el cuidado de la salud en los ámbitos individual y colectivo.

Debemos recordar que la bioética es una rama de la ética que ayuda a resolver los conflictos que ocurren durante la práctica médica y la investigación, sobre todo en situaciones como la actual, en la que se debe mantener una actitud ética en todo momento e intentar, dentro de lo posible, proveer la mejor atención a la salud física y mental.

Por esto, en este número de la Gaceta CON-BIOÉTICA se abre un espacio para el análisis de los eventos actuales. En la sección *A fondo* se abordan varias temáticas relacionadas con los desafíos y las consideraciones éticas durante las pandemias. La Mtra. Reyna Matus Miranda, explica las consideraciones éticas, con un enfoque desde la enfermería; la Dra. Irene Rivera Salgado describe el importante rol de los Comités Hospitalarios de Bioética para la toma de decisiones, uno de los principales desafíos para los profesionales de la salud en esta coyuntura. Asimismo, en estos eventos es inevitable la pérdida de vidas humanas, por lo que el tratamiento que se le da a los cuerpos debe

darse bajo el respeto a su dignidad y a la de los familiares, consideraciones bioéticas tratadas por la Dra. Jennifer Hincapié Sánchez.

El Dr. Luis Felipe Abreu Hernández, aborda un tema nodal para la ética contemporánea: la investigación con seres humanos, la cual, aun cuando se desarrolle en un escenario impregnado de urgencia, no debe prescindir de la ética como postulado que oriente su devenir. Por su parte, el Dr. Eduardo García-Solís, comparte una oportuna reflexión sobre las implicaciones de ser médico en la pandemia

En *Escenario nacional*, la Lic. Ángeles Adame Gayosso y el Mtro. Raúl Jiménez Piña, exponen las recomendaciones bioéticas a considerar durante la pandemia, mientras que en *Escenario internacional*, la Dra. Isabel Cornejo Plaza, nos comparte la experiencia chilena, con respecto a dos dilemas éticos de la sindemia por COVID-19 en Chile.

La conversación presentada en *Encuentro bioético*, es con el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, quien analiza los retos éticos de la atención a los adultos mayores y cómo la emergencia sanitaria actual, no es justificación para exacerbar la vulnerabilidad en la que pueden verse involucrados. En *Cultura y bioética*, la Mtra. Alma Macedo de la Concha, aborda el tema relativo a la ética de los medios digitales y el acceso a la cultura, durante el confinamiento por COVID-19 y finalmente, en *Rincón bibliográfico*, esta Gaceta presenta a sus lectores las sugerencias editoriales de la Comisión Nacional de Bioética.

Después de este breve recuento del contenido de la publicación, lo invitamos a continuar con la lectura de los temas abordados en las diferentes secciones; en espera de que los matices que presenta cada uno de ellos, resulten de su interés y lo inviten a dedicarles un espacio de reflexión, como tarea fundamental ante el difícil escenario que ha presentado al mundo, la crisis sanitaria por el coronavirus SARS-CoV-2.

Consideraciones éticas ante la actual pandemia por COVID-19

Un enfoque desde la enfermería

Reyna Matus Miranda

“Te dices:
en un solo día he perdido a dos personas.
Te preguntas:
¿qué hice mal, en qué estoy fallando?...
...¿qué más pude haber hecho yo?”

*Adriana. Enfermera en área COVID
Dulce Soto, Periódico Reforma, 29 de junio de 2020*

En diciembre de 2019 se originó en China una enfermedad viral por el Coronavirus SARS-CoV-2, declarada por la OMS COVID-19 (marzo 16, 2020)¹, la cual en pocos meses se ha convertido en una pandemia con efectos devastadores para todos los países del mundo (Yi et al., 2020)². A partir de lo anterior, en el interconectado mundo moderno la incertidumbre y la sorpresa (por lo rápido que se ha alterado la vida de prácticamente todos los habitantes del planeta), han creado situaciones inéditas para los sectores y organizaciones que forman parte de la intrincada vida diaria de las personas. Particularmente el sector salud ha debido transformarse de manera vertiginosa para dar respuestas de atención a las personas afectadas por esta enfermedad la cual ha ido creciendo de manera exponencial con signos, síntomas y manifestaciones diversas que pueden ir desde asintomáticas, leves hasta muy severas o graves asociadas particularmente, aunque no exclusivamente, con el aparato respiratorio.

Dentro de estos cambios en el Sector Salud de nuestro país se encuentra (entre muchos otros) una transformación en la propia infraestructura instalada de las Unidades de Atención existentes, a partir de la denominada reconversión hospitalaria (Gobierno de México, Secretaría de Salud.2020)³ lo que ha posibilitado el crecimiento o ampliación de algunas de estas Unidades o bien la creación y adaptación de espacios, algunos temporales, para esta atención; por ejemplo la Unidad temporal de atención ubicada en el Centro Citibanamex de México o el Hospital de expansión del IMSS habilitado en el Autódromo Hermanos Rodríguez de la Ciudad de México.

Lo anterior ha implicado importantes modificaciones en cuanto a los recursos para la atención de estos pacientes, así como para el personal que ahí labora(o lo hará): creación o adaptación de áreas o espacios, aumento del número de camas para la atención de tomas de oxígeno, de succión, de equipos de ventilación o de aspiración, en monitores, oxímetros etc. A partir de esta(s) transformación(es) también se han alterado los servicios que de manera habitual las unidades médicas prestaban a la población; modificando, difiriendo o aplazando, por ejemplo, los ciclos de control periódico de pacientes crónicos (consultas, control de laboratorios, entrega y surtido de recetas etc.), retrasando la llegada al sistema de salud de pacientes con problemas agudos o graves etc, todo con el fin de priorizar la atención a pacientes con esta enfermedad. Dentro de estos cambios destaca, por su vital importancia, el personal de salud implicado en la atención proporcionada, en su volumen o número, en su formación académica así como en la experiencia de médicos, enfermeras, inhaloterapeutas, nutricionistas, personal de servicios básicos, entre muchos otros.

Todos estas modificaciones ha merecido que el Gobierno Federal, de cada uno de los Estados y Municipios (o Alcaldías en el caso de la Ciudad de México) de nuestro país, hayan concentrado de manera importante su atención, esfuerzos y recursos de diversa índole con el objetivo de garantizar el derecho a la salud (con el máximo nivel de calidad) de todas las personas infectadas, independientemente de su nivel de ingresos económicos o de su condición laboral. Para ello se

realizan ajustes a los presupuestos, planes y proyectos para atender de la manera más idónea esta situación.

A partir del panorama apenas esbozado anteriormente, quiero enfatizar que ésta es una experiencia inédita para la población en general, particularmente para todas(os) las(os) profesionales de la salud. Ninguna experiencia previa nos había preparado para lo que estamos viviendo actualmente dentro de nuestros ámbitos personales (o sociales) ni laborales. Por mi formación académica y práctica clínica como enfermera en áreas de cuidados intensivos (de la cual estoy alejada ya hace algunos años) quiero ahora llegar a algunas reflexiones de esta vivencia y lo haré a partir de algunas preguntas ¿cómo están experimentando las(os) profesionales de enfermería todos los cambios antes señalados?, ¿cómo prestar los mejores cuidados posibles, sin olvidar protegerse para no llevar el virus a las propias casas y familias y para no enfermar?, ¿cómo priorizar la atención/cuidado que se brinda a las(os) pacientes, cada uno(a) de ellos(as) con situaciones y circunstancias muy particulares?, ¿de qué manera distribuir, utilizar y priorizar los recursos con los que se cuenta?, ¿cuáles son algunos de los posibles dilemas éticos dentro de esta experiencia y cómo resolverlos?, ¿cuáles son algunos de los aprendizajes en el campo del cuidado, desde diferentes puntos de vista, a más de cien días de estar experimentando esta pandemia en nuestro país?

Con motivo de esta publicación trataré de referirme particularmente a los aspectos éticos que subyacen dentro del ejercicio de las(os) profesionales de enfermería y que estoy segura necesariamente están presentes en esta experiencia global pero que toma radical importancia en quienes están en la primera línea de atención y cuidado (de batalla, dirían algunos) y que no en pocas ocasiones son parte de los rostros más visibles del sistema de salud en nuestro país y fuera de éste. Lo anterior es sin dejar de reconocer que las exigencias éticas en el desempeño

de la Enfermería resultan particularmente importantes por la trascendencia de su cometido, la atención técnica y el cuidado humano de personas vulnerables y la relación de especial confianza y cercanía que con ellas(os) se establece. Esto requiere de las(os) profesionales de enfermería un esfuerzo positivo y permanente para preservar los derechos inherentes a la dignidad de la persona en el contexto de la relación sanitaria, la vida, la integridad física y moral, la seguridad, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía, etc. (CEyDECV, abril 2020)⁴.

Bajo este marco, considero que es importante señalar que la ética no se desliga de ningún acto humano. Con relación a los actos asistenciales, habitualmente la ética va de la mano del conjunto de decisiones que los profesionales dirigidos a la atención a la salud toman frente a las necesidades y/o problemas de las personas que atienden día a día, en este caso, de quienes están padeciendo esta enfermedad. Para ello debemos pensar que el cuidado ético (Álvarado G, 2004)⁵ así como el conjunto de acciones, valores, y principios (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia primordialmente) que se derivan de la atención que se ha brindado, y con la que hemos estado familiarizadas(os), seguramente ha sufrido cambios de forma inesperada a raíz de las situaciones como las que se han estado viviendo alrededor del COVID-19, además de hacer aflorar la importancia de la formación humanista y ética de estas(os) profesionales y el necesario equilibrio que debe existir con los conocimientos científicos que deben poseer.

Es importante no perder de vista que esta nueva experiencia puede generar en el personal de salud en general, y en este caso en particular, en las(os) enfermeras(os) implicadas(os) en estos procesos de atención, algún tipo de incertidumbre en cuanto a aspectos conceptuales, técnicos, de comunicación e incluso éticos (Hamui-Sutton et al, 2015)⁶ lo que a su vez puede elevar los niveles de estrés y ansiedad y llevar a un estado de distrés emocional donde los cuida-

dos proporcionados pueden ser percibidos como inapropiados en las(os) profesionales que se vean implicadas(os) en estas decisiones (SEMICYUC, 2020)⁷. Se trata de situaciones que deben ser reconocidas por las propias instituciones y enfermeras(os) a fin de plantear acciones para el fortalecimiento de su resiliencia de tal manera que les permita seguir adelante en su importante labor en el mejor estado físico, mental y emocional posible pues una realidad es que yo no puedo ser una fuente de ayuda para otros si yo misma(o) no estoy bien.

De esta manera, se considera que respetar y proteger los compromisos sociales debe ser un acto ético prioritario pero el cuidado de las personas enfermas, en particular de quienes están en estado crítico (muy cerca del final de la vida) y de sus familias, debe ser un eje de actuación donde se incorporen las medidas razonables para minimizar el daño y la deshumanización de la muerte en soledad y aislamiento, que desafortunadamente en muchos(as) de estos(as) pacientes se está sufriendo. Para ello se han estado planteando diversas iniciativas de orden ético desde la propia OMS (marzo, 2020)¹, la UNESCO (CIB, UNESCO, abril 2020)⁸, los Consejos Profesionales de Enfermería (CEyDECV, abril 2020)⁴ o de otras profesiones o áreas (SEMICYUC, 2020)⁷ y en el caso de nuestro país a la Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia (abril, 2020)⁹, documentos que de alguna manera buscan dar certidumbre interprofesional en la toma de decisiones, particularmente en el campo de la ética. A pesar de estas propuestas se reconoce que esta experiencia seguramente está generando conflictos éticos que pueden provocar mayor angustia y agotamiento a profesionales, pacientes y a sus familias (aunque en este momento no se tenga conciencia de ello).

A partir de todo lo antes señalado, Jiménez (2020)¹⁰ reconoce que *la ética de la preparación y respuesta ante una pandemia debe, en muchas ocasiones, considerarse desde*

*otros principios como son el de **justicia distributiva, de transparencia, de equidad, de integridad, de no discriminación o de rendición de cuentas**; también que no es posible hacer desaparecer lo que ayer era la normalidad y olvidar, de repente, la consideración de la individualidad del ser con su enfermedad en particular y que todo esto sólo se podrá lograr si somos capaces de balancear y adaptarnos a través de la sensibilidad y la compasión ante las características únicas que nos está tocando vivir.*

Aunado a lo anterior, también es necesario (si no es que indispensable) observar que para salvaguardar el bienestar emocional de los trabajadores de la salud (que actúan ante pacientes críticos y graves en servicios de Urgencias, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o cualquier otra unidad) éstos deben tener la oportunidad de recibir apoyo emocional aprovechando las conexiones con los demás, evitando el aislamiento ante la complejidad del conflicto ético, establecer espacios de diálogo interprofesional, así como con las instituciones que les acogen, fomentar la autoconciencia, desarrollar capacidades de autorregulación y/o fomentar el aprendizaje situacional y reflexivo.

¿Cuáles serían algunas acciones que podrían coadyuvar en estas respuestas? Por un lado las propias Instituciones de salud deben reconocer que las experiencias a las que las(os) trabajadores se están enfrentando no son las habituales, así como el crecimiento en volumen y complejidad de atención que todos(as) los(as) pacientes con COVID-19 representan. A partir de lo anterior, es necesario que se implementen estrategias diversas: contratación de más personal, capacitación para las actividades nuevas o bajo el nuevo esquema de atención (por ejemplo, sobre el uso de equipo de protección personal), establecimiento de esquemas de trabajo-descanso que posibiliten jornadas menos desgastantes para el personal, creación de espacios físicos para el reposo, etc. Por otro lado, es indispensable que el propio personal de salud, en este caso las(os) profesiona-

les de enfermería, reconozcan sus fortalezas y limitaciones y trabajen en ellas. En la medida de lo posible es necesario autocuidarse en la salud física y en la emocional (crear o acudir a redes de apoyo familiar, profesional o de otra índole que les permitan hablar y compartir lo que están experimentando, por ejemplo).

Finalmente, proceder desde el punto de vista ético y con ello disminuir la carga emocional en el personal de salud ante esta pandemia, puede lograrse a partir de considerar algunas de las cuatro recomendaciones básicas señaladas acertadamente por la propia OMS(23 abril, 2020)¹¹:

1. Establecer criterios de priorización transparentes, 2. Salvar la mayor cantidad de vidas, 3. Priorizar a quienes tienen la tarea de

salvar las vidas de otros y 4. Tratar a todas las personas equitativamente.

Indudablemente esta pandemia nos está enfrentando a una realidad difícil, cambiante y altamente desgastante, que además se augura larga y complicada y de la cual debemos aprender, entre otras cosas, que para salir avantes será necesario también que quienes formamos parte de la sociedad contribuyamos en nuestra propia responsabilidad de cuidado (uso de cubrebocas, lavado de manos, distancia física entre personas, etc.). Pienso que esa es también una conducta ética como seres sociales la cual puede contribuir en gran medida al éxito en el control de esta pandemia. No dejemos solo(a) al personal de salud en esta lucha. Ellos(as) merecen también nuestro respeto y contribución a la lucha que están enfrentando.

Referencias

1. OMS/OPS (2020). *Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19)*. Washington, D.C.
2. Yi, Y., Lagniton, P., Ye, S., Li, E., y Xu, R. H. (2020). covid-19:What has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease [covid-19: lo que se ha aprendido y lo que se debe aprender sobre la nueva enfermedad del coronavirus]. *International Journal of Biological Sciences*, 16, 10, 1753-1766. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45134>.
3. Gobierno de México. Secretaría de Salud (2020). *Lineamiento de reconversión hospitalaria*. México.
4. Comisión de Ética y Deontología del Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CEyDECV) (2020). *Aspectos Éticos de la Enfermería en la Crisis de Pandemia por COVID-19*. Valencia.
5. Alvarado G, Alejandra (2004). *La ética del cuidado*. *Aquichan*;4(4): 30-39. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v4n1/v4n1a05.pdf>
6. Hamui-Sutton et al. (2015). *A typology of uncertainty derived from an analysis of critical incidents in medical residents: a mixed methods study*. *BMC Medical Education*; 15:198. DOI 10.1186/s12909-015-0459-2.
7. Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (2020). *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos*. (SEMICYUC). https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
8. Comité Internacional de Bioética (CIB) de la UNESCO y la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST) de la UNESCO (2020). *Declaración sobre el COVID-19: Consideraciones éticas desde una perspectiva global*. Abril 2020. <https://www.cibir.es/files/biblioteca/COVID-19-unesco-ES.pdf>
9. México. Consejo de Salubridad General. *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*.
10. Jiménez, María. *COVID-19: la ética asistencial*. *elPeriódico*. <https://www.elperiodico.com/es/opinion/20200414/enfermeria-etica-asistencia-enfermos-covid-articulo-7927898>
11. OMS/OPS (2020). *Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19*.

El rol de los Comités Hospitalarios de Bioética para orientar la toma de decisiones en contextos de emergencias sanitarias

María Irene Rivera Salgado

“El hombre vale no por lo que tiene, ni siquiera por lo que sabe, sino por lo que sirve. Tal es la cualidad propia del médico”

Manuel Velasco Suárez

Reflexiones ante la pandemia de COVID-19, desde el punto de vista bioético, con base en la experiencia, desde distintos puntos de vista, ya que esta nueva enfermedad representa un desafío comenzando con el diagnóstico, el tratamiento, la evolución y la incertidumbre de su desenlace. Esta pandemia causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19, hago referencia (Tabla 1) a las cifras del informe epidemiológico nacional, del 24 de junio del 2020, que corresponde al día 117 de la pandemia en México, estando en Fase 3, evaluada en el semáforo de riesgo epidemiológico máximo, color rojo, que ubica a la Cd. de México con el primer lugar de casos confirmados acumulados (44,243) lo que representa el epicentro de esta pandemia en nuestro país.

Desde su inicio, esta enfermedad nos ha llevado a todos a tener múltiples reflexiones y acciones que se han implementado para enfrentarla con las mejores prácticas médicas, sanidad, aislamiento, estudiando y ofreciendo los mejores tratamientos. Sin embargo, los retos y los desafíos han sido muchos, es difícil centrarse en uno solo ya que los efectos de la enfermedad no sólo afectan a los pacientes y sus familiares, también a médicos enfermeras, camilleros y en general a todo el sector salud, políticas públicas, economía, etc. No hay duda de que esta pandemia ha puesto en jaque a todos los sectores de la sociedad a nivel mundial y ha mostrado muchos claroscuros.

Con el concepto del Dr. Aguirre-Gas de ética médica “Disciplina que analiza y fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”,⁽¹⁾ iniciaré una breve relatoría que intenta describir, a grandes rasgos, los lineamientos que se establecieron en el hospital en el que laboro, ofrezco una disculpa por los muchos que este texto omite, y que de continuar la infección activa, continuaremos durante muchos meses más.

Informe epidemiológico nacional del 24 de junio de 2020
Día 117 de la pandemia en México

PANORAMA MUNDIAL	Casos	%
Confirmados	9,129,146	
Confirmados activos	1,989,575	
Tasa de letalidad global		6.2 %
PANORAMA EN MÉXICO	Casos	
Confirmados acumulados	196,847	
Sospechoso acumulados	62,475	
Negativos acumulados	256,336	
Confirmados activos	24,036	
Sospechosos activos	40,219	
Defunciones	24,324	
Personas estudiadas	515,658	
Recuperados	113,596	58%
Ocupación Camas IRAG general	11,887	45%
Ocupación camas IRAG con ventilador	3,377	38%
Notificación hospitalaria del total de	897	97%

Tabla 1

¿Cómo empezamos a vivir esta pandemia?

Trabajando en un hospital de tercer nivel, desde el inicio de la declaración de la pandemia en nuestro país, sabíamos que sería reconvertido a un hospital COVID, que dejaría de atender a muchos de nuestros pacientes asiduos de diversas especialidades y a los pacientes que son enviados de otros hospitales regionales o generales de nuestro sistema médico. Comenzamos con mucha organización, evaluando las estrategias del cambio, dividiendo por áreas el hospital y cada una de ellas con un líder que organizaría las nuevas necesidades. Estas estrategias se fueron modificando sobre la marcha

tratando de mejorarlas, con base en la propia experiencia intrahospitalaria ^(2,4,8).

- **Organización del personal de salud**

Al igual que en muchos otros países, se atendió como una de las primeras instancias el confinamiento domiciliario para todo el personal de salud vulnerable, trabajadores mayores de 65 años, mujeres embarazadas y trabajadores con factores de riesgo graves, aunque no todos por supuesto; este hospital, como muchos en el país, no pude prescindir de una gran parte de su personal operativo y aunque un alto porcentaje de trabajadores tienen algún factor de riesgo, están estables. A todos los trabajadores en confinamiento se les asignaron actividades como cursos en línea, a través de una plataforma electrónica institucional, con constancias de participación, entre otras actividades, la más importante: cuidar su salud, apoyados con una gran cantidad de infografías, enviadas incluso por WhatsApp.

- **Adaptación de áreas de hospitalización**

La hospitalización se organizó de tal modo, que se aislaron por pisos a los pacientes con COVID-19, de los pacientes hospitalizados con padecimientos crónicos, oncológicos, enfermedades cardiovasculares, pacientes con padecimientos que requieren cirugía de urgencia, etc. Con las aportaciones de varias especialidades se implementaron los manuales del hospital, todos se revisaron con sus pares, además de los que dictaron las autoridades tanto gerenciales como de la Secretaría de Salud. ⁽⁴⁾

Se llevó a cabo la adaptación de un área independiente del hospital para establecer el Centro de Enfermedades Agudas Respiratorias, con la infraestructura de seguridad tanto para los pacientes como para el personal de salud que los atiende. Se estandarizó la selección de pacientes en el TRIAGE por parte del personal

médico de urgencias, con los criterios de alarma y gravedad que pueden deteriorar rápidamente al paciente, ésta ha sido la prioridad. Realizada la evaluación del paciente, se toman las muestras para la prueba de COVID-19. El paciente que llega en situación crítica se le da preferencia y se realiza una valoración adicional para tramitar su ingreso a hospitalización o si su condición es de gravedad a la UTI, afortunadamente para todo el sector salud, aunque muchos pacientes requieren hospitalización, otros pacientes han cursado su enfermedad como ambulatorios, en estos casos se monitorean vía telefónica y se les instruye en las señales de alarma en caso de agravarse el cuadro clínico y acudan al hospital ⁽⁴⁾.

- **Establecimiento de rutas para pacientes**

Se estableció una ruta crítica para los pacientes COVID; este proceso ha requerido de transitar por un mismo camino desde el Centro de Enfermedades Respiratorias Agudas hasta hospitalización, en lo que internamente hemos denominado “el camino amarillo”, que incluye un elevador exclusivo para estos pacientes; el personal paramédico responsable del traslado debe portar el EPP de personal de áreas COVID-19 y se complementa con el procedimiento de sanitización y limpieza exhaustiva en todo su recorrido, camillas y demás insumos incluyendo el uso de la “cápsula de traslado”.

Se implementaron otras rutas para pacientes de oncología, traumatología y ortopedia, hemodiálisis y urgencias médicas no COVID, así como área de hospitalización exclusiva para estos pacientes en caso de requerirlo. Se instalaron filtros de ingreso al hospital tanto para personal médico como para pacientes y familiares, que se redujo al mínimo indispensable, y se tiene personal médico que atiende la expedición de recetas médicas de pacientes con tratamientos crónicos

ya establecidos sin que los pacientes se tengan que desplazar al interior del hospital.

- **Uso de insumos de protección**

Mediante el uso de insumos de protección personal y aunque no todos atienden áreas COVID, cada trabajador cuenta con una careta; se ha dado difusión a la práctica de sana distancia, lavado de manos, uso de cubrebocas y equipo de protección personal para todas las personas que requieren ingresar al hospital. ⁽⁴⁾

- **Elaboración de manual para manejo de cadáveres**

Se elaboró el manual *Manejo de cadáveres con COVID-19*, con lineamientos para los casos de defunción de pacientes con diagnóstico de COVID-19, evitando riegos tanto para el personal sanitario como para los familiares y el personal de los servicios funerarios, preservando en todo momento la dignidad y el respeto al paciente. ⁽⁴⁾

- **Educación continua y capacitación**

Como parte de la deontología médica, una de las disciplinas que realiza el médico es la educación continua, en beneficio de sus pacientes y como parte de su propia esencia. La deontología médica ante una pandemia, es de vital importancia desde las diversas especialidades; la gran cantidad de información generada, con cientos de artículos médicos relacionados con COVID-19, motivó la realización de cursos para tratar de estandarizar el conocimiento inicial e inspirar al debate al interior de las diferentes disciplinas.

Se organizaron cursos con sesiones informativas como de capacitación para todo el personal de salud del hospital que incluyó: *Manejo del equipo de protección personal y medidas de prevención contra COVID-19* (curso en línea y presencial en cada servicio), *Sanitización y desinfección de acuerdo al Protocolo-Pemex, Panorama y generalidades de la infección por*

SARS-CoV-2 (COVID-19), Evidencia de eficacia de tratamientos contra COVID-19, de acuerdo a la literatura, tratando una gran cantidad de puntos importantes como pruebas diagnósticas SARS-CoV-2, métodos de intubación segura, salud mental, banco de sangre, comunicación efectiva pacientes-familiares y relación médico paciente, manejo de RPBI, CRETIS. ⁽⁴⁾

Participaron expertos de las diferentes áreas como infectología, cuidados intensivos, medicina interna, biología molecular, anestesiología, hematología, epidemiología, enfermeras sanitarias, intendencia, entre otros. Además de sesiones generales con temas como nutrición basada en evidencia y prácticas hospitalarias, musicoterapia receptiva, manejo de la conducta pediátrica en el confinamiento, taller de control de estrés y medidas de higiene del sueño. Todas estas pláticas se realizaron como instrucción general y claro con la molestia de algunos debido a que no somos la excepción con los escépticos.

Una vez que inició la recepción de pacientes con sospecha o confirmados de COVID-19, ¿cuáles han sido las experiencias? Con la finalidad de dar testimonios objetivos, realice una encuesta con algunos de mis compañeros para compartir sus experiencias:

Pregunta: ¿Cuál ha sido su mayor reto durante esta pandemia?

- **Respuesta desde un punto de vista de trabajo social:**

“En la pandemia que se vive actualmente, es el manejo del duelo en las familias. El dolor del paciente y los familiares al separarse inesperada y obligadamente, debido a una enfermedad desconocida, se enfrentan a la incertidumbre de no saber cuál será el desenlace de la enfermedad, pendientes de una llamada telefónica en la que se pueden recibir noticias alentadoras o noticias devastadoras. El duelo es un sentimiento difícil de manejar. En la situación actual, es complejo apoyar a la familia para ce-

rrar círculos de despedida, perdón, acompañamiento en la enfermedad y terminar con una ceremonia religiosa buscando el descanso espiritual, dejando pendientes situaciones emocionales dentro de la familia. Generalmente cuando existe la pérdida de un familiar, la ceremonia religiosa es el punto máximo para despedirse, ver el cuerpo de su ser querido, da tranquilidad a los familiares. En esta circunstancia, no tienen la oportunidad de hacerlo, generando en ellos un cargo de conciencia y por lo tanto un duelo más doloroso y prolongado. Modificando obligadamente sus creencias y cultura. Aunque la tecnología permite la comunicación y da oportunidad de realizar ceremonias religiosas, misas, rosarios etc. la población mexicana siempre buscará la cercanía con sus familiares más cercanos para compartir el dolor y la pérdida”.

• **Respuesta desde un punto de vista de enfermería:**

“Considero importante compartir mi experiencia en uno de los días en los que me movilizaron al área de terapia pediátrica, me desempeñé como enfermera circulante y de apoyo para mis compañeras que asistieron en la llegada de unos trillizos con alerta de COVID-19, por lo que se tuvieron que tomar todas las medidas sanitarias pertinentes. Personalmente considero que el mayor reto que encontré fue que la relación enfermera/paciente se ve bastante afectada ya que al existir tantos focos de riesgo no es posible dar la misma atención (en cuanto a cercanía y confort) a los pacientes, lo que en mi opinión representa un reto para todo el personal de salud, ya que si bien nuestro trabajo es aliviar a los pacientes, considero que también es muy importante la parte humana y de cercanía con ellos, algo que esta enfermedad no nos está permitiendo hacer”.

• **Respuesta desde un punto de vista de la UTI**

“El reto más grande ha sido, en primer lugar, el gran número de pacientes afec-

tados (mundial y localmente) de forma grave por esta enfermedad; en segundo lugar, que ha afectado al personal de salud, conocidos cercanos y lejanos, lo cual te presiona y afecta pero tienes que intentar ayudarlos y seguir en caso de fatalidad; en tercer lugar, que ha aparecido entre el séptimo y decimosegundo día la hipertermia maligna refractaria a antihipertermia convencionales, dantroleno (un fármaco específico) e inclusive lavados peritoneales con solución dializante a 20° C, después de lo cual ocurre el fallecimiento; ésta es una enfermedad con alta mortalidad (independientemente de lo que puedas hacer) y eso frustra pero tienes que seguir....”

Como en todos los hospitales del mundo, al paso de los días y de los meses, esta enfermedad ha producido un gran cambio en el estado de ánimo en el personal de salud, y ha alertado y enseñando al personal médico todas las acciones que antes de que iniciara la pandemia sólo se predecían, ahora forman parte de su experiencia. Ya cuentan con mayor conocimiento de la evolución de esta enfermedad, de la aplicación del Triage para la UTI, el consentimiento informado COVID-19, respetando el principio de autonomía, de proporcionalidad y equidad, en función a la estimación objetiva de los datos de gravedad del paciente con COVID. El peso que tienen las comorbilidades de nuestra población iniciando con el sobrepeso y obesidad, la hipertensión, la diabetes como principales factores de riesgo que ensombrecen la recuperación y aumentan las complicaciones, la estancia prolongada en hospitalización y en la UTI y que en muchos casos resultan fatales, a pesar del esfuerzo terapéutico, evaluando no caer en un tratamiento fútil. A pesar de todos los conocimientos, no tenemos hasta hoy un tratamiento efectivo y mucho menos curativo para esta enfermedad, sabemos cuáles han sido los tratamientos que inicialmente tenían una gran expectativa y se han ido modificando o descartando con los estudios controlados que se han realizado en todo el mundo.^(4,5,7)

Sin embargo, ante una enfermedad nueva, altamente contagiosa, de alta letalidad para una población con múltiples comorbilidades en individuos jóvenes y viejos, económicamente activos, padres y madres de familia de quienes sus dependientes se quedan en el desamparo, para muchas familias esto ha sido devastador y como un punto más que nos agobia, es que las relaciones médico-paciente, paciente-familiares, médico-familiares, enfermera-paciente, enfermera-familiares, trabajo social-paciente y trabajo social-familiares, se han visto afectadas de una forma radical. El dilema bioético para muchos hospitales ha sido establecer mecanismos de comunicación que permitan en esta pandemia la sana distancia, la disminución del riesgo de contagios, disminuir la angustia y el temor de no saber la evolución médica de su paciente. En este ámbito la estrategia de comunicación que se implementó en nuestro hospital, fue a través de llamadas telefónicas o videollamada una vez al día; para el informe médico de la condición clínica del paciente sobre todo si esta condición se agrava, además cuando el paciente no está intubado los integrantes de la familia pueden ver o escuchar a su ser querido, lo que representa una clara muestra de que en la práctica médica se busca el beneficio del paciente y de su familia, evita la maleficencia en su actuar, y toma en cuenta que

un integrante de la familia puede estar hospitalizado y uno o más integrantes de la misma familia estar cursando con COVID-19 de forma ambulatoria, con la consecuente indicación de estricto aislamiento.

A la sombra de una Jacaranda

Así realizamos la primera sesión extraordinaria del CHB durante la pandemia, teniendo apenas 24 días de ser hospital COVID, se acercó uno de mis compañeros para solicitar se discutiera una intervención quirúrgica a un paciente con COVID-19. Se convocó, no se podía utilizar la sala de juntas de la dirección y no estaba muy familiarizada con la plataforma para convocar a la sesión, somos 10 integrantes del comité y se invitó a 5 médicos más, involucrados con el tratamiento del paciente ya que el abordaje multidisciplinario era obligado, así que solicité su presencia en el estacionamiento del hospital bajo la sombra de una gran jacaranda. Todos con sus cubrebocas, caretas, uniformes médicos y manteniendo una distancia prudente, fue como iniciamos con la primera sesión en tiempos de pandemia, altamente fructificante. La sesión subsecuente con el segundo caso ha sido a través de la plataforma *Teams*, con un aforo del 70% y estando algunos integrantes en comunicación desde su casa, en esta nueva normalidad. ⁽⁶⁾



Personal de atención a la salud durante la pandemia por COVID-19

Retomando nuestro panorama, de una nueva normalidad, estando en Fase 3, con semáforo de riesgo epidemiológico en color rojo, tenemos que reflexionar para tratar de controlar este riesgo de contagio con compromiso inicialmente personal y social, atender a todos los pacientes con COVID-19 durante esta pandemia ha sido la prioridad y disminuir los casos de fatalidad la meta. Por otro lado, nos espera el deber de cuidar y preservar la salud en la población general no COVID, atender a los pacientes que están en vías de diagnóstico y otros más en espera de iniciar o continuar con los tratamientos específicos que pueden salvar y mejorar sus vidas, reiniciar con los protocolos de trasplante, cirugías programadas, seguimiento de pacientes crónicos, estudios de diagnóstico y detección oportuna de cáncer de mama, próstata, colon, cérvix, entre las que más prevalencia tienen en nuestro país, la consulta pediátrica en toda su extensión, la vacunación, etc. En pocas palabras, continuar nuestra vida profesional realizando todos los actos médicos que dan a nuestros pacientes bienestar, continuar con la buena práctica médica, buscando el beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida.

Otro gran compromiso es reanudar las actividades de educación médica, encaminadas a la formación de nuevos médicos y especialistas en las unidades médicas, como un elemento indispensable que permite mantener el nivel de calidad y actualización en los conocimientos vigentes de la medicina, tanto para el que la recibe como para el que la otorga.⁽³⁾ Este es un gran dilema, por una parte, pacientes COVID, pero el resto de las actividades asistenciales, al estar atendiendo solo urgencias, ha mermado mucho la enseñanza. Durante esta nueva normalidad una de las misiones más importantes será recobrar la asistencia de nuestros pacientes y continuar la enseñanza, proporcionar conocimiento científico a médicos residentes de todas las especialidades, alta especialidad y subespecialidad, ya que son el capital médico del futuro, con el que contará este país en las siguientes décadas y se ha visto muy afectado.

La escalonada nueva normatividad encaminada a retomar nuestras vidas, nuestros trabajos, nuestra economía y la vida de todos los ciudadanos, con un alto sentido de responsabilidad en todos los ámbitos será nuestro nuevo desafío, nuestra nueva meta y un gran reto en nuestras vidas.

Referencias

1. Aguirre-Gas Héctor Gerardo (2004). *Principios éticos de la práctica médica*. Cir Ciruj 2004;72(6):503-510.
2. Aguirre-Gas Héctor Gerardo (2002). *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
3. Fernández Vázquez Juan Manuel (2006). FACS. *Código de Ética Médica*. Sociedad Mexicana de Ortopedia. México, D.F.
4. Plan estratégico para la atención de la contingencia por COVID-19 en los Servicios de Salud de Petróleos mexicanos (2020).
5. Guía Bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia (2020). Consejo de Salubridad General.
6. Ruiz de Chavez Manuel (2016). *Temas selectos de CONBIOÉTICA*. Comisión Nacional de Bioética/ Secretaría de Salud. Gaceta CONBIOÉTICA.
7. Caballero Velarde M.C. (2012). *Estrategia ante el reto bioético del paciente crítico*. Cirujano General 2012; Vol. 34 Supl. 2.
8. Aguirre-Gas Héctor Gerardo. *Curso Calidad, Seguridad y Responsabilidad Profesional: Preceptos éticos y legales de la práctica médica. Evaluación integral y mejora continua de la calidad de atención médica. Queja médica, mala práctica y responsabilidad profesional. Calidad en la atención médica*. Subdirección de Servicios de Salud. Petróleos Mexicanos.

Aspectos bioéticos del manejo de cadáveres durante la pandemia por COVID-19

Jennifer Hincapie Sánchez

México es una nación que se destaca por el marcado ritual de respeto que se rinde a los seres queridos que han fallecido, desde los prolongados y multitudinarios velorios, hasta la preparación de la *Hanal Pixán* o comida de las ánimas para rendir tributo a quienes visitan a sus parientes en la fiesta de día de muertos celebrada a finales de año.

La pandemia ocasionada por el virus del SARS CoV-2, ha generado una crisis sanitaria no vista en la historia reciente de la humanidad que nos ha exigido replantear el orden establecido para la sociedad. La atención clínica ahora se dispone en términos de mayor beneficio para la sociedad y se repliega el precepto de la práctica médica centrada en el paciente y su familia, algunos de los derechos fundamentales se han visto disminuidos en gran medida promoviendo el resguardo de la integridad de la mayoría, un ejemplo de ello es la reducción en la libertad de tránsito en diversos países que han impuesto medidas restrictivas-sancionatorias con el fin de aplanar la muy mencionada curva de contagio, entre otros.

Del COVID-19, se desconoce casi todo, por lo menos hasta la fecha en la que se redacta este documento. Aún no está identificada la historia natural de la enfermedad, ni todos los posibles efectos, no se tiene conocimiento de un fármaco que pueda contrarrestar la sintomatología, ni se ha logrado detectar una vacuna. Se estima que la tasa de morbilidad de la enfermedad es relativamente baja, el 4.74%¹ de los contagios devienen en fallecimiento a nivel global. Un panorama muy distinto en México que en la revisión de las cifras más reciente se muestra que el porcentaje corresponde al 12.16%². Estos datos podrían corresponder con la particularidad de las condiciones poblacionales (un gran número de mexicanas y mexicanos viven con comorbilidades consideradas agravantes del padecimiento). Y dada la facilidad de contagio con la que se propaga el virus, no es difícil llegar a la deducción, a mayor cantidad de personas contagiadas, mayor será la cantidad de fallecimientos. Al com-

plejo panorama expuesto, se debe sumar el inquietante reporte de más de 580³ profesionales de la salud que han fallecido por contagio del COVID-19, la mayoría de ellos, trabajadoras y trabajadores de la primera línea de atención.

El contexto no es nada sencillo y el abordaje de una pandemia debe hacerse de manera integral, las crisis sanitarias tienden a marcar cambios de paradigma en la cotidianidad de la sociedad, paradójicamente la historia nos sigue demostrando que estas ocurren de manera continua y como sociedad aún no logramos aprender a prepararnos para ello. Son las pandemias las que evidencian las crisis sociales, políticas y económicas y es en estos tiempos en los que se ponen en entredicho principios, valores, tradiciones y derechos. Consideremos, en condiciones normales son perfectamente identificables los derechos de los pacientes, los deberes del estado, de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los profesionales sanitarios. Sin embargo, y aún en condiciones de normalidad o cotidianidad, los derechos de un cadáver están en entredicho en gran medida, porque ya no son personas con las capacidades de goce y ejercicio de derechos, sin embargo, serían ante todo sujetos *sui generis*, toda vez que el estado ha de seguir velando por su dignidad y su integridad. ¿Qué puede llegar a suceder entonces con el manejo de los cadáveres en condiciones de pandemia, cuando los derechos de las personas se ven disminuidos?

La dignidad humana es un concepto de difícil explicación, en términos generales podemos identificar la dignidad en función de aquello que consideramos indigno, de tal manera que aventurarse a definir lo que es

¹ Cifras tomadas el 3 de julio de 2020 del portal <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/85320e2ea5424dfaaa75ae62e5c06e61>

² Cifras tomadas el 3 de julio de 2020 del portal <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/85320e2ea5424dfaaa75ae62e5c06e61>

³ Dato recuperado el 24 de junio de 2020 del portal de INFOBAE <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/06/24/ya-son-584-los-profesionales-de-la-salud-que-fallecieron-por-covid-19/>

un ritual funerario digno es complejo gracias a la diversidad de culturas, sin embargo, es comprensible de alguna manera que es indignante el no poder ofrecerlo por un familiar o un ser querido.

Lo anterior nos exige pensar en un panorama extremista de posibilidades, el nivel de los contagios continúa creciendo por diversos factores, entre ellos la incertidumbre científica, la falta de compromiso social e individual al no considerar que el autocuidado también es el cuidado de los demás, la desacreditación de la información que brindan las autoridades sanitarias e incluso la inadecuada ponderación de prioridades, etcétera.

Las disposiciones oficiales para el manejo de cadáveres demarcan las pautas necesarias para evitar que la curva de contagio siga elevándose, y en función de ello sugiere medidas sanitarias estrictas que pueden incluso transgredir los usos y costumbres de la tradición mexicana; algunas de dichas recomendaciones son velaciones con no más de 20 personas y con una duración de sólo 4 horas, la imposibilidad de apertura del féretro, (e incluso el uso de plástico protector para evitar la proliferación del virus), la firme sugerencia de cremación de los cadáveres identificados, entre otras. Es fundamental mencionar que a pesar de la crisis, y de que se deba prevalecer el bienestar colectivo por encima del interés individual, la guía de manejo de cadáveres para México, ha dispuesto respeto por la autonomía de los familiares de una persona que ha fallecido por COVID, para ver el cuerpo y acercarse a él con las estrictas medidas sanitarias; dejando entrever que, dentro de la firme idea de restablecimiento de tejido social, está la recuperación de la salud, el respeto, la solidaridad y la compasión, fundamentos bioéticos que nos permite ampliar el panorama de comprensión.

Sin el conocimiento de la historia natural de la enfermedad que permita determinar si los

cadáveres son agentes transmisores del virus, la práctica de tradiciones fúnebres como las velaciones de los cuerpos, la reunión de los allegados para presentar condolencias por la pérdida de un familiar, representa un serio dilema, de un lado está el impulso de brindar un último adiós a un ser querido que padeció la inclemencia de una enfermedad compleja y abrupta y de otro lado está la obligación social de cuidarme para cuidar a los demás, visto desde la perspectiva del Doctor Arnoldo Kraus “[...] “La celeridad para enterrar a los muertos es un ejemplo de la prisa de los tiempos actuales”⁴.

En los “Lineamientos de manejo General y Masivo de Cadáveres por COVID-10 (SARS-CoV-2) en México”, publicados el 21 de abril de 2020, se afirma: “No hay evidencia hasta la fecha, de que exista riesgo alto de infección a partir de cadáveres de personas fallecidas por COVID-19, sin embargo, puede considerarse que estos cadáveres podrían suponer un riesgo de infección para las personas que entren en contacto directo con ellos o entornos contaminados”. De tal manera, que no hay elementos suficientes que nos indique que es adecuado llevar a cabo los rituales mortuorios y nuestras consideraciones del concepto de dignidad vuelve a completarse.

No podemos perder de vista la idea del inmenso dolor que trae consigo el perder a un ser querido y en ocasiones puede llegar a ser un consuelo acompañar al cadáver y brindarle un pequeño gesto de afecto y acompañamiento, pero dada la situación sanitaria es necesario tomar medidas que cuiden la salud física de los mexicanos y que en ello no hay intensión de desdén o deshonra. Esta pandemia sólo la podremos superar unidos, con la fortaleza que nos caracteriza como sociedad. Asumamos nuestro papel, cuidémonos para poder cuidar a los que más queremos.

⁴ KRAUS Arnoldo. *La morada infinita*. Editorial Debate. México 2019.

Referencias

- Lineamientos de Manejo General y masivo de Cadáveres por COVID-19 (SARS-COV-2) en México.
 - KRAUS Arnoldo (2019). *La morada infinita*. Editorial Debate. México.
- <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/06/24/ya-son-584-los-profesionales-de-la-salud-que-fallecieron-por-covid-19/>

Ética de la investigación en la época de la pandemia de la COVID-19

Luis Felipe Abreu Hernández

La pandemia de la Covid-19¹ está poniendo en jaque las formas tradicionales de pensar en medicina y salud pública. La investigación para responder a una pandemia desconocida como la Covid-19 busca aprender lo más posible y lo más rápido posible para reducir contagios y pérdida de vidas humanas. Demanda abarcar un espectro muy amplio, desde el diagnóstico, el manejo de soporte para los enfermos, la búsqueda de antivirales, el manejo de las complicaciones, el estudio de los sistemas de trabajo en el sector salud y las afectaciones y desgaste del personal de salud, hasta el estudio de la salud pública y las medidas preventivas, la percepción de riesgo y el comportamiento social, los efectos sobre la sociedad y la economía, el desarrollo de modelos matemáticos, hasta la ciencia de la implementación, la evaluación y la mejora continuada de nuestra respuesta a la pandemia (World Health Organization, 2016). En el desarrollo de la pandemia están presentes multitud de factores contextuales, desde nuestra carga genética, nuestro comportamiento, la cultura y la organización social los cuales deberemos investigar por nosotros mismos, pues nadie nos puede substituir en esta tarea.

La investigación debe tener valor científico, pero también valor social, buscamos acumular conocimientos para tomar las mejores decisiones, pero esta no es una tarea que se limite a los expertos, sino que debe ser de acceso libre para el conjunto de los académicos y de los ciudadanos y las organizaciones de la sociedad, construyendo un acceso amplio y democrático, de información confiable y válida, con estadísticas verídicas, generando consensos y educando al conjunto de la población, transparentando los procesos mediante los cuales se construyen las decisiones que instrumentan el máximo beneficio para todos, los “jurados ciudadanos” o las “auditorías ciudadanas” (Burall, 2020) y los grupos de expertos independientes pueden verificar que las respuestas instrumentadas se han basado en la mejor evidencia disponible y en los resultados de investigación y se han instrumentado buscando

la justicia y la equidad y son para el beneficio de todos, sólo incluyendo a la sociedad se podrá articular una respuesta poderosa, basada en la confianza y en la creatividad colectiva, en la cual los gobiernos sirven a la sociedad y dan cuenta y muestran las razones y resultados de sus propuestas y acciones, y están dispuestos a mejorar continuamente.

La búsqueda del valor científico y social de la investigación

La indagación científica debe estar bien diseñada y utilizar un buen enfoque metodológico, que permita responder a los objetivos del estudio vinculados con mejorar nuestra respuesta a la Covid-19, sería injusto dedicar recursos a investigaciones mal diseñadas que al final no podrán producir conocimiento o a investigaciones que si bien producen datos y evidencia ésta sólo es válida en condiciones muy restringidas, idénticas a las condiciones en las cuales se realizó la investigación, pero que no se pueden transferir a las situaciones complejas como las que enfrentamos en la vida real con la pandemia, lo cual se conoce como falta de validez ecológica, los comités de investigación deben velar porque las investigaciones tengan la validez requerida.

1. **El diseño metodológico**, el primer punto a cuidar es que las preguntas y objetivos de la investigación sean pertinentes y estén bien sustentados, pero establecer la metodología de investigación no es un problema simple. Tradicionalmente se ha considerado que el ensayo clínico controlado es el estándar de oro en la investigación en salud, pero muchos ensayos clínicos se limitan a probar una sola intervención, como una droga o una vacuna por ejemplo, pero muchas de las intervenciones requeridas para influir sobre un fenómeno complejo como la Covid-19, demandan realizar intervenciones complejas con varias partes concurrentes e interconectadas, y que incluso deben considerar aspectos como la organización, la gestión y el comportamiento del factor humano, un ejemplo de ello

¹ Covid-19 se utiliza aquí como abreviatura de la enfermedad “Coronavirus Disease 2019” producida por una variedad de Coronavirus denominado SARS-CoV-2.

son los servicios de terapia intensiva o las intervenciones comunitarias (Michelle, y otros, 2000), imaginemos por un momento que estamos probando mediante un ensayo clínico controlado una vacuna contra el SARS-Cov-2 y los resultados preliminares son muy buenos, pero para que la vacuna tenga un impacto sobre la pandemia se requiere de la distribución, de la cooperación de autoridades locales, y en su caso, de una red fría y de la aceptabilidad de la población. Como operamos contra reloj, debemos investigar también los otros componentes de la intervención y trabajarlos en paralelo y probablemente debamos utilizar también metodologías cualitativas.

2. Impulsar procesos de co-creación, entre académicos, personal de salud e individuos, familias y comunidades, la investigación orientada a contener y abatir la pandemia, es diferente de la investigación tradicional porque pretende incidir sobre un problema de salud pública que nos afecta. Responder frente a un problema complejo implica abordar de manera coherente varios niveles de organización, desde el nivel molecular y biológico, hasta la psicología de las personas y las acciones comunitarias y, en su caso, el cambio en las conductas y los estilos de vida que hacen posible controlar o limitar la pandemia. Estas medidas no pueden abordarse como si fuese un “traje unisex y unitalla” por lo que las respuestas tienen que ser adecuadas considerando nuestras condiciones específicas y contextuales. Ello implica que en el diseño de la investigación y en su desarrollo y en la propuesta de soluciones a los problemas encontrados, deben participar todas las personas que constituyen los diferentes eslabones de la cadena, desarrollándose un proceso de co-creación de la investigación (Leask, y otros, 2019), en el cual participan desde científicos básicos, médicos, enfermeras, trabajadores comunitarios, autoridades y miembros de la población. De esta forma, se abordan en paralelo los diferen-

tes aspectos, de lo contrario habría que abordarlos en serie, un aspecto detrás de otro, incrementando los tiempos y retrasando los beneficios. La investigación participativa en la cual se desarrolla una sinergia entre ciudadanos e investigadores, con los tres niveles de gobierno y las ONGs es imprescindible para controlar la propagación del SARS-CoV-2, sin abandonar un entorno democrático. También debemos ser capaces de aprender de los denominados “desviados positivos” (Sterlin & Choo, 2000) que pese a encontrarse en condiciones desventajosas, presentan rasgos de resiliencia que les ha permitido enfrentar exitosamente sus problemas. Aprendiendo también de las múltiples formas en que las personas resuelven y negocian sus problemas cotidianos, es decir, los individuos familias y comunidades no deben ser consideradas como objetos pasivos de la investigación, sino como sujetos agentivos dotados de capacidad creativa y de autoorganización que poseen dignidad y capacidad intelectual que les permite una participación consciente y positiva, por lo cual la investigación no debe restringirse a los aspectos biomédicos o epidemiológicos, sino implica incluir a la psicología, la sociología, la antropología, el trabajo social, entre otros, con un abordaje interdisciplinario. Considerar a las personas como meros objetos o como una ventana para estudiar la biología del virus, violenta su dignidad y constituye una falta de ética franca.

3. Colaboración internacional y libre difusión del conocimiento y el acceso a su uso por todos los países, la OMS está coordinando proyectos de investigación a escala global y gran número de revistas científicas e instituciones han abierto al público sus publicaciones sobre la Covid-19, es preciso luchar porque esta condición de apertura y colaboración internacional perdure. Insertando al país en equipos de investigación multinacionales, pero nuestra participación plena depende de nuestra capacidad de realizar

aportaciones originales para aspirar a insertarnos en las redes internacionales de investigación y aspirar a recibir beneficios recíprocos. Sería muy grave que después de haber colaborado a desarrollar conocimiento sobre fármacos y vacunas, se nos vendan sin ninguna consideración a nuestras aportaciones. Resulta prudente impulsar nuestra capacidad productiva, porque resulta previsible que los países centrales satisfagan primero su demanda interna, luego asuman compromisos regionales y por último satisfarán las necesidades de los países como el nuestro. Por eso realizar investigación y desarrollo tecnológico endógeno y poseer capacidad productiva, es urgente e indispensable para mantener la salud de la población. Es conveniente ir más allá de la investigación para generar conocimiento básico, también es imprescindible considerar los aspectos de patentes y licenciamiento y el derecho a producir fármacos, vacunas y pruebas en alianza con la industria nacional, para considerar el caso de que las empresas transnacionales no puedan abastecerlos en la cantidad y calidad necesarias. La posibilidad de generar y producir medicamentos, vacunas y pruebas depende de activar la triple hélice gobierno-academia-empresas para desarrollar un trabajo sinérgico y un esfuerzo consistente y bien articulado. Es imprescindible favorecer la inserción del país en los circuitos científicos, industriales y productivos, defender la libre circulación del conocimiento generado y defender el predominio de los derechos humanos a los aspectos de patentes y licenciamiento, en el caso en que las empresas transnacionales no puedan abastecer la demanda.

Aspectos éticos relativos a la dignidad y los derechos humanos de los sujetos que participan en investigación.

Los individuos, familias y comunidades son el elemento vivo y dinámico y los comités de ética deben velar porque se respeten sus derechos y dignidad.

I. Verificar a qué necesidades responden los proyectos de investigación y quiénes definen esas agendas, validando que se corresponden con las necesidades de la población local, verificar que los riesgos y beneficios se distribuyen equitativamente y sin sesgos, y que las personas son tratadas como iguales morales y se consideran sus opiniones intereses y su cultura (Nuffield Council of Bioethics, 2020).

II. El consentimiento informado es la base para incorporar a personas como sujetos de investigación. Los enfermos de Covid-19 son particularmente vulnerables, porque frecuentemente se encuentran aislados y alejados de su entorno natural y pudieran pensar que de no participar en la investigación no serán tratados adecuadamente. Es obligación de los investigadores y del personal de salud informarlos con claridad y verificar que han comprendido los riesgos y beneficios posibles, asimismo resulta conveniente garantizar que los pacientes conscientes, tendrán comunicación confidencial con sus familiares, amigos o profesionales de la salud de su confianza y deben recibir la garantía plena de que si rechazan participar recibirán el mejor tratamiento disponible en igualdad de circunstancias que los otros pacientes. El personal de salud constituye los otros seres humanos involucrados en el proceso de investigación y generalmente por la pandemia presentan una sobrecarga de trabajo y están sometidos a condiciones de estrés e incluso *burnout* y podrían verse rebasados por la carga adicional de trabajo impuesta por el proyecto de investigación mismo. Ellos también son sujetos de consentimiento informado y, en su caso, se debe contemplar la necesidad de incorporar personal adicional para realizar el proyecto de investigación o reducirles la carga de trabajo asistencial para que puedan desarrollar la investigación sin que se conviertan en metas competidas, en detrimento de alguna de las dos tareas.

III. Dar prioridad al beneficio de los pacientes por encima de los proyectos de investigación, evitando las investigaciones basadas en grupos control con placebo, que dejan sin tratamiento efectivo a los enfermos. La investigación debe contribuir a reducir riesgos y mejorar la atención, evitando someter a riesgos innecesarios a los pacientes.

IV. Incluir en la investigación los problemas psicológicos morales y sociales de las personas y evitar restringirse a utilizar a las personas sólo como una ventana a los aspectos biológicos, frecuentemente vinculados a intereses comerciales.

V. Justicia en el acceso equitativo a los beneficios directos de la investigación, en virtud de que la investigación concede el acceso a fármacos o tratamientos innovadores que no son de uso común, por lo que se debe verificar una distribución equitativa de los beneficios potenciales entre diferentes sectores sociales, evitando los sesgos de compañías que buscan propagar sus productos entre sectores de alto poder adquisitivo.

VI. Considerar la necesidad de superar las barreras lingüísticas y culturales para lograr una comunicación eficiente, lo cual es fundamental en un país multicultural.

VII. Mantener informados a los pacientes,

las familias y comunidades sobre los proyectos de investigación en curso, garantizándoles la calidad de la atención de sus familiares incorporados a los proyectos, e informándoles de su evolución y avances y de los resultados obtenidos y de la contribución realizada por ellos para responder mejor a la pandemia y de los beneficios directos e indirectos que obtendrán.

VIII. Transferencia rápida de los resultados al terreno de la práctica clínica o de la salud pública tan pronto sea posible con énfasis en las poblaciones que participaron y apoyaron los proyectos, como parte de la necesaria reciprocidad.

IX. Proteger la confidencialidad de la información de las personas y sus muestras biológicas, y proteger su identidad y poseer mecanismos de seguridad para evitar el acceso de personal no autorizado.

Es de gran relevancia que los comités de investigación y ética trabajen de manera coordinada y lo hagan a pesar de que la pandemia puede mermar a sus miembros o sobrecargarlos con labores asistenciales o investigativas, por ello sería importante fortalecer a estos comités para garantizar la calidad de lo aprobado evitando aceptar proyectos que incluso logran publicaciones en revistas muy reconocidas, pero luego son retirados por sus serias deficiencias (Laframboise, 2020).

Referencias

- Burall, S. (23 de junio de 2020). *Nuffield Council on Bioethics*. Obtenido de Why the Government must engage the public on its COVID-19 response: <https://www.nuffieldbioethics.org/blog/why-the-government-must-engage-the-public-on-its-covid-19-response>
- Laframboise, D. (17 de Junio de 2020). *Big Picture News, Informed Analysis*. Obtenido de Retracted Papers Written by Journal VIP: <https://nofrackingconsensus.com/2020/06/17/retracted-papers-written-by-journal-vip/amp/>
- Leask, C., Sandlund, M., Skelton, D., Altenburg, T., Cardon, G., Chinapaw, M., . . . Chastin, S. (2019). Framework, principles and recommendations for utilising participatory methodologies in the co-creation and evaluation of public health interventions. *Research Involvement and Engagement*, 5(2), 1-16.
- Michelle, C., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex: Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 321, 694-696.
- Nuffield Council of Bioethics. (2020). *Research in global health emergencies: Ethical Issues, Short Report*. London: Nuffield Council of Bioethics.
- Sternin, J., & Choo, R. (January-February de 2000). The Power of Positive Deviance. *Harvard Business Review*, 14-15.
- World Health Organization. (2016). *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. Geneva: World Health Organization. Recuperado el 23 de junio de 2020, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>

Ser médico en la pandemia

Eduardo García-Solís

Con afecto a la Dra. Celia Alpuche Aranda,
Médica campechana de excepción

Me siento solo en el hospital, el 30 % del personal se fue por permiso sindical debido a comorbilidades, 5% licencias sin goce de sueldo, vacaciones programadas, y los que están infectados por el SARS-CoV2, finalmente un 50%. Éstas son palabras de un médico que está atendiendo pacientes. Al sentirse solo recuerda su ingreso a la Facultad ¿por qué estudié medicina? recuerda “me gusta ayudar a las personas”, “hacer el bien a los demás”, “cuidar a los enfermos”. Un médico ya experimentado le dice que estudiar medicina es una carrera de sacrificios, que se acabaron las fiestas, no hay tiempo de novias. Que cuando terminen sus estudios, la mayoría de sus compañeros ya estarán casados, con familia y establecidos. En cambio, el médico se establecerá aproximadamente a los 30 años; no disfrutará ver crecer a sus hijos; no todas las noches estará en su hogar, porque el deber lo llama, ya sea a hacer guardias en el hospital o la atención del enfermo que así lo requiera. Y, actualmente ante la pandemia del SARS-CoV2, su vida está en riesgo.

Después de la entrevista con el aspirante a ser médico, su respuesta es invariable: “No importa, deseo estudiar medicina, porque deseo ayudar”. Al recordar al Dr. Ignacio Chávez⁽¹⁾ que en su ideario nos dice, “es recomendable que quien inicie la carrera de medicina, obtiene en realidad una matrícula de estudiante de un curso que no termina, esclavos de un deber que la conciencia impone y que todo mundo reclama. Y ninguna libertad arrebatada más libertades, ni impide más el descanso, ni aparta más de las legítimas expansiones del cuerpo y del espíritu que está en la que todo mundo exige y ninguno concede, nadie piensa en los derechos del médico-hombre y todos reclaman la abnegación del médico-sacerdote”. Es en esta pandemia en donde el médico se encontrará frente a un juez implacable, su conciencia, imposible eludirla, ni siquiera cuando ha tratado de esquivar todo riesgo con abs-

tenciones culpables. Su deber es proteger al enfermo. Pero que sucede si tiene miedo de enfermarse o contagiar a su familia, si no cuenta con el equipo de seguridad personal idóneo, y en el recaen todas las responsabilidades y siente su compromiso con el enfermo, está obligado hacerlo. Es donde la medicina asertiva, la *lex artis*, los principios hipocráticos como el “primero no hacer daño”, los principios éticos y los valores morales deben prevalecer en el médico.

"El médico acompañará al enfermo, será su guía, su mensajero, intérprete, un apoyo, en medio de todos los que luchan por curarle, que lo considere en su totalidad, que conozca su complejidad, su personalidad, para llegar con éxito a la recuperación..."

El enfermo espera que el médico sea un ancla, un puente entre paciente, enfermedad y familia. Refiere Antonio Corral Castanedo⁽²⁾, el enfermo se encuentra en una isla, con el mínimo contacto de su familia, ya que el enfermo cuando entra en el hospital es sometido a máquinas, aparatos que no le dan ninguna explicación, entre análisis y radiografías, exploraciones que no sabe para qué son y lo que buscan, que lo aturden y sobre lo que nadie le aclara nada, en medio de los cuales escucha pocos alientos, pocas palabras; se encuentra perdido. Es ahí donde el médico como un faro señala la luz al enfermo, ya que éste ansía que alguien le contemple, analice su estado de ánimo, sus sobresaltos,

sus miedos, su soledad. El enfermo, física y, en consecuencia, psíquicamente mutilado, perturbado y disminuido, busca un asidero; busca a alguien que lo ayude a soportar y que comparta esa angustia engendrada por la enfermedad; alguien que cure su dolencia concreta, la suya. El médico, como una tabla de salvación debe emitir la palabra amable, consolar al enfermo, su familia, y muchas veces dar una noticia fatal a una familia que pasa horas enteras en la sala de espera, sin saber nada, con la angustia por la suerte de su ser querido.

El enfermo desea que se le diagnostique y trata que lo ayude a travesar las calles de las dolencias, los trámites imprescindibles, los días de internamiento. Que el médico tome fuerte esa mano niña, esa existencia niña, en que se convierte la vida de cualquier enfermo por muy adulta y experimentada que sea. Así el enfermo en medio de la pandemia, el alma del hombre enfermo, que busca la salud, que solicita por encima de todo una

ayuda cálida, un consuelo, una aclaración, para sus males, su dolencia que, aunque sean físicas le afectan el espíritu, en ocasiones se siente aún atendido, trágica y dolorosamente ignorado y abandonado, sabiendo que ya no volverá a ver a sus seres queridos en estos difíciles días por la pandemia del SARS-CoV2. El médico le pide a Dios como lo hizo el médico judío Maimónides que sólo desea conocimiento, para ayudar a sus semejantes. El médico acompañará al enfermo, será su guía, su mensajero, intérprete, un apoyo, en medio de todos los que luchan por curarle, que lo considere en su totalidad, que conozca su complejidad, su personalidad, para llegar con éxito a la recuperación de su destino existencial. Y, que el médico como el enfermo no se sientan solos, como en una isla en medio de la desolación. Llegando a la conclusión de que el éxito convencional no es un éxito real, ni siquiera por razones convencionales. El éxito es haber servido y hacer el bien.

Referencias

1. Chávez, Ignacio (1997). *Ideario*. Colegio Nacional.
2. Corral Castanedo, Antonio (1981). *Elogio y nostalgia del médico de cabecera*. Año Conmemorativo del 250 aniversario de la fundación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.



Recomendaciones Bioéticas ante la COVID-19

Maria de los Angeles Marina Adame Gayosso y Raúl Jiménez Piña

El 12 de marzo de 2020, cuando era totalmente incierta la afectación que la COVID-19 ocasionaría en México y ante la eventual saturación de los servicios de salud del país, la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) emitió el pronunciamiento institucional: “La Bioética ante la Pandemia del COVID-19”, documento que señala a la bioética como un marco de actuación ante una pandemia y que propone cinco categorías para afrontar la emergencia sanitaria, declarada así por la OMS desde enero:

1. Planeación frente a la incertidumbre.
2. Respeto por las personas y protección de grupos en condiciones de vulnerabilidad.
3. Estándares de cuidado ante contingencias y crisis epidemiológicas.
4. Innovación e investigación en salud para la producción oportuna de insumos requeridos.
5. Solidaridad y concertación de acciones con la sociedad civil.

En este pronunciamiento se destaca como imperativo bioético tomar todas las medidas necesarias para evitar daños prevenibles a la población, considerando especialmente las necesidades de personas en condiciones de vulnerabilidad, con base en la evidencia científica disponible y con la participación de todos los sectores de nuestra sociedad.

En el caso de los brotes infecciosos, encontramos complejidades particulares, puesto que las decisiones en estos casos deben tomarse de manera urgente, a menudo en un contexto de incertidumbre científica y con un clima general de miedo y desconfianza. Es por lo anterior, que deben establecerse con antelación criterios puntuales para determinar prioridades y tomar acciones, considerando tanto márgenes reducidos de tiempo como escasez de recursos, además de contemplar medidas para asegurar el

acceso a tratamiento para quienes más lo necesiten.

Con el propósito de ofrecer una expresión más pragmática al pronunciamiento, la CONBIOÉTICA publicó el 31 de marzo, las “Recomendaciones Bioéticas ante el COVID-19”, en el cual, a través de 26 recomendaciones que tienen como hilo conductor la protección del bien común, propone cuatro ejes de abordaje:

1. Proceso de atención a la salud.
2. Solidaridad hacia grupos en condiciones de vulnerabilidad.
3. Gestión de recursos escasos.
4. Planeación y prevención.

Para hacer frente a la pandemia de COVID-19, es necesario un replanteamiento de las políticas públicas, no sólo en la esfera de la salud, sino también en materia laboral, económica y social, considerando a los grupos en condiciones de vulnerabilidad, por ello es necesario retomar las recomendaciones bioéticas, cuya aplicación contribuye a proteger los derechos humanos e integridad de las personas, bajo una perspectiva de género, interculturalidad, equidad y no discriminación.

La contención y mitigación de la COVID-19 habrá de contar con la participación de la sociedad en su conjunto; exige que la integridad figure como componente central en la estrategia de comunicación para asegurar que la población cuente con información de carácter científico sobre la sintomatología y medidas preventivas, con la finalidad de informar, educar, recomendar, preparar y prevenir, además de evitar la difusión de información falsa, que sólo genera desconfianza y miedo entre la población.

En la medida en que se proporcionen lineamientos claros de actuación ante la COVID-19, en los que el eje articulador repose en la ética, persiguiendo el bien común, garan-

tizando el respeto a los derechos humanos y la dignidad de todas las personas, actuando de manera solidaria, seremos capaces de salir de esta contingencia con menores estragos, pues se ha convertido en uno de los sucesos más dolorosos de nuestra historia reciente.

La emergencia no es exclusiva de nuestra nación, es un problema global que exige incorporar la reflexión bioética en la deliberación sobre los desafíos que trascienden las fronteras de las naciones y las brechas de nuestras sociedades, no obedece sino a la oportunidad de construir –bajo una perspectiva multidisciplinaria, laica y, señaladamente, global– una comprensión común e identificar valores compartidos para abordar problemáticas del ámbito tecnológico, ético, jurídico y social, como también presentar argumentos que sustenten o rechacen ciertos puntos de vista, a través de la deliberación y la argumentación, en un marco de tolerancia y respeto.

En ese sentido, algunos de los aspectos que se abordan en las “Recomendaciones Bioéticas ante el COVID-19” son los siguientes:

- Generar las estrategias adecuadas que garanticen la protección de los derechos humanos e integridad de las personas en el proceso de atención.
- Mejorar la comunicación entre los involucrados y dar a conocer los criterios para la toma de decisiones con transparencia, así como garantizar la salvaguarda de la confidencialidad y protección de los datos personales relacionados con el estado de salud.
- Proporcionar los recursos e insumos materiales y humanos que el personal de salud requiere para asegurar la atención a la salud con calidad y calidez, en cumplimiento a los principios de justicia, solidaridad y equi-

dad, considerando como punto de partida de toda decisión médica el respeto a la autonomía y la dignidad de la persona.

- Garantizar la continuidad de la atención a la salud para mujeres, niñas y niños, así como a los servicios de salud sexual y reproductiva, atención prenatal y postnatal, puede ser un gran reto, sin embargo, estas necesidades existen y deben seguir siendo atendidas al igual que la violencia de género, la cual se ha agravado con el confinamiento y ha puesto el dedo sobre la llaga en cuanto a las desigualdades de género preexistentes que hay que atender con urgencia.

El posible escenario de recursos limitados al que se enfrentará el Sistema Nacional de Salud, nos obliga a prever mecanismos que aseguren los recursos para la prevención del contagio y, en su caso, la atención médica a las personas confinadas en instituciones, así como a generar las estrategias que permitan garantizar la seguridad del personal médico, de enfermería, estudiantes de medicina y aquellos que asuman riesgos en la atención y contención de la pandemia.

En este complejo escenario, es preciso atender la violencia doméstica y de género, así como los suicidios a causa de la pérdida de la fuente de empleo y sustento personal y familiar, ofreciendo a la población la satisfacción de sus necesidades básicas.

En cuanto a la gestión de recursos escasos, es menester recordar que se deberán privilegiar los principios de justicia, no maleficencia, beneficencia, pero también de transparencia, proporcionalidad y responsabilidad. Son las instancias encargadas de administrar los recursos las responsables de su adecuada distribución, así como de garantizar la disponibilidad de recursos mínimos que permitan la operación del sistema de salud y proporcionen los equipos de protección

personal que el personal de salud requiere para trabajar, de lo contrario, se pone en riesgo el bienestar e integridad del personal de salud, de su familia, compañeros de trabajo y finalmente de las personas que requerirán de sus servicios actuales y futuros.

Es importante comunicar por todos los medios disponibles de manera clara y concisa cuáles son las medidas de prevención que todos debemos acatar, como es el uso adecuado del cubrebocas y mantener la distancia necesaria entre una persona y otra, así como las medidas de higiene requeridas, como parte del fortalecimiento de acciones educativas que enfatizan la importancia del cuidado individual y comunitario de la salud.

Es pertinente comunicar al paciente y familiares, de manera clara y efectiva, la posibilidad de una limitación de recursos médicos y humanos, destacando que se ofrecerán alternativas asistenciales a las Unidades de Cuidados Intensivos, con apego a estándares de calidad; sin omitir que, en caso necesario, se adecuará la atención en función de la evolución del paciente con el objetivo de evitar la futilidad terapéutica.

Es importante socializar principios como el de solidaridad, responsabilidad y subsidiaridad, si bien es cierto que las condiciones y necesidades son diferentes de un individuo a otro, de una población a otra, desde nuestra realidad, cada uno de nosotros puede sumar para la contención de esta pandemia. No resultan ajenos a la bioética los determinantes sociales de la salud, por lo que se hace énfasis en la aplicación del principio de justicia para garantizar estrategias equitativas que tomen en cuenta las necesidades de cada población, sobre todo de aquellas más desfavorecidas en las que la falta de acceso a servicios básicos como el agua potable los colocan en una situación de vulnerabilidad mayor.

De igual manera, las “Recomendaciones Bioéticas ante el COVID-19” destacan, en materia de planeación y prevención, lo siguiente:

Apoyar la investigación como mecanismo para fortalecer medidas de salud pública, bajo estándares de ética de la investigación e integridad científica. En las investigaciones orientadas a buscar vacunas o tratamientos, independientemente de lo extraordinario y urgente de esta situación, el protocolo deberá ser revisado y aprobado por un Comité de Ética en Investigación garantizando el respeto de los participantes y el apego a los estándares éticos internacionales.

Sobre este rubro, es fundamental que se garantice el acceso amplio, oportuno y equitativo a la vacuna y los tratamientos desarrollados, que sea el bien común el principio que prevalezca y no el interés económico particular, pues ya lo señalaba en 2005 la UNESCO, en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, en el Artículo 15, sobre el aprovechamiento compartido de los beneficios y en el artículo 13 sobre solidaridad y cooperación.

En virtud de lo anterior, es indispensable establecer consenso sobre los criterios técnicos que deberán seguirse para contener la pandemia, con base en la evidencia científica disponible.

Es en este contexto, que se requiere la consolidación de los Comités Hospitalarios de Bioética y de Ética en Investigación, considerando la participación de la ciudadanía, para el análisis de los desafíos en la contención de brotes pandémicos y la protección de la salud.

La figura de los Comités Hospitalarios de Bioética toma un papel relevante como coadyuvante en el análisis de los dilemas y la emisión de recomendaciones para la toma de decisiones, apoyados en las distintas directrices que se han generado expreso para la pandemia, ejemplo de ello es la “Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia”, presentada por el Consejo de Salubridad General. En nuestro país, diversas instituciones académicas y de salud han generado materiales para la toma de decisio-

nes en situaciones límite como las que experimentamos actualmente.

La bioética es el marco que permite el diálogo entre posturas disímboles y ha resaltado la necesidad de contar con sociedades dispuestas a aceptar perspectivas morales diversas y tomar las mejores decisiones ante escenarios llenos de incertidumbre y limitados por la escasez de recursos humanos, materiales y financieros.

Finalmente, es importante reconocer el papel que desempeña el equipo de cuidados paliativos en la atención de esta emergencia sanitaria, cuya labor orienta al conjunto de profesionales de la salud, al paciente y su familia para evitar el sufrimiento y angustia ante situaciones con un desenlace fatal ineludible. Actualmente, se cuenta con diversos esfuerzos de múltiples equipos de cuidados paliativos a nivel nacional que están trabajando y han desarrollado materiales como la

“Guía operativa para la atención paliativa de personas sospechosas o confirmadas de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) y sus familias”, elaborada el 9 de mayo por un grupo técnico científico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

A fin de asegurar la protección del bien común de la población en un contexto de pandemia –en el que impera la escasez de recursos, incertidumbre y urgencia en la toma de decisiones– resulta fundamental contar con la orientación bioética para guiar la toma de decisiones, así como el actuar de los profesionales de la salud, en las que se consideren intervenciones de salud pública con fundamento en la evidencia científica disponible, así como también las condiciones de vulnerabilidad de la sociedad, en un marco de respeto irrestricto de los derechos humanos de la sociedad en general.

Referencias

- Centro de Recursos del Coronavirus de la Universidad Johns Hopkins. Revisado el 21 de julio de 2020 en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Comisión Nacional de Bioética. (12/03/2020). La Bioética ante la Pandemia del COVID-19. Pronunciamiento. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544215/Pronunciamiento_Bioetica_ante_la_pandemia_del_COVID_19.pdf
- Comisión Nacional de Bioética. (31/03/2020). Recomendaciones Bioéticas ante el COVID-19. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546480/RECOMENDACIONES_BIOETICAS_ANTE_EL_COVID-19_Final.pdf
- Consejo de Salubridad General (30/04/2020) 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
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (9/05/2020). Guía Operativa para la atención paliativa de personas sospechosas o confirmadas de infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) y sus familias.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (19/10/2005). Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Dos dilemas éticos de la sindemia por COVID-19 en Chile

El caso del último ventilador y el falso dilema seguridad-privacidad

María Isabel Cornejo Plaza

Introducción

La pandemia a causa de un virus social, el covid-19 ha ahondado en las desigualdades que, en el caso de Chile fueron evidenciadas en el estallido social del 18 de octubre de 2019. En efecto, los problemas estructurales de salud, seguridad social, educacional, y por supuesto la brecha digital, son ahora, expuestos con una magnitud exacerbada. Por ello resulta apropiado referirnos a la pandemia como sindemia, término utilizado por el antropólogo médico Merrill Singer (Singer, 2009). Sindemia evidencia un fenómeno sinérgico que obedece a múltiples factores. El caso de la pandemia del covid-19 se encuentra unida indisolublemente a graves dificultades sociales de tipo estructurales, y a falencias económicas que impiden una solución unívoca y consistente para una población tan heterogénea y desigual como es el caso de la sociedad chilena.

Ante tan complejo escenario, cabe preguntarse si la bioética tiene alguna aportación en este contexto, y cuáles serían ellas.

Con la entrada en vigencia de la Ley N° 20.584 de Derechos y deberes de los pacientes, muchas de las materias que se tratan en bioética, fueron zanjadas, de modo que son vinculantes desde el punto de vista jurídico: el consentimiento libre e informado, el resguardo de los datos sensibles en salud, contenidos generalmente en la ficha clínica, el funcionamiento de los comités de ética clínicos y de investigación, además del respeto a la autonomía del paciente en las decisiones del fin de la vida, a pesar de que en Chile no es legalmente factible elegir la eutanasia y el suicidio asistido, como parte del entramado “derecho a morir con dignidad” (Cornejo, 2017).

La bioética debería ser uno de los campos de análisis protagonista en la toma de decisiones complejas, producto de recursos escasos, cuya distribución finalmente involucra vidas humanas, como es el caso del dilema del último ventilador, más que de la última cama. Existen otros muchos dilemas bioé-

ticos, pero, desarrollaré en mayor extensión el dilema del último ventilador y el del falso dilema de seguridad versus privacidad.

Desafíos bioéticos de la sindemia del covid-19 en Chile.

I. El dilema del último ventilador.

Históricamente, el sistema público de salud chileno colapsa en invierno, ante el endémico virus de la influenza, las camas escasean, de modo que son administradas por un gestor de camas que compra los servicios escasos al sistema privado de salud cuando el sistema público no los puede proveer. Sin embargo, tras la sindemia del covid-19, por decreto de ley, son administrados directamente por el ministerio de salud. El dilema de a quién asignar el último ventilador, fue asimismo analizado por un equipo asesor del ministerio de salud chileno. Se utilizó un criterio personalista, dejando en claro por los distintos entes participantes en la toma de decisiones que no existen en Chile, vidas más valiosas que otras, de modo que no es posible discriminar bajo ninguna categoría sospechosa, dejando fuera el ageísmo y la discapacidad, como criterios de descarte, frente a un caso de empate. Sin embargo, aún frente a estos énfasis, han existido voces que reclaman falta de transparencia en el criterio en que se utilizaría ante un caso tan dramático como el descrito. Se sostiene que, ante un empate, finalmente no se ha dejado claro cuál sería el criterio a considerar para decidir a quién otorgar el último ventilador, si el orden de llegada, el azar, si el del paciente con una mejor sobrevivida etc.

Sobre este punto, quisiera hacer mención que no se han escuchado voces que propongan un criterio de justicia social con acciones afirmativas, con perspectiva de género, como se consideró a propósito de la guía bioética en México (Placencia, 2020). En efecto, las personas vulnerables privadas de libertad, migrantes, mujeres

encarecidas y etnias históricamente relegadas, podrían en un intento de compensación social hacia estos grupos vulnerables, considerarse con preferencia ante el evento de un empate, es decir dos personas en iguales condiciones de sobrevivida.

¿Por qué escoger este criterio por sobre otros?

En primer lugar, habría que señalar que, en un Estado democrático de Derecho, no es un grupo de expertos, por ejemplo, los urgenciólogos o los intensivistas o los bioeticistas quienes tienen el monopolio de la decisión acerca de cómo se decide en casos de distribución de recursos escasos. Es sin duda, la ciudadanía en su conjunto quienes deben establecer los criterios. Es cierto, que la pandemia de covid-19 llegó con tal rapidez y fuerza, que fue imposible prepararse con la anticipación requerida. Pero, los expertos han señalado que el covid-19 será un virus endémico y estacionario, a pesar de las eventuales vacunas que, esperemos, pronto se implementen.

Ante tan funesto escenario, es de esperar que, los grupos sociales históricamente privados de acceso a los derechos sociales, entre estos, salud no sean considerados descartables, o rebaño propicio para políticas eugenésicas, de aquellas de "sálvense quien pueda". Constantes en la historia de la humanidad, bajo la premisa darwiniana de selección natural de los mejor adaptados. Porque nadie puede adaptarse sin acceso a la salud, a educación, a una vivienda digna, a igualdad de oportunidades etc.

Pareciera ser que nuestras sociedades no aspiran a la completa igualación de todas las oportunidades materiales. Insisten en igualar los derechos políticos y civiles de todos los ciudadanos (es decir, en que nadie disponga de más votos que nadie, o en que nadie disfrute de mayor libertad religiosa que otras personas), pero

en ámbitos como la salud, la renta y las oportunidades que esta brinda, se otorga un amplio margen a la permanencia de ciertas desigualdades (Nussbaum, 2013), que no se pueden desconocer, sino reconocer y enmendar. Por estas razones, si no es posible en lo inmediato enmendar esas heridas sociales, a lo menos compensarlas en las decisiones de empate, parece ser un criterio digno de reflexión y consideración.

Por otro lado, durante estos intensos meses de sindemia, se ha temido una discriminación por edad y aunque no son lo mismo, también por discapacidad. El ageísmo se vio en cuestión cuando a propósito de una serie de cartas publicadas en un periódico de gran circulación en Chile, personas de la tercera y cuarta edad, comenzaron a señalar que, ante la falta de ventiladores, ellos cederían su lugar a una persona más joven que lo necesitara, si estuviesen en la situación de empate, debido a que ya habían vivido su vida, o bien aludieron a causas altruistas. De todo aquello, quedó en evidencia la necesidad de legislar acerca de las directivas, directrices o voluntades anticipadas, mal llamadas testamentos vitales, como acto jurídico unilateral de manifestación de la voluntad de las personas, para cuando precisamente no puedan otorgar su consentimiento en orden a cómo desean materializar su derecho a morir con dignidad. La pertinencia en cuestión, es más urgente que nunca, al observar las cifras de personas que diariamente mueren por covid-19, o bien por causas relacionadas con el virus en cuestión.

II. El falso dilema de la seguridad versus privacidad.

En Chile otro dilema derivado de las restricciones a los derechos fundamentales, impuestos por el gobierno debido a la cuarentena obligatoria, es el relativo a la restricción a la privacidad, con el objetivo de geolocalización de rastreo, carnet de

inmunización digital, aplicaciones como la coronApp, etc.

El **coronApp**, se trata de una aplicación anunciada por el gobierno el 16 de abril, descargable directamente desde los celulares, que tiene por objetivo el rastreo de usuarios, reporte de información sobre contagiados etc. Una de las dificultades que presentó es que se autentifica solicitando cédula de identidad o clave única. Esta aplicación es problemática, por varios motivos, entre ellos la posibilidad de entregar información de carácter sensible de un tercero, o el almacenamiento por 15 años, sin un consentimiento específico para su uso, el cual como es sabido, siendo un consentimiento general no es un verdadero consentimiento (Cornejo, 2017). Además de los datos como geolocalización, medicamentos que se consumen y enfermedades preexistentes podrían contribuir a la discriminación y estigmatización de la persona a quien se atribuye el dispositivo digital, cuando no se tiene certeza del destino de esos datos.

Otro problema, en un país desigual, es la **brecha digital** que se da porque el teletrabajo y la educación remota eminentemente online, ha evidenciado la desigualdad digital, no solo cognitiva, en el sentido que las poblaciones vulnerables están en desventaja frente a quienes poseen una alfabetización digital, sino además coexiste la imposibilidad económica de adquirir un dispositivo digital como celulares, laptop, computadores o pantallas como prerrequisito de una educación a distancia, o de teletrabajo.

Geolocalización de rastreo

El rastreo de contactos es el proceso de identificación, evaluación y manejo de las personas que han estado expuestas a una enfermedad con el fin de prevenir la transmisión hacia el futuro. Cuando se aplica sistemáticamente, el rastreo de contactos rompe con la cadena de trans-

misión de una enfermedad infecciosa y, por lo tanto, es una herramienta esencial de salud pública para controlar los brotes de enfermedades como el covid-19 (WHO, 2020).

La utilización de la tecnología de geolocalización digital, a través de GPS o Bluetooth, podría ser de gran eficacia, siempre que exista una legislación robusta de protección de datos, además de niveles de confianza de la población en sus autoridades, transparencia en la difusión y gestión de estas tecnologías.

Evaluar su efectividad e impacto también puede ayudar a determinar si la compensación de la privacidad es proporcional al impacto en la salud pública. Si tales tecnologías no demuestran su eficacia contra COVID-19, entonces la tecnología debe ser eliminada. Es fundamental, establecer un análisis de métodos para evaluar la efectividad de la proximidad de rastreo digital.

Si un usuario contrae el Covid-19, puede compartir su información con las autoridades y el sistema avisará a quienes hayan estado en contacto con ellos para romper la cadena de contagios. El proceso requiere la autorización del usuario y la aplicación no recoge datos de geolocalización. Según los expertos, este tipo de modelo descentralizado es el ideal, porque defiende la privacidad de los datos de la población. En Chile, las autoridades de salud, están evaluando alguna modalidad "masiva", sin necesidad de un seguimiento individualizado. En todo caso, el ministro de salud ha señalado que se respetará la privacidad de los ciudadanos. Es pertinente recordar las directrices éticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud respecto de la aplicación de estas tecnologías para rastreos de contacto.

El problema fundamental frente a todas estas restricciones a la privacidad es que no existe en Chile, una verdadera insti-

tucionalidad que proteja el derecho a la privacidad, debido a que las normativas legales son muy generales y obsoletas (Ley N° 19.628), a pesar de una reciente enmienda en 2018 que consagra a nivel constitucional la protección de datos.

Conclusiones

La experiencia aportada bajo este escenario de pandemia y sindemia en Chile, por causa del covid-19, ha traído múltiples desafíos institucionales y globales. En lo que sucintamente he abordado en estas líneas, se puede destacar la necesidad de una institucionalidad robusta de protección de datos. Las políticas públicas deben obedecer a principios de proporcionalidad y transparencia en la utilización de datos sensibles. Es especialmente relevante evitar la tentación por parte de los gobiernos de utilizar tales datos recabados bajo este estado de excepción, con fines de vigilancia masivos, en una especie de panóptico que vulnere los derechos fundamentales que tanto han costado asentar durante el siglo XX. No puede mostrarse a la ciudadanía una polarización dilemática entre seguridad, incluso vida, a costa de ceder en privacidad.

Otro punto relevante, es considerar que el covid-19 ha dejado como una herida expuesta las desigualdades existentes en países desiguales, de modo que esta nueva manera de habitar el mundo, a través de una dependencia digital, amplifica aún más las brechas cognitivas y de acceso al uso de tecnologías digitales. Es de esperar que no se instaure una eugenesia solapada por causa de la edad, la discapacidad o la pobreza económica, más aún cuando se habla de inmunización por rebaño, cuando todavía se desconoce el verdadero comportamiento de este virus.

Otra conclusión, es que es necesario ampliar y discutir los márgenes del derecho a morir con dignidad, incluir las directivas anticipadas, además del criterio de justicia social por acciones afirmativas, a manera de compensación a las poblaciones a quienes se ha dejado atrás, porque por una vez por todas, debemos comprendernos como una gran familia social, donde todos tenemos que cuidarnos. Quizá estemos ante el nacimiento de una nueva ciudadanía, una *cuidadanía*.

Referencias

- Singer, Merrill. (2009). *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*, San Francisco, Ca: Jossey-Bass.
- Cornejo Plaza, María Isabel. (2017). *Consideraciones legales sobre el suicidio y la conducta suicida*. En Suicidio. Teoría y clínica, en Gómez Alejandro et al (ed.), pp. 250-258, Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Placencia, Luis González. (2020, 2 de mayo). La guía bioética versión 30.04.20, *Animal Político*.
- Nussbaum, Martha. (2013). *Las emociones políticas. ¿Por qué el amor es importante para la justicia?*: Barcelona: Paidós.
- Cornejo Plaza, María Isabel (2017). Biobancos. Desafíos en la protección de muestras almacenadas de datos con fines de investigación biomédica. Perspectiva chilena según acuerdo Trans-Pacific Partnership (TPP), *Revista de Derecho y Genoma Humano. Genética, Biotecnología y Medicina Avanzada*, Editorial Dykinson, (47), pp-65-81.
- World Health Organization. (2020). *Ethical considerations to guide the use of digital proximity tracking technologies for COVID-19 contact tracing*.

Conversación con Luis Miguel Gutiérrez Robledo

En esta oportunidad la Gaceta CONBIOÉTICA presenta a sus lectores una interesante charla con el Doctor Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Director General del Instituto Nacional de Geriátrica, a propósito de los retos éticos en la atención del adulto mayor ante la COVID-19



1. Toda vez que los datos que tenemos hasta ahora indican una clara susceptibilidad al contagio de las personas mayores y que las tasas de mortalidad diferencial por edad aumentan con la edad, particularmente entre los mayores de 80 años, ¿cómo se ve afectada por la edad y el envejecimiento la población de adultos mayores ante la pandemia por SARS-CoV-2? Y, en este caso, ¿existe alguna diferencia entre edad y envejecimiento?

LMGR: En efecto, las personas mayores se ven más afectadas por el SARS-CoV-2, son más susceptibles a la infección y más vulnerables a las complicaciones. Ambos fenómenos parecen ligados al proceso de envejecimiento. Hay una disociación entre el efecto de la edad biológica y el de la edad cronológica, que se observa con más claridad en el caso mexicano. De manera extrema, se puede decir que en términos de envejecimiento, la edad no importa, lo que importa es el daño acumulado a través del tiempo, en el

caso de la susceptibilidad al COVID, expresado en términos de multimorbilidad.

2. En un contexto de contingencia epidemiológica –especialmente en el caso de un agente infeccioso nuevo– resulta imperativo apoyar la investigación científica como herramienta imprescindible para desarrollar la base de conocimientos que fundamentarán las intervenciones, ¿se han tomado en cuenta a las personas de este grupo de edad, 60 años y más, para participar en proyectos de investigación?, ¿se está poniendo un techo de edad para participar en los protocolos de investigación del SARS-CoV-2? y, en caso de que la familia esté de acuerdo, ¿podrán participar personas carentes de autonomía?

LMGR: Es fundamental apoyar la investigación científica para poder avanzar en el conocimiento, sería un grave error dejar fuera a las personas mayores, considerando que en muchos países han sido las principales víctimas de la enfermedad, en proporciones que oscilan del 30 al 60 por ciento de la mortalidad total. Desde luego se les está considerando, y la comunidad dedicada al estudio del envejecimiento se ha manifestado en diversos ámbitos en este sentido. A mi parecer, no debe haber un techo de edad para participar en estas iniciativas, por otra parte, los enfermos con demencia también se han visto afectados. Pienso que en particular, han de ser considerados para la investigación con el acuerdo de sus tutores.

3. ¿Qué aspectos éticos particulares deben considerarse al reclutar adultos mayores en protocolos de investigación, especialmente durante una emergencia sanitaria, con un virus que afecta más a los adultos mayores?

LMGR: Vulnerabilidad, fragilidad, deterioro cognoscitivo y situación de dependencia, pueden ser fuentes de conflicto ético, sobre todo en presencia de deterioro cognitivo.

4. ¿Por qué la edad cronológica no debe ser causa de discriminación en la asignación de recursos de atención limitados, como sería el caso del acceso a una cama de terapia intensiva o un respirador mecánico? Desde el punto de vista médico, ¿cuáles son los criterios a considerar?

LMGR: La edad cronológica no debe ser causa de discriminación, en virtud de que el envejecimiento se caracteriza por la heterogeneidad y conforme avanzamos en edad nuestro nivel de capacidad intrínseca varía ampliamente. Una persona octogenaria puede ser completamente independiente sana, robusta y capaz de enfrentar la enfermedad, en mejores términos y con mejores resultados que un sexagenario con multimorbilidad. En realidad, es mucho más importante considerar la morbilidad asociada y la eventual condición de fragilidad que la mera edad cronológica.

5. ¿Qué importancia cobran las voluntades anticipadas en estos momentos para los pacientes adultos mayores, sus familiares y el personal de salud?

La voluntad anticipada es fundamental en estas circunstancias. La previa determinación de la conducta a seguir, en caso de deterioro agudo de la salud, facilita grandemente la toma de decisiones, en particular en el caso de pacientes dependientes y más aún si sufren de deterioro cognitivo. Cuando contamos con este documento, tanto la familia como los responsables del cuidado enfrentan a la toma de decisiones con mucho más serenidad y conocimiento de causa.

6. ¿Cuál es el papel de los cuidados paliativos en la atención del SARS-CoV-2 en adultos mayores? y ¿de qué manera el plan de atención de los cuidados paliativos favorece la autonomía de los adultos mayores?

Cuando eventualmente se toma la determinación de no hospitalizar a un enfermo grave y con elevada probabilidad de morir, la conducta a seguir no puede ser meramente

expectante, la necesidad de adoptar una vía a través de los cuidados paliativos se impone. El plan de cuidados paliativos, cuando sigue a las instrucciones de una directriz anticipada favorece la autonomía de las personas mayores.

“...sería un grave error dejar fuera a las personas mayores, considerando que en muchos países han sido las principales víctimas de la enfermedad, en proporciones que oscilan del 30 al 60 por ciento de la mortalidad total.”

7. ¿Cómo están afectando la emergencia epidemiológica, el aislamiento y las medidas de protección estrictas a los adultos mayores en su salud mental?

La emergencia epidemiológica, con el consecuente aislamiento social y medidas de protección que se enfocan sobre todo a las personas mayores, han tenido un serio impacto sobre su salud mental. En particular, en el caso de las personas mayores dependientes que se ven privadas del contacto directo con sus cuidadores y familiares más cercanos, en el contexto de las instituciones de cuidados a largo plazo. Los estados depresivos se han hecho más comunes y las personas con deterioro cognitivo sufren, en su gran mayoría, de una exacerbación de las alteraciones del comportamiento.

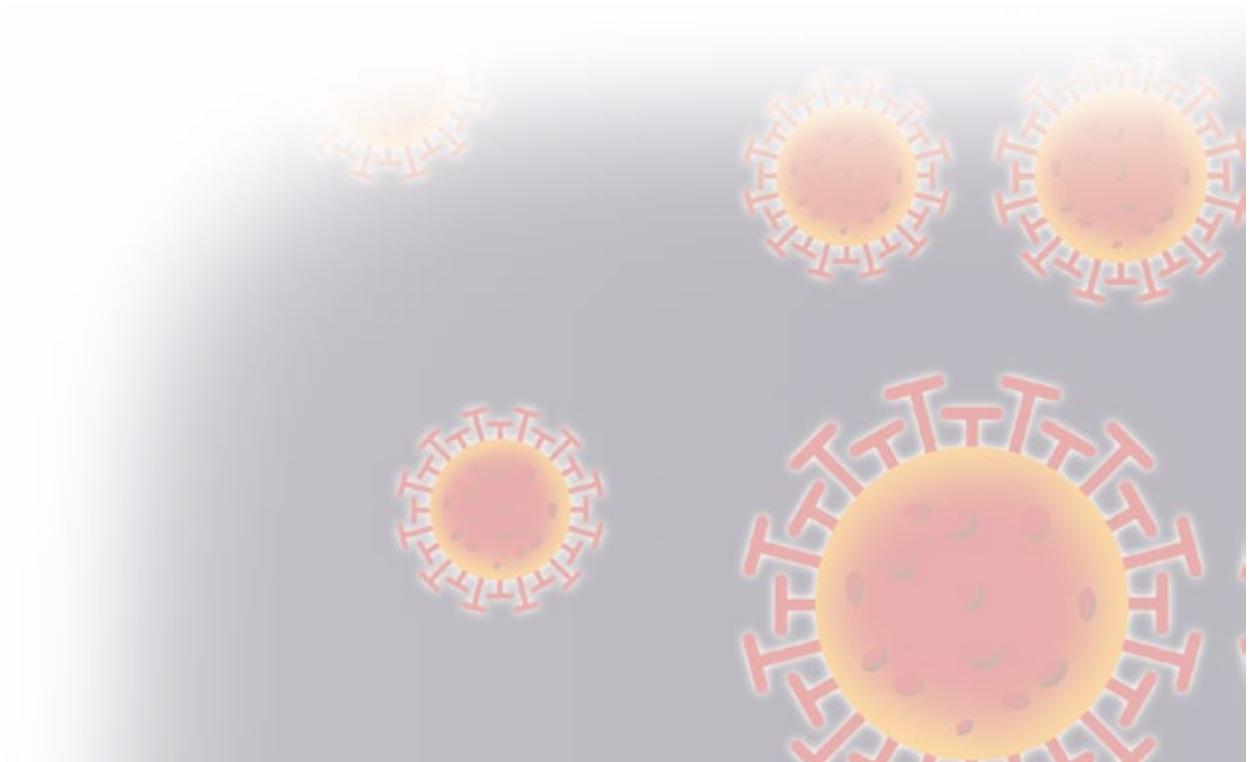
8. Como sociedad y como familia, ¿cómo se puede ser solidario con la población de adultos mayores en tiempo de aislamiento?

En primer lugar, evitando exponerles al contagio. En estos tiempos de aislamiento, se impone la necesidad de ser solidarios con las personas mayores que permanecen y habrán de permanecer confinadas por un período indeterminado. Afortunadamente los recursos disponibles para este propósito son variados, en particular la comunicación a través del teléfono o de recursos audiovisuales que se ha convertido en el sucedáneo de la presencia cotidiana. Es particularmente importante poner atención al mantenimiento de la actividad física, la buena nutrición, la medicación habitual y el control de las enfermedades crónicas. Para este propósito, la familia puede

constituirse en enlace con los profesionales de la salud.

9. Debido a la afectación del SARS-CoV-2 a la población de adultos mayores, ¿qué recomendaciones haría a los comunicadores y educadores de salud sobre cómo educar y comunicar los mensajes a este grupo de población?

En realidad, la comunicación con las personas mayores no tiene por qué diferir de la comunicación con el conjunto de la población, no hay que asumir que son dependientes, ni necesariamente vulnerables. Es cierto que hay que tener en cuenta la elevada prevalencia de deterioro auditivo y deterioro cognitivo pero, en ambos casos, el mensaje llegará a través de una tercera persona. Quizás cabe tener en cuenta una mayor propensión a vivir solos y una mayor proclividad a estados depresivos, amén de una movilidad limitada.



La ética de los medios digitales y el acceso a la cultura durante el confinamiento por COVID-19

Alma Rosa Macedo de la Concha

El 28 de febrero de 2020, México despertó con la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país, específicamente en la Ciudad de México, se trataba de un hombre de 35 años con antecedentes de viaje, que había contraído la enfermedad durante una convención en la ciudad de Bergamo, en la región de Lombardía, Italia.

Esta información la reciben los habitantes de las diferentes entidades del territorio nacional, después de haber dado seguimiento a las noticias sobre la dispersión de la enfermedad en diferentes puntos del planeta. Lo anterior, a partir del 31 de diciembre de 2019, día en que las autoridades de la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, China, notificaron sobre la existencia de un conglomerado de 27 casos de *síndrome respiratorio agudo*, de etiología desconocida.

De esta manera, con base en los alarmantes niveles de propagación y gravedad, el aumento del número de casos, víctimas mortales y países afectados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el 11 de marzo de 2020, que la nueva enfermedad COVID-19, podía considerarse una pandemia "Si los países se dedican a detectar, realizar pruebas, tratar, aislar y rastrear, y movilizan a su población en la respuesta, aquellos que tienen unos pocos casos pueden evitar que esos casos se conviertan en grupos de casos, y que esos grupos den paso a la transmisión comunitaria"¹.

Ante esta situación, el 23 de marzo de 2020, poco menos de un mes posterior a la confirmación de la primera persona infectada en México -con más de cuatro decenas de casos acumulados, con antecedente de viajes a Italia, Estados Unidos de América, España y Alemania- la Secretaría de Salud inicia, de manera preventiva, la implementación de la Jornada Nacional de Sana Distancia, con medidas como suspensión temporal de actividades no esenciales, reprogramación de eventos de con-

centración masiva y extensión del periodo vacacional escolar, entre otros².

Inicialmente se estableció que la Jornada referida concluiría el 19 de abril de 2020, fecha que hasta el momento ha sido postergada, con el incremento de acciones preventivas para la protección de la población.

Con la finalidad de disminuir la interacción entre personas y contener la propagación de COVID-19, la mayor parte de los habitantes del país ha permanecido en confinamiento, con una serie de recomendaciones sociales restrictivas. Esto ha provocado que la convivencia y organización acostumbrada en casa se altere significativamente, al llevar a cabo todas las actividades posibles en un mismo lugar y contexto; ha sido un proceso difícil, que toma diferentes matices: "Esta situación de excepcionalidad incrementa las interacciones entre los miembros de la familia y, con ello, las ocasiones para fortalecer comportamientos o hábitos que beneficien la convivencia o generar otros que la perjudiquen"³. Toda vez que han pasado aproximadamente 150 días, desde el inicio de la Jornada de Sana Distancia, ha sido apremiante el uso de la tecnología para dar continuidad a las actividades educativas y laborales. Los dispositivos móviles como teléfonos celulares, tabletas y laptops, así como las herramientas disponibles, han sido fundamentales para el acceso inmediato a los contenidos que se encuentran en la red.

¹ Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020.

² Diario Oficial de la Federación. Acuerdo del Comité de Evaluación a que se refiere el artículo 28 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

³ Alonso Sanz, A., Barbero Rubio, A., & Luciano, B. G. (2020). Consideraciones sobre conducta infantil y confinamiento en la crisis por COVID-19 desde la perspectiva funcional del Análisis de la conducta y ACT. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 20(2), 115-129.

De acuerdo con lo anterior, la exponencialidad e impacto de las tecnologías digitales y los recursos informativos en tiempo real, han sido esenciales para favorecer la estrategia de comunicación con los ciudadanos. Estas herramientas sin duda alguna, deben utilizarse con absoluta conciencia y responsabilidad para disminuir la incertidumbre, a través de la difusión de contenidos oportunos y confiables. Queda fuera de cualquier cuestionamiento, la utilidad de una Aplicación o App como medio de acceso a servicios sanitarios no presenciales, personalizados, siempre disponible y susceptible de aportar información de calidad en tiempo real.

Se debe precisar la importancia de establecer una relación comunicativa, acorde con las circunstancias: "Las estrategias de comunicación que desarrolle un país deben servir como parte integral de los planes nacionales contra una pandemia, para permitir que las ideas se transformen en acciones concretas que ayuden a aliviar

los daños que de por sí ocasiona el padecimiento"⁴. Aunado a lo antes planteado, es fundamental considerar seriamente las desafortunadas consecuencias y las implicaciones éticas que conlleva la difusión de un sinnúmero de noticias falsas, que confunden, desorientan y vulneran a la población, en medio de una crisis sanitaria como la que se está experimentando.

De manera adicional a lo antes planteado, y a la pertinencia de utilizar los recursos tecnológicos a nuestro alcance para contar con datos actualizados, proveniente de fuentes confiables, así como de llevar a cabo las actividades escolares y de trabajo durante la pandemia, también ha sido posible acceder a otro tipo de materiales y productos en línea. En este sentido, con el propósito de fomentar que los ciudadanos permanezcan en casa durante el confinamiento, diferentes países, han impulsado iniciativas culturales, en medios digitales, sin costo alguno, como son:

Acceso a la cultura en medios digitales, durante el confinamiento por COVID-19

Visitas virtuales a museos y galerías de arte.	Descarga y consulta de libros y revistas.	Migración de espectáculos a plataformas de video.
Conferencias seminarios y charlas con expertos.	Teatro, danza, ópera, Poesía, clubs literarios.	Materiales de divulgación y bancos de información.
Exposiciones de pintura y fotográficas.	Obra cinematográfica y documental.	Festivales culturales y conciertos desde casa.

⁴ Esquivel, J. A., (2020). Pandemia 2020. Algunas consideraciones éticas. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 43. No. 2. pp 168-172.

Los usos y costumbres se han transformado, las relaciones humanas “convencionales”, las que implican cercanía física, se han limitado desde el 23 de marzo a aquellas que tenemos o logremos entablar con quienes cohabitamos o con quienes forman parte de nuestro círculo personal más cercano. Sin embargo, no se debe olvidar que muchas personas han transitado la experiencia del confinamiento en soledad.

En este escenario, por un tiempo que aún se vislumbra interminable, habrá que olvidar los espacios abiertos al público, así como la concentración y contacto físico con otros seres humanos en conciertos, teatros, cines, plazas o estadios. A cambio, como mencionaba anteriormente, lo que marcará una diferencia significativa y si acaso alentadora, es la posibilidad de encontrar contenidos culturales y artísticos en plataformas virtuales y redes sociales, como YouTube, Instagram, Facebook y Twitter; además de los disponibles en podcasts, blogs, páginas web y herramientas digitales.

Con base en lo anterior, un gran número de instituciones se han visto en la necesidad de acelerar proyectos virtuales, que tenían contemplados desde tiempo atrás, o escalar formatos de naturaleza presencial a digital, con la finalidad de no perder contacto e interacción con los ciudadanos durante la pandemia.

En definitiva, una de las consecuencias inminentes de la COVID-19 ha sido el cambio radical de las formas habituales de gestionar el tiempo y la comunicación con otras personas y con el entorno: “Jamás nos vimos en algo similar. Cientos de millones de personas

encerradas en casa, pero hiperconectadas como nunca gracias a Internet. Los avances tecnológicos que borran fronteras han resultado ser enormes autopistas para la vertiginosa propagación del coronavirus SARS-CoV-2, pero también la tabla de salvación para superar el confinamiento. Paradojas de una sociedad globalizada que podría cambiar para siempre. O quizás no tanto”⁵.

En este sentido, aunque desde años atrás ha habido una confluencia de medios tradicionales y digitales, a partir de la experiencia de la pandemia, habrá que explorar más a fondo sus alcances y pertinencia. Una interrogante de particular relevancia es ¿cómo se vive el confinamiento por COVID-19 sin el uso de la tecnología? Sin duda alguna, diversos actores y sectores de la población pueden dar respuesta a este cuestionamiento, dado que gran parte de ellos no ha tenido la oportunidad de acceder a los contenidos en línea.

No se deben pasar por alto las consecuencias de la brecha digital y sus implicaciones éticas y sociales, como se sabe, la digitalización no se da por igual en todas las comunidades, ciudades y países del mundo, lo que da cuenta de un desequilibrio, que se debe reflexionar a fondo y que sin duda presenta un gran número de aristas, entre ellas las que corresponden a las diferencias socioeconómicas, así como a la falta de conocimiento y desarrollo de habilidades para su uso.

⁵ Plaza, J. A. (2020). Retina. Digitalizados a marchas forzadas. La pandemia que nos obligó a ser virtuales. El País. Número 27..



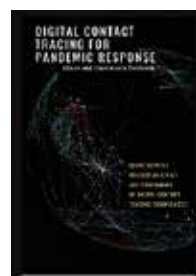
Referencias

- Diario Oficial de la Federación (2020). Acuerdo del Comité de Evaluación a que se refiere el artículo 28 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590380&fecha=25/03/2020
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2020). Alerta Epidemiológica Nuevo coronavirus (nCoV) /16 de enero.
<https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19?topic=All&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=&page=18>
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2020). Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (COVID-19) /28 de febrero.
<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-nuevo-coronavirus-covid-19-28-febrero-2020>
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2020).
<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre COVID-19 (2020). Secretaría de Salud.
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/avisos-epidemiologicos-2020>
- CONAVE. Aviso Epidemiológico(2020). COVID-19.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541794/AE_Enfermedad_COVID-19_SARS-CoV-2_2020.03.17.pdf
- El Tiempo (2020). Expresiones culturales en tiempos de confinamiento.
<https://www.eltiempo.com/cultura/arte-y-teatro/asi-se-reinventa-el-sector-cultural-en-medio-de-la-pandemia-490290>
- Esquivel, J. A., (2020). Pandemia 2020. Algunas consideraciones éticas. Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 43. No. 2. pp 168-172,
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2020/cma2020o.pdf>
- OEI (2020). Documento: Iniciativas culturales destacadas impulsadas en los países con motivo de la pandemia y la cuarentena.
<https://www.oei.es/cultura-covid-19/iniciativas>
- Alonso Sanz, Á., Barbero Rubio, A., & Luciano, B. G. (2020). Consideraciones sobre conducta infantil y confinamiento en la crisis por COVID-19 desde la perspectiva funcional del Análisis de la conducta y ACT. International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 20(2), 115–129.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c3c830a0-a37b-4159-8dfe-9d7c715d406d%40pdcv-sessmgr06>
- Plaza, J. A. (2020). Retina. Digitalizados a marchas forzadas. La pandemia que nos obligó a ser virtuales. El País. Número 27.
<https://ep00.epimg.net/descargables/2020/04/23/9cc3241c37d475af4902c81d0b844025.pdf>
- Ure, M. (2018). Engagement estratégico y encuentro conversacional en los medios sociales. Revista de Comunicación, 17(1), 181–196.
<https://doi.org/10.26441/RC17.1-2018-A10>
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=706140dc-312d-4217-8997-4730299cc363%40sdcv-sessmgr03>

Sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA

Digital Contact Tracing for Pandemic Response Ethics and Governance Guidance

Jeffrey P. Kahn, Johns Hopkins
Johns Hopkins, University Press
2020



La crisis de salud pública ocasionada por la pandemia de COVID-19, ha puesto en jaque a los profesionales de la salud del mundo, al intentar hacer eficientes los métodos para desarrollar e implementar soluciones novedosas para el público, incluida la tecnología de rastreo de contactos digitales, con la intención de prevenir y controlar los brotes infecciosos

En esta publicación se plantea el consenso que un grupo de expertos llevó a cabo -dirigido por el Dr. Jeffrey P. Kahn, del Instituto de Bioética *Johns Hopkins Berman*, en colaboración con el Centro de Seguridad de la Salud de la universidad- del cual se derivó un informe de recomendaciones con perspectivas bioéticas, de seguridad en salud y políticas públicas. Dichas pautas van dirigidas a empresas de tecnología, formuladores de políticas, instituciones, empleadores y a la población interesada.

Bioética e COVID-19

Aline Albuquerque, Amanda Pacheco
Johns Hopkins, University Press
2020



En una pandemia, ¿cuál es el papel de la bioética? Las situaciones que se enfrentan en la pandemia del SARS-COVID-19 están impregnados de problemas bioéticos y, aunque los bioeticistas no sean los protagonistas en la lucha contra el virus, depende de ellos el papel importante para ayudar a la humanidad a encontrar caminos éticos frente a tantas posibilidades.

La coordinadora tiene la intención de recopilar los conocimientos de otros investigadores en bioética para plasmarlos en este libro, cuya misión es mostrar cuánta bioética se necesita en esta etapa *sui generis* donde la existencia humana se refleja en la incertidumbre. Asimismo, entre otros temas, examina las diferencias entre problemas jurídicos y dilemas bioéticos durante la pandemia, da la pauta para generar reflexiones íntegras sobre las situaciones generadas por COVID-19.

El duelo en medio de la pandemia

Gina Tarditi
Ibukku, LLC
2020



La autora brinda su perspectiva como psicóloga, desarrollista humana y tanatóloga, desde su experiencia en el área de cuidados paliativos y manejo de duelo, apuesta por la calidad de vida en esta etapa con innumerables amenazas, específicamente una pandemia, la cual sacudió todo y mostró la fragilidad de la raza humana y a la vez guía a la reflexión sobre los proyectos y desarrollos tecnológicos.

Ya que el tiempo de preparación por los casos de muerte por COVID-19, muchas veces es insuficiente o inexistente, el libro habla sobre el proceso de adaptación ante una pérdida importante especialmente producto de la actual pandemia, cuyo duelo probablemente esté acompañado de factores que podrían hacerlo más difícil como el aislamiento social y los vacíos de la frases no dichas, al no poder estar cerca del ser querido.

The COVID-19 Catastrophe What's gone wrong and how to stop it happening again

Richard Horton
Polity, Edición
2020



En este libro breve y contundente, Richard Horton, editor de la revista médica *The Lancet*, analiza las acciones a medida que el virus se propagó, desde sus orígenes en Wuhan, hasta la pandemia global que provocó. Basándose en su propia experiencia científica y médica, Horton describe las medidas que deben implementarse, tanto a nivel nacional como internacional.

Las advertencias sobre la amenaza de una nueva pandemia se han hecho repetidamente desde la década de 1980, se suponía que los seres humanos se habían convertido en la influencia dominante en el medio ambiente, pero COVID-19 ha revelado la fragilidad de la sociedad, por ello el texto enfatiza la necesidad de las lecciones de esta pandemia, de manera rápida porque la próxima pandemia puede llegar antes de lo pensado.

Colaboradores

Luis Felipe Abreu Hernández

Médico cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM; Maestro en Enseñanza Superior por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM; Socio Titular de la Academia Nacional de Medicina de México, coordinó durante once años el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud de la UNAM, fue miembro fundador del Seminario Universitario de Bioética, con la Dra. Juliana González y un pequeño grupo de universitarios, en este campo. Ha publicado sobre la interrelación entre ciencia y bioética, la fragilidad de la sociedad y sobre consentimiento informado, además investiga en el campo de la educación médica.

María de los Angeles Marina Adame Gayosso

Psicóloga egresada de la Facultad de Psicología de la UNAM, con estudios de Maestría en Bioética por la misma universidad. Cursó los Diplomados en Bioética, en la UNAM, y en Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor, en la Universidad Anáhuac, Campus Norte. Ha impartido clases, cursos y diplomados en instituciones de salud y universidades. Sus áreas de interés son la enseñanza de competencias en bioética, ética en investigación, obesidad infantil, consentimiento informado, cuidados paliativos y ecoética. Actualmente es Jefe del Departamento de Promoción de Educación en Bioética, en la Comisión Nacional de Bioética.

María Isabel Cornejo Plaza

Licenciada en Ciencias Jurídicas y sociales, U. de Chile, Magíster en Derecho Privado y Doctora en Derecho, con pasantías en el Oxford Uherio Centre for the practical ethics, Universidad de Oxford, y el Jean Monnet Centre of Excellence of Rights and Science, Universidad de Perugia, Italia. Actualmente es profesora de Derecho Civil y fundamentos filosóficos del Derecho, Universidad Autónoma de Chile, docente en diversas maestrías en Bioética y Academic stuff del proyecto "5th*Freedom" - Freedom of Research as EU Fifth Freedom, relacionado con aspectos éticos y jurídicos de la libertad de investigación en el área de investigación Europea del Jean Monnet Centre of Excellence of Rights and Science, Universidad de Perugia, Italia.

Eduardo García-Solís

Médico Cirujano. Patólogo Clínico, División de Estudios Superiores, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Egresado del Curso de Bioética Clínica, UNESCO. Egresado del Curso de Ética en Investigación. UNESCO. Coordinador de la Comisión de Bioética del Estado de Campeche.

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Estudió Medicina en la Universidad La Salle y la especialidad en Medicina Interna en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" y la UNAM. Obtuvo la Especialidad en Geriátría en la Universidad de Grenoble (Francia); cursó la Maestría en Biología del Envejecimiento en la Universidad de Paris VII y es Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad de Burdeos. Ha sido profesor visitante en la Academia Europea de Medicina del Envejecimiento, en las universidades de Sherbrooke en Canadá, del Sur de California (USC) y de Texas (Medical Branch) en Estados Unidos, la de Ginebra en Suiza y la de Grenoble en Francia. Ocupa el primer sitial de Geriátría en la Academia Nacional de Medicina de México y es miembro de la Academia Nacional de Medicina de Francia. Tiene más de 200 publicaciones, la mayoría relacionados con investigaciones en el área de la geriatría clínica, la enfermedad de Alzheimer y la epidemiología del envejecimiento. Actualmente es Director General del Instituto Nacional de Geriátría.

Raúl Jiménez Piña

Cirujano Dentista egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana. Cursó la Licenciatura en Filosofía en la Universidad Nacional Autónoma de México y la Maestría en Bioética en la misma institución. Autor de libros y artículos científicos en revistas indexadas sobre temas relativos a la bioética. Se ha desempeñado como profesor de filosofía y ética en diversas universidades. Ha fungido como Secretario General de la 10ª Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Ética/Bioética de la Organización Mundial de la Salud, y del 12º Congreso Mundial de Bioética. Miembro de la mesa directiva de la International Association of Bioethics y de la Red Mexicana de Educación Bioética. Integrante del Comité Técnico Académico de la Red Temática en Bioética auspiciada por el CONACYT. En la Comisión Nacional de Bioética ha sido Subdirector Científico; Director de Planeación y Desarrollo Académico; Director de Desarrollo Institucional; y actualmente se desempeña como Director del Centro de Conocimiento Bioético.



Alma Rosa Macedo de la Concha

Cursa actualmente el Doctorado en Administración, con acentuación en Responsabilidad Social Organizacional y Marketing Social; Maestra en Mercadotecnia Estratégica; Especialista en Publicidad y Licenciada en Ciencias de la Comunicación. En el ámbito de la educación superior, ha sido Coordinadora de Comunicación Institucional y Coordinadora Académica de las Licenciaturas en Comunicación y Relaciones Públicas, en Diseño Gráfico y en Diseño de Animación. Se ha ocupado de la logística de actividades de educación continua, planeación universitaria, recursos humanos y desarrollo docente. Ha impartido diversas cátedras en los niveles de Licenciatura y Maestría, vinculadas a las áreas de comunicación, imagen y fotografía, innovación, creatividad, marketing y liderazgo, entre otras. En la Comisión Nacional de Bioética, se desempeña como Subdirectora de Divulgación del Centro del Conocimiento Bioético.

Jennifer Hincapie Sanchez

Doctora en Filosofía, coordinadora del Programa Institucional Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la UNAM, y la responsable del Campo de Conocimiento de Bioética del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Magister y licenciada en Filosofía por la Universidad del Valle de Cali, Colombia.

Reyna Matus Miranda

Licenciada en Enfermería y Obstetricia por la ENEO-UNAM. Especialista en Cuidados Intensivos y en Administración de los Servicios de Enfermería. Maestra en Educación por la Universidad Abierta de San Luís Potosí. Realizó el Diplomado en Ética por la UNAM y el Curso de Integración de Comités de Ética, por el Programa Universitario de Bioética de la UNAM. Responsable y corresponsable de proyectos de Investigación en el campo de la Educación, la Gestión y actualmente en Sistemas de Salud. Autora y coautora de artículos de investigación en revistas indexadas. Jubilada del IMSS, donde desarrolló una larga carrera profesional. Actualmente es Profesora de Carrera en la ENEO-UNAM, Tutora de alumnos de enfermería de pregrado y posgrado, Coordinadora de Investigación y Secretaria Técnica del Comité de Ética en Investigación.

Maria Irene Rivera Salgado

Médico Anatomopatóloga. Presidente del Comité Hospitalario de Bioética, HCSAE PEMEX. Jefe del Servicio de Patología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Editor Asociado de Patología-Revista Latinoamericana. Miembro del Colegio Asociación Mexicana de Patólogos A.C., Miembro del Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos A.C., Profesor titular de Anatomía Patológica, Posgrado y Pregrado, Facultad de Medicina de la UNAM. Egresada de la UPAEP (Universidad Popular Autónoma de México).



Aportaciones de la Bioética al Manejo de la Emergencia Sanitaria por COVID-19

You Tube

277 Videos
3090 Suscriptores

www.youtube.com/conbioetica

COVID-19. Aspectos bioéticos y jurídicos
Cristina Caballero Velarde



Conflicto de principios bioéticos
Jennifer Hincapie Sánchez



La salud mental del equipo médico
Leticia Ascencio-Huertas



Requisitos éticos mínimos para la investigación biomédica en la emergencia sanitaria por COVID-19
Samuel Weingerz Mehl



Bioética y salud mental en tiempos de confinamiento
Karen Herrera Ferrá



Desafíos éticos de la pandemia de SARS-CoV-2 / Excepcionalismos y desafíos en la investigación
Susana Vidal



Resiliencia ante la pandemia por SARS CoV2. Una mirada holística
Leonardo Souza García



La intervención del trabajador social en la atención de pacientes con COVID-19
Irma Leticia Canela Zambrano



Educación para la salud en tiempos de COVID-19 enfoque en la población de adultos mayores
Eduardo Sosa Tinoco



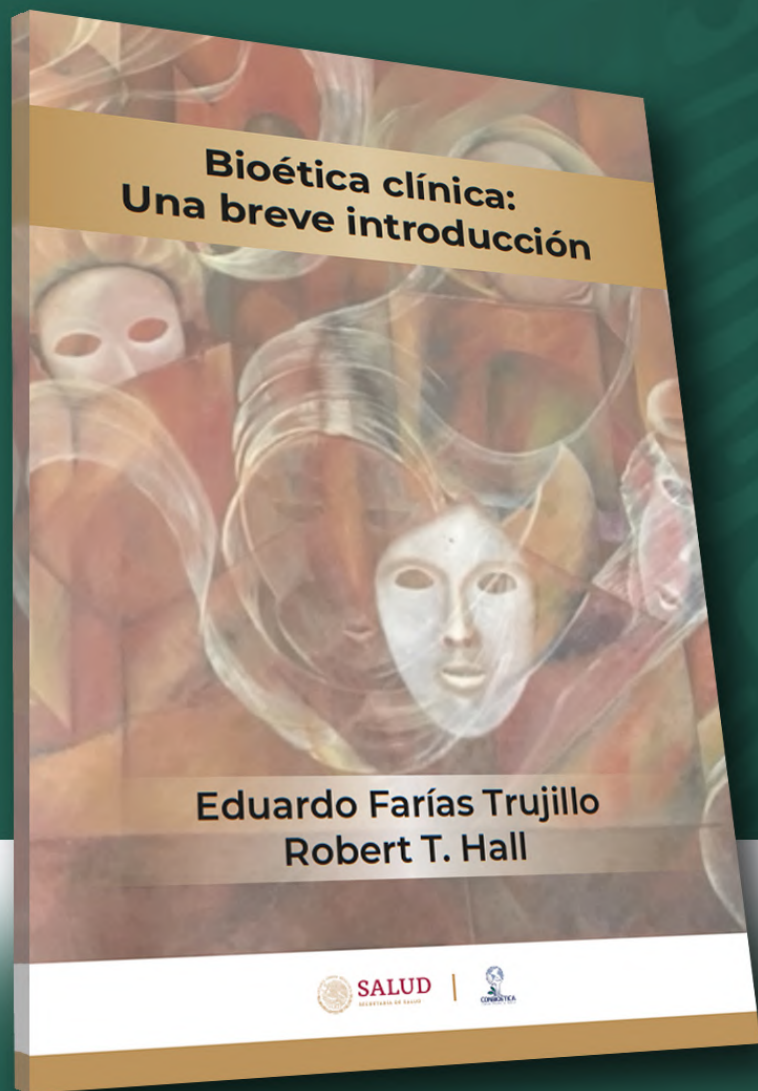
www.gob.mx/salud/conbioetica



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Publicaciones recientes de la Comisión Nacional de Bioética



Esta obra en formato digital presenta de manera sencilla, contenidos teóricos que sirven de base para la bioética clínica, sin dejar de brindar al lector las herramientas que le permiten aplicar cada uno de los conceptos, a través de la presentación de diversos casos clínicos.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



gob.mx/salud/conbioetica