



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER CUESTIONES BIOÉTICAS DE LA PANDEMIA COVID-19

El COVID-19 como riesgo global

The COVID-19 as global risk

El COVID-19 com a risc global

JOSÉ MARÍA MONZÓN *

* José María Monzón. Doctor en Derecho, Profesor de Teoría General y Filosofía del Derecho e Investigador, Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales Ambrosio L. Gioja, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires (Argentina). Email: monzonjm@hotmail.com.



Copyright (c) 2020 José María Monzón

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

El COVID-19 tanto como pandemia como cuanto riesgo global reta a los sistemas de salud pública de los Estados. Pero también este acontecimiento desafía a los principios de la bioética de origen occidental y muestra sus límites lo que demanda por un nuevo conjunto de principios fundados en la ontología y en un orden moral objetivo.

Palabras clave: riesgo global; COVID-19; bioética.

Abstract

COVID-19 as a pandemic as well as a global risk challenges States' public health systems. But also this event defies the Western-based principles of bioethics and shows their limits asking for a new set of principles based upon ontology and objective moral order.

Keywords: global risk; COVID-19; bioethics.

Resum

La COVID-19 tant com pandèmia com a risc global repta als sistemes de salut pública dels Estats. Però també aquest esdeveniment desafia els principis de la bioètica d'origen occidental i mostra els seus límits, fet que aboga per un nou conjunt de principis fonamentats en l'ontologia i en un ordre moral objectiu.

Paraules claus: risc global; COVID-19; bioètica.

1. Introducción

“The world is better prepared for an influenza pandemic than at any time in history, thanks, in part, to your vigilance and diligence. Years of alert and expectation mean that most countries now have preparedness plans.”– Dr. Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization. Estas palabras, mezcla de voluntarismo y profetismo, se emparentan con las que siglos atrás Condorcet escribiera:

“On sent que les progrès de la médecine préservatrice, devenus plus efficaces par ceux de la raison et de l'ordre social, doivent faire disparaître à là longue les maladies transmissibles ou contagieuses, et ces maladies générales, qui doivent leur origine aux climats, aux alimens, à la nature des travaux.” (Condorcet, 1822: 304)

Pero ambos supuestos de futuro se derrumbaron. El surgimiento del COVID-19 es un ejemplo de inesperadas trompetas de Jericó. Quizás el futuro se acerque a lo relatado por H. G. Wells a fines del siglo XIX en la novela titulada *La guerra de los mundos* cuya trama se centra en la invasión de los marcianos a nuestro planeta, quienes son derrotados y mueren no por las armas con las cuales los seres humanos se defienden sino porque los marcianos se infectan con las bacterias contra las cuales ha luchado el ser humano desde hace siglos, resalta Wells. Y escribe al final:

“We have learned now that we cannot regard this planet as being fenced in and a secure abiding place for Man; we can never anticipate the unseen good or evil that may come upon us suddenly out of space (...) it has robbed us of that serene confidence in the future which is the most fruitful source of decadence.” (Wells, 1898)

Si bien ahora no enfrentamos una invasión de marcianos coincidimos con Wells en que el COVID-19 robó la confianza que la humanidad tenía en el futuro suscitando iguales dudas y preguntas. ¿Volverá a ocurrir? Si eso pasa ¿estamos preparados? ¿Cómo afianzar la seguridad colectiva, y sobre todo, nuestra supervivencia? Estos interrogantes y otros similares no cesarán en la etapa post-pandemia. Los mejores planes de prevención y de control pueden ser nuevamente ignorados como lo muestra el trabajo *The Global Health Security Index* del 2019, donde se indican, entre otros puntos, que:

“Countries are not prepared for a globally catastrophic biological event, including those that could be caused by the international spread of a new or emerging pathogen or by the deliberate or accidental release of a dangerous or engineered agent or organism. Biosecurity and biosafety are under-prioritized areas of health security, and

the connections between health and security-sector actors for outbreak response are weak.”

En este marco la bioética ¿puede brindar una guía?

Sí, pero los principios actuales de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) pueden colisionar con la respuesta del Estado si actúa con una lógica de guerra. Cabe recordar que el personal sanitario se enfrenta a situaciones excepcionales de vida o muerte, las urgencias no previstas, la escasez de recursos, las directivas emanadas del Estado¹ y la resolución de esos conflictos. En este contexto, no hay lugar para una consulta serena con el comité de bioética hospitalario, hay que decidir “sobre la marcha”.

En vista de esto, el objetivo de este trabajo es examinar las consecuencias que se siguen en la aplicación de los principios de la bioética con el surgimiento del COVID-19 así como la respuesta de los Estados cuando mira a éste como a un enemigo en una guerra. A tal fin se estudian tres problemas que estimo críticos: a) si el COVID-19 es un riesgo global; b) si su impacto transforma a la bioética, y c) si es posible superar la tensión entre la realidad y la práctica en la aplicación de los principios de la bioética.

2. Nuestra relación con la realidad

El interés por conocer los sucesos futuros no es nuevo. Sus raíces se encuentran en textos religiosos como la Biblia, un antecedente relevante para entender nuestra conducta ante eventos presentes y futuros, al menos, en la cultura occidental, pero también para comprender la perspectiva apocalíptica que se adopta para anunciarlos. No obstante ello, es útil estudiar los posibles escenarios futuros porque con esa investigación se pueden evitar o disminuir posibles daños materiales y muertes. Con esta finalidad, desde hace décadas, diversos grupos especializados gubernamentales y no gubernamentales (por ejemplo, el *World Economic Forum*, el Marco de Sendái para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 y el *Centre for the Study of Existential Risk*) se dedican a esto. De ello ha surgido un conjunto numeroso de documentos de diversa importancia, los que observando lo que se ha hecho y cómo se maneja esta pandemia, no parecen haber sido tenidos en cuenta. Por eso, conviene indagar a qué nos enfrentamos.

1 En caso de una pandemia de influenza, es probable que (los países) nacionalizaran sus instalaciones de producción doméstica, como ocurrió en 1976, cuando Estados Unidos, previendo una pandemia de influenza del cerdo (H1N1), rehusó compartir su vacuna en Osterholm, 283.

Como afirmó Bostrom acertadamente: desde que nos levantamos estamos expuestos a riesgos (caernos en la bañera o tropezar y caer en la calle). Son riesgos previsible. Pero junto a éstos existen otros (los existenciales como los llama Bostrom) que son más relevantes por su magnitud, por los daños y las muertes que causan, los efectos sociales, económicos y políticos que poseen, y en ciertos casos, por sus consecuencias intergeneracionales y/o regionales o globales, cuya previsibilidad e impacto importa prever y calcular. Para adelantarse a su ocurrencia se cuenta con las investigaciones de varias ciencias que proporcionan instrumentos para prevenirlos o evitarlos, elaborar sistemas de manejo de los mismos, medir sus consecuencias, minimizar los daños y disminuir el número de muertos.

Un documento relevante sobre este tema es el que un grupo de trabajo intergubernamental de expertos, en el marco de las Naciones Unidas, confeccionó con posibles indicadores para medir los avances a nivel mundial de la aplicación del *Marco de Sendái para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030*, donde propuso una serie de medidas para prevenirlos y manejarlos por parte de los Estados. Anexo a éste se redactó otro documento con un conjunto de definiciones, algunas de las cuales son de interés en nuestro estudio. Por ejemplo, dice que el desastre es una:

“Disrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad en cualquier escala debida a fenómenos peligrosos que interaccionan con las condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad, ocasionando uno o más de los siguientes: pérdidas e impactos humanos, materiales, económicos y ambientales.”²

En el comentario los autores señalan que se busca advertir que existen “condiciones de riesgo constantemente presentes” que incluyen tipos de pérdidas posibles que son difíciles de cuantificar. Y lo que más importa es que “los riesgos de desastres se pueden evaluar y cartografiar, al menos en líneas generales”³. En función de esto se puede categorizar el COVID-19 como una disrupción grave incluida dentro de una clasificación más amplia que es la de pandemia, y ésta dentro de los riesgos globales, porque:

“To be considered global, a risk should have the potential to affect no less than three world regions on at least two different continents. While these risks may have regional or even local origin, their impact can potentially be felt globally.”⁴

En función de esto analizamos a continuación el manejo de la emergencia.

2 Naciones Unidas. (2016). Informe del grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre los indicadores y la terminología relacionados con la reducción del riesgo de desastres, A/71/644. 13.

3 Idem, 15.

4 World Economic Forum. (2010). Global Risks 2010. A Global Risk Network Report.

3. Cómo gobernar la y en la emergencia

El aislamiento o confinamiento social me permitió repasar dos trabajos de Susan Sontag que mantienen actualidad. Ellos son *La enfermedad y sus metáforas* y *El sida y sus metáforas*, de 1977 y 1988 respectivamente. De éstos extraigo algunas reflexiones para evaluar cómo actúa uno de los principales actores involucrados: el Estado. Sontag comienza diciendo que la enfermedad es el lado nocturno de la vida y que a todos al nacer se nos da una doble ciudadanía: la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos, un reino al cual accedemos al menos algún tiempo. Luego introduce una cuestión crucial: la crisis del sida –hoy podemos sustituirlo por el COVID-19– evidencia un mundo donde nada importante puede ser regional, porque todo puede circular. Todo problema es, o está destinado, a ser mundial. ¿Cómo se reacciona frente a esto? La capacidad de proyectar acontecimientos hacia el futuro amplía el contenido del poder. El futuro que se veía antaño como representación lineal del progreso, hoy se mira como desastre. La reacción adopta la metáfora militar. Se piensan la enfermedad y la salud de esta manera. Esto no es inocuo. Se excomulga y se estigmatiza a los enfermos. Y concluye diciendo que esto no nos autoriza a defendernos de cualquier modo que se nos ocurra. Esta última advertencia es en la actualidad la más importante.

Si bien en los sistemas constitucionales existen normas para controlar un evento de este tipo sea porque contienen normas generales o normas específicas (por ejemplo, los estados de excepción), la dificultad en ambos casos es que difícilmente los Estados se adecuan a dichas normas. Sumergidos en una lógica de guerra consideran a la pandemia como un problema geopolítico⁵. Estamos en guerra contra el COVID-19 parece ser el lema de actuación y de movilización⁶. En base a esto se diseña el manejo de esta pandemia.

Entonces, como en una guerra, el poder ejecutivo organiza un mando centralizado (son los comités de crisis constituidos de diversas maneras) que diseña la estrategia a seguir y se plantea

5 La CIA reportó en un informe de 2009 sobre el estado del mundo en 2015: "If a pandemic disease breaks out, it will be in a densely populated area, with close proximity between humans and animals, such as exists in some markets in China or Southeast Asia, where people live close to livestock" cit. en Duclos.

6 "(...) Chinese President Xi Jinping declared after visiting the virus-stricken city of Wuhan that China would have won the "people's war" against the coronavirus. Other world leaders followed suit, as the virus spread across the globe, invoking war imagery to describe the healthcare emergency. "We are at war," President Emmanuel Macron told the French people in a televised speech (...) "We're not up against another army or another nation. But the enemy is right there: invisible, elusive, but it is making progress." British Prime Minister Boris Johnson declared on 17 March that his government would have acted "like any other wartime governments" to support the British economy and take "steps that are unprecedented since World War II," calling the virus an "enemy that can be deadly." (...) Donald Trump referred to himself as a "wartime president," (...) Angela Merkel, appealed for national unity in the name of a challenge that she described as the greatest faced by the country since World War II –words that have been repeated, in a global context (...)" en Carbonaro.

dos cuestiones vitales: ¿qué cantidad de muertos está dispuesta a soportar una sociedad? y ¿cómo se organiza la atención de las urgencias? La mortandad es inevitable y cuanto más la pandemia se prolonga en el tiempo más muertos hay. La respuesta básicamente, pasa por: a) la reorganización del triaje; b) la elaboración de guías de actuación para el personal sanitario, y c) la reformulación de los fines del Estado para controlar esta emergencia, en un contexto donde existen interdependencia económica y tecnológica, situaciones de grave desigualdad social, económica y tecnológica, y una gran movilidad de personas y bienes.

Para observar lo que se hace examinamos dos de las guías elaboradas en Hispanoamérica. Su lectura muestra, en términos generales, que son dirigidas no sólo al personal sanitario, en particular, los médicos, sino también a los pacientes, sus familiares, y al Estado. Redactadas como sugerencias o recomendaciones, algunas de ellas tienen carácter imperativo. Empero, el foco se coloca en el/a médico/a, porque como lo advierte el documento argentino: la pandemia al redefinir los alcances y metas de la medicina también busca aliviar el sufrimiento, profundizar el cuidado de quienes no pueden ser curados, consolar en la agonía y procurar que las muertes se transiten en condiciones de paz y dignidad.

Ahora bien, con relación a las guías a examinar una es del Colegio Mexicano de Medicina Crítica (sus autores señalan que se basa en las recomendaciones de la SEMICYUC de España) y la otra –ya citada- es la de un conjunto de asociaciones médicas de la Argentina. De ellas extraemos los siguientes puntos:

1. la reconversión hospitalaria debe hacerse de manera gradual “tratando de impactar en el menor grado posible el resto del funcionamiento de un hospital”, y “podrá incluir la suspensión súbita de los servicios no urgentes y redirigir los urgentes”;⁷
2. “el juicio clínico no puede ser sustituido por escalas de gravedad, pero pueden ser útiles para su enfoque inicial”⁸. Al respecto se debe “contar con un sistema para diferenciar los casos en que, por sus condiciones de vida y preferencias, no sean candidatos para solicitar el ingreso a la UTI”;⁹
3. en caso de saturación o colapso de las UTIs, se priorizará la atención de los casos potencialmente más recuperables, excluyendo a “los pacientes con mal pronóstico”, y a quienes requieran recursos que no se pueden proporcionar;¹⁰

7 Colegio Mexicano de Medicina Crítica. 7.

8 Ídem, 16.

9 Ídem, 16.

10 Ídem, 67.

4. se aplicarán los criterios de situaciones de medicina de catástrofe “manteniendo la justicia distributiva y la asignación adecuada de los recursos;¹¹
5. el racionamiento está justificado si todas las partes involucradas hicieron todos los esfuerzos posibles para aumentar la disponibilidad de los recursos luego de haber evaluado cualquier posibilidad de traslado de pacientes a otros centros¹². En cualquier caso, se aplica el principio de la transparencia¹³, y
6. se evitará en todo momento el abandono de los pacientes y sus familias y la discriminación de cualquier tipo, “las víctimas aumentan en la misma medida que se acrecientan las fragilidades, las inequidades sociales, las vulnerabilidades y el estigma”¹⁴. Se procurará siempre un trato humanitario y compasivo a todos los pacientes. Y en los casos terminales se aplicarán las medidas de voluntad anticipada si éstas están documentadas, y “las mejores prácticas de medicina paliativa”¹⁵. Pero recordando el contexto de guerra en el cual se enmarca el manejo del COVID-19 interesa remarcar este párrafo de la guía mexicana:

“Médicos, enfermeras, camilleros y todo el personal de salud constituyen la primera línea en la batalla contra la pandemia por COVID-19 en beneficio de millones de mexicanos y dicha primera línea merece y exige cuidado a través de la implementación gubernamental de medidas preventivas de contagio durante la atención a enfermos con COVID-19; haciendo un llamado respetuoso pero enérgico a las autoridades para cuidar el activo más valioso que tienen en esta batalla: EL EQUIPO DE SALUD, pues “ningún hospital podrá resistir si su personal enferma.”¹⁶

Esta apreciación es relevante porque el personal sanitario “sometido a exceso de carga física y emocional”. Para ello se debe contar con “diversas estrategias y apoyo psicológico dictadas por personal calificado”, ya que puede manifestarse “el sentimiento de sufrimiento moral”, considerando que al/a profesional le corresponde determinar la mejor estrategia basada en su propia moralidad, evitándole restricciones internas o externas que le impidan actuar como estime.¹⁷

11 Ídem, p.67. “En la asignación de recursos (...) se deben aplicar criterios de idoneidad y tener en cuenta factores como, por ejemplo, la edad, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos y la reversibilidad. Está implícito que la aplicación de un criterio de racionamiento es justificable sólo cuando se han empleado ya todos los esfuerzos de planificación y de asignación de recursos” (Ídem, 66).

12 Sociedad Argentina de Medicina, Sociedad de Medicina Interna de Córdoba, Sociedad de Medicina Interna General, et al., 2.

13 Ídem, 4.

14 Ídem, 5.

15 Colegio Mexicano de Medicina Crítica, 67.

16 Ídem, 68, (los destacados en el original).

17 Ídem, 72.

En este sentido, las guías junto con los protocolos, “deben interpretarse de forma individualizada para cada paciente y siempre deberá prevalecer el juicio clínico”¹⁸, acorde a la proporcionalidad terapéutica, valorando los factores objetivos de naturaleza médico-técnica, adecuando los recursos con la situación del/a paciente¹⁹, buscando “optimizar la calidad en la sobrevida”.²⁰

Asimismo se valorizarán los factores subjetivos del/a paciente/a junto con su familia, de modo de reforzar la autonomía de los pacientes, “a sabiendas que la justicia debe prevalecer sobre la autonomía”²¹, subrayando que el criterio médico está por encima de las recomendaciones generales, siempre que sea razonado, argumentado y se haya consensuado en la sesión clínica diaria y/o por el comité de ética hospitalaria²². Se habla de “armonizar esquemas deontológicos y utilitaristas”²³. Empero, si no se puede recurrir al Comité se recomienda que cada unidad aplique sus indicadores de pronóstico vital, y como en una guerra, si el/la médico/a intensivista no tiene tiempo para lograr consensos o está desbordado/a, éste/a asumirá la responsabilidad de tomar decisiones difíciles en ese momento²⁴. Por eso, las orientaciones éticas “no desplazan la responsabilidad individual y profesional”, lo que se pretende es aligerar el agobio o sufrimiento moral de los trabajadores²⁵, resaltando que los valores y principios orientadores son la dignidad de la persona humana, la solidaridad, la justicia y la equidad.²⁶

Un punto conexo es el del consentimiento informado. Acerca de éste se establece que debe solicitarse a los/as pacientes o a sus familiares; si aquel/a no está lúcido/a, recomendándose que

18 Ídem, p. 3.

19 “Las decisiones de adecuación terapéutica, idealmente, se deben consensuar con el paciente y/o familiares, pero en esta situación excepcional puede ser difícil tomar decisiones y puede llegar a ser necesario intentarlo incluso por vía telefónica o video llamada. En estos casos, si no hay posibilidad de consensuar las decisiones, recordar que el garante de la toma de decisiones es el equipo sanitario del paciente” (Ídem, 67).

20 Sociedad Argentina de Medicina, Sociedad de Medicina Interna de Córdoba, Sociedad de Medicina Interna General, et al., 7.

21 Ídem, 2.

22 Colegio Mexicano de Medicina Crítica, ob. cit., p. 67.

23 Sociedad Argentina de Medicina, Sociedad de Medicina Interna de Córdoba, Sociedad de Medicina Interna General, et al., 7.

24 Colegio Mexicano de Medicina Crítica, 66.

25 “Se debe atender a la situación de estrés moral de los profesionales, aplicando medidas para prevenir y tratar para el síndrome de desgaste profesional (burnout) de los profesionales” (Ídem, 67).

26 El documento afirma que la dignidad personal es un valor esencial e intrínseco y que cada persona es un fin en sí misma y la transforma en un ser único e irreplicable, lo que lleva a “enfatar la importancia de la calidad y el sentido de la vida para cada uno de los pacientes”. La solidaridad debe ser el principio rector de la salud colectiva, presentándose como “un dique de contención frente a la desigualdad y la discriminación social”, especialmente cuando entre sus víctimas “se acrecientan las fragilidades, las inequidades sociales, las vulnerabilidades y el estigma”; y “no es la mejor opción, es la única opción”. En cuanto a la justicia y la equidad son principios esenciales para la asignación de recursos, siendo la primera la “virtud de cualquier sistema de elección o triaje”. Y la igualdad implica evitar, por ejemplo, “la exclusión por el mero hecho de la edad, sin consideraciones adicionales sobre valores pronósticos” en Sociedad Argentina de Medicina, Sociedad de Medicina Interna de Córdoba, Sociedad de Medicina Interna General, et al., 5-6.

sea verbal o mediante fotografía del documento, sin firma. Si no está en condiciones de brindarlo y no está presente la familia y no se puede establecer comunicación telefónica, se iniciará el tratamiento y se solicitará posteriormente el consentimiento diferido.²⁷

Por último, con relación a la actuación estatal se observa lo siguiente: tanto el tratamiento de los pacientes como las consecuencias del COVID-19 conllevan pérdidas e impactos humanos, materiales, económicos y ambientales²⁸. Por eso se advierte que el Estado tenga en cuenta que “en tiempos de desastre (...) suelen potenciarse ciertas hegemonías que promueven una mercantilización de la salud, aprovechamiento inescrupuloso y corrupción”²⁹. La otra cara de esto es la posibilidad –tal vez cierta – de que la actuación estatal genere o acentúe la recesión, la inflación y el desempleo, y aumente la escasez de recursos humanos, de bienes y de servicios³⁰. De todas maneras queda claro que al Estado le corresponde el papel central en el manejo del COVID-19 sin que ello implique una restricción indebida de los derechos y libertades fundamentales³¹, “El gran dilema ético con esta pandemia es cómo proteger a las personas vulnerables mientras se permite la mayor cantidad posible de vida normal y actividad económica”.³²

27 Ídem, 13.

28 “COVID-19 diminished economic activity required trillions of dollars in response packages and is likely to cause structural shifts in the global economy going forward, as countries plan for recovery and revival. A build-up of debt is likely to burden government budgets and corporate balances for many years (...) emerging economies are at risk of submerging into a deeper crisis (...)” en World Economic Forum. (2020). COVID-19 Risks Outlook, A Preliminary Mapping and Its Implications.

29 Sociedad Argentina de Medicina, Sociedad de Medicina Interna de Córdoba, Sociedad de Medicina Interna General, et al., 4. Por eso, el documento mexicano citado resalta la necesidad de tener una reserva estratégica de medicamentos e insumos.

30 En el caso argentino se observa que “La disminución de la actividad económica, consecuencia de la pandemia y la cuarentena, generó un marcado descenso en la actividad laboral y, por ende, en los ingresos de los hogares (...) En este marco se observa un fuerte incremento de las desigualdades sociales, agravando y profundizando las características estructurales de un modelo de desarrollo segmentado y desigual. Entre los sectores más perjudicados cabe destacar tanto a los hogares de sectores de trabajadores formales de pequeñas y medianas empresas como de trabajadores informales pobres (asalariados o autónomos), pero también a las clases medias bajas de trabajadores autónomos casi-informales. Entre ellos el impacto de la caída de los ingresos fue más importante que eventuales o ausentes asistencias sociales” en Bonfiglio, J.I.; Salvia, A. y Vera, J. (2020). Deterioro de las Condiciones Económicas de los Hogares y Desigualdades Sociales en Tiempos de Pandemia. 6-7.

31 Cf. European Data Protection Board. (2020). Guidelines 04/2020 on the use of location data and contact tracing tools in the context of the COVID-19 outbreak.

32 Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. (2020). Recomendaciones Éticas para la Toma de Decisiones en la Situación Excepcional de Crisis por Pandemia Covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. España, 4, (destacado en el original).

4. Entre los principios y la práctica

A fin de evaluar las recomendaciones expuestas conviene reparar previamente en un dato: “L’urgentiste doit ici faire preuve d’aptitudes multiples pour à la fois faire de la médecine, éviter ou gérer les conflits, rassurer, donner la lisibilité pour chaque partenaire, et forger la connaissance”³³. La multiplicidad de funciones los acerca a los escenarios de una guerra real, donde junto al saber científico del personal sanitario, cuentan la experiencia, la concepción ética y del mundo, y la necesidad de resolver problemas “en el terreno”. Por lo tanto, importa ordenar las prioridades.

Sobre esto Valérie Wolff recuerda que los servicios de urgencia creados inicialmente para responder a las patologías agudas y graves con el tiempo comenzaron a atender pacientes que no revestían gravedad, que iban más bien por consulta, y a pacientes con problemas sociales (por ejemplo, vagabundos). Esto requirió un orden de prioridades eligiéndose como criterio la gravedad de la situación³⁴. Pero, Wolff subraya, la gestión de las prioridades es compleja y circunstancial a un mismo tiempo. Es compleja porque se vincula con exigencias contradictorias, las de quienes acuden por urgencias verdaderas y la de quienes sólo estiman que tienen una urgencia. Es circunstancial porque manifiesta que cuanto más el hecho se aleja de la urgencia más la movilización de los profesionales queda expuesta al peso de las circunstancias (el flujo de pacientes, las iniciativas del personal, la fatiga, etc.). Por eso, se insiste que la tarea principal es el tratamiento de las urgencias verdaderas³⁵. Es lo que exponen las guías citadas.

En este punto, el problema crítico es la adecuación por parte del/a médico/a del procedimiento previsto en cada paciente. Aquí se contraponen la formación y la experiencia recibidas con las diferentes culturas y los principios de la bioética³⁶. No es lo mismo preservar la autonomía del paciente que su bienestar o su salud en sentido integral o el respeto a su cultura no occidental.³⁷

33 Danet, F.; Bremond, M. y Robert, D. 107.

34 Wolff, 2-3.

35 Fassin D., *La raison humanitaire: Une histoire morale du temps présent*, cit en Wolff, 7.

36 “Consider too the role of moral, political, and social philosophy in bioethics. Unless stated otherwise, philosophy for most scholars means Western philosophical systems of thought in bioethics” en Chattopadhyay, S. y De Vries, R. 4 (las cursivas en el original).

37 Por ejemplo, “African anthropology understands that humans are homo patients and one’s health or illness is closely related to the relationship of a person to their community and to the creator of life” Chummar cit. en Kanu, 7.

Para Yepes Stork la cuestión pasa por el carácter biográfico de la vida del/a médico/a que “reside en que las tareas y trayectorias de que se compone”, en su libertad, y en el modo que realiza una elección justificada, el por qué y el para qué afrontarlas³⁸. O como escribe Herranz Rodríguez:

*“(el/a médico/a) debe decidir qué es lo bueno para este enfermo, y no lo que sería bueno para los enfermos en general, o para la ciencia de la Medicina, o para la totalidad de la sociedad. Ahí está el nudo que, en la buena práctica, enlaza necesariamente Ciencia y Ética.”*³⁹

El tema es conocer hacia dónde apunta el acto voluntario.⁴⁰

Una de las críticas reiteradas entre los/as graduados/as universitarios/as es la distancia que existe entre lo que se enseña y la realidad. La resolución de los casos concretos requiere conciliar lo aprendido con los/as pacientes reales, porque la realidad es más compleja de lo que se ha aprendido. Más, con el tiempo, el estudio continuo y la experiencia ayudan a sortear los obstáculos. Por eso, importa la biografía.

Y si bien, en principio, las guías y recomendaciones resuelven el qué hacer hic et nunc, conviene reflexionar sobre la advertencia expuesta por Spaemann “lo evidente no aparece en estado puro. Ningún ethos real, con validez en una sociedad, es evidente a secas, ya que acarrea consigo ciertos rasgos de ignorancia, opresión y apremio” (Spaemann, 2005: 16). Aunque como nota Spaemann, esto no quita que haya comportamientos mejores que otros, “mejores en absoluto, no mejores para alguien o en relación con determinadas normas culturales” (Spaemann, 2005: 33). El camino para distinguir unas conductas de otras pasa por investigar el acto humano. Y este es un problema de ética.

Como señala Pardo (a quien seguimos) la encíclica Veritatis Splendor, acorde con el planteamiento tomista, puntualiza refiriéndose a la decisión de la voluntad, dice que “el objeto del acto del querer es un comportamiento elegido libremente”⁴¹. Porque “lo que se juzga al estudiar la actuación del hombre desde el punto de vista moral es la corrección de la voluntad, si el hombre elige los objetivos que le son adecuados”. Esto conlleva considerar la reflexión antes que el objeto, el fin y las circunstancias del acto moral. De ahí que diga que “Quien no reflexiona antes de actuar es porque no quiere, y eso es moralmente imputable”. Una previsión adecuada “abarca el suceder material de los hechos y las consecuencias previsibles”. Esa reflexión “sólo es posible como acto de la virtud de la prudencia” (Pardo, 2008: 87-89).

38 Yepes Stork, 346 (las cursivas en el original).

39 Herranz Rodríguez, 328.

40 Pinckaers cit. en Pardo, 87.

41 Juan Pablo II, Carta Encíclica Veritatis Splendor. N° 78 cit. en Pardo, 87.

Ahora bien ¿esto implica aceptar la presencia de una moral objetiva?

Sí, si por ello se entiende “una referencia fija para la bondad de la conducta que vige en todos los actos voluntarios”. Por consiguiente, “hay que evitar la confusión, relativamente frecuente, que asocia la fijeza del orden moral objetivo con la fijeza de la realidad material”. Entonces, “la inmutabilidad del orden moral no se deriva de la realidad física sobre la que versan las elecciones del sujeto que actúa, sino que se deriva de las leyes naturales internas al sujeto que actúa (...) La expresión “ley moral objetiva” se refiere a la ley natural interior al sujeto que actúa” (Pardo, 2008: 94-95).

Desde esta perspectiva ¿son los principios convenidos de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) los más ajustados a lo que hay que hacer? El primer dato a tener en cuenta para responder muestra que:

“(...) the Western world, and especially the United States, has turned away from a uniform reliance on religious principles and toward secular principles for answers. The medical community has been no exception. Several such principles, such as autonomy, beneficence, no maleficence, and fairness, are now generally accepted. These have guided ethical thinking and have been instrumental in forming health care policies in the United States and other Western countries over the past three decades.” (Iserson, 2016: 516)

Las fuentes de esos principios dominantes en la bioética occidental son el utilitarismo y el pensamiento kantiano, derivados de la cultura norteamericana, presentes en los documentos citados y en la formación médica. Las controversias que generan su aplicación involucran a la metafísica y a la antropología, y si se quiere, a la teología cristiana. En este sentido, es significativo que se formule una bioética laica. Pero para no desviarnos de la pregunta formulada veamos primero el utilitarismo.

Para Bentham:

“By the principle of utility is meant that principle which approves or disapproves of every action whatsoever, according to the tendency it appears to have to augment or diminish the happiness of the party whose interest is in question: or, what is the same thing in other words, to promote or to oppose that happiness” (1781, 2).⁴²

42 En esa línea Peter Singer dice “the utilitarian position is a minimal one, a first base which we reach by universalizing self-interested decision making. We cannot, if we are to think ethically, refuse to take this step. If we are to be persuaded that we should go beyond utilitarianism and accept non-utilitarian moral rules or ideals, we need to be provided with good reasons for taking this further step. Until such reasons are produced, we have some grounds for remaining utilitarians” (1992, 13).

Su dificultad mayor es el acento puesto en las consecuencias porque la realizar esto no da cuenta del acto moral en su totalidad. Como Pardo observa “al valorar los efectos de una acción desde el punto de vista moral”, se debe considerar “si es bueno o malo querer esos efectos”. Luego, “Si, para conseguir un bien se tolera un mal mayor que ese bien, esa voluntad será mala. Si para conseguir un bien se tolera un mal menor, esa voluntad será buena” (Pardo, 2008: 99-100).

No es esto lo que se considera cuando se dice en una guía que en caso de saturación o colapso de las UTIs, se priorizará la atención de los casos potencialmente más recuperables, excluyendo a “los pacientes con mal pronóstico”, y a quienes requieran recursos que no se pueden proporcionar⁴³. Este criterio presupone una selección entre los pacientes lo que no es acorde con el respeto que todo ser humano merece⁴⁴. No hay vidas más valiosas que otras⁴⁵. Esto nos remite a la ontología. Sólo la consideración del otro –el paciente- como otra persona, fundamenta la conducta debida por parte del personal sanitario. Sin embargo, este campo ha quedado fuera de los principios de la bioética de origen norteamericano como consecuencia de su concepción fragmentada de la ética.

Si estudiamos la segunda fuente mencionada: el pensamiento kantiano, el eje está en la noción de autonomía. Para Kant la autonomía de la voluntad es el principio supremo de la moralidad, “Morality is, then, the relation obtaining betwixt action and the autonomy of the will: actions in harmony with autonomy of will are allowed and lawful; what actions are incompatible with it are disallowed and unlawful” (1796, 41). Por lo tanto, “Autonomy of Will is that quality of will by which a will (independently of any object willed) is a law to itself. The principle of autonomy, therefore, is to choose such maxims singly as may be willed law universal” (1796, 41).

La autonomía implica libertad y autolegislación. Desde este punto de vista es la persona quien determina la moralidad. No hay lugar para la ley natural (al igual que en el utilitarismo) lo que es coherente con su idea de tensión entre la autonomía y la heteronomía. Pero además la autonomía implica dar primacía al sujeto por sobre la realidad. La consecuencia de esto es que cuando se da ese lugar al yo no sólo todo gira alrededor de él sino que también él se convierte en la medida o la regla de todas las cosas. Es la defensa de la libre voluntad. Es la defensa de la soberanía de la voluntad. Por consiguiente, como nota Espinosa Ares tanto lo justo, como el bien,

43 Colegio Mexicano de Medicina Crítica, p. 67.

44 “Derrière le modèle officiel prescriptif se trouve une réalité autrement complexe, susceptible d’adaptations, d’arrangements, d’ajustements, dérogeant à la rigueur des normes officielles, pour s’ouvrir à la particularité des cas complexes et à la variété des situations. La diversité des problèmes rencontrés et les difficultés exceptionnelles que présentent les patients peuvent bouleverser les normes établies et amener le professionnel à redéfinir le sens de l’urgence” (Wolff, 3).

45 “Generally, we are more prone to have affective reactions when we react to named individuals. When we deliberate more, we lose affect as we see that we are over-reacting to a person who is merely representative of a larger group” en Kelman, 97. El problema se puede entender como una variante del trolley car case, cf. Thomson, 1395-1415.

como la verdad, no se inducen del ser en sí sino que lo justo, la racionalidad y la libertad, se encuentran sólo en la conciencia humana, “para Kant, la razón subjetiva sólo cabe desde el protagonismo de un yo dueño de su propia existencia” (Espinosa Ares, 2011: 111-116).

5. A modo de fin y comienzo

En este trabajo expusimos algunos problemas y posibles soluciones pues no fue mi propósito cerrar las cuestiones tratadas sino sólo apuntar a ciertos conflictos derivados del tratamiento ¿improvisado? del COVID-19. Por eso estimé más adecuado mostrar problemas, caminos de solución, y sobre todo, hacer luz en la conciencia de cada persona involucrada, en lo que ella puede ver, analizar y determinar cuál es la mejor conducta a seguir en el marco de las urgencias en que nos ha colocado esta pandemia. O dicho en otras palabras, ¿cuál es el mayor bien que se puede seguir de cada comportamiento? Porque de pronto despertamos con profecías auto-cumplidas, si repasamos todos los avisos que se han brindado en múltiples informes científicos. Por consiguiente, ya no importa reprochar lo que no se ha hecho sino que interesa mirar al presente y al futuro. Y aprecio que esto se esclarece si se restaura el lugar y el papel del orden moral objetivo en vez de buscar soluciones fundadas en la primacía del resultado o en el afianzamiento del poder de algún Estado en particular. No estamos en una competencia ni en una guerra. Tenemos delante de personas que sufren y que mueren, que se estresan y que se desaniman en la urgencia médica, todos necesitan asistencia no sólo material sino espiritual. Esto escapa a la bioética lo que no significa que ella haya perdido valor. Más bien, es un tema de ordenación de los fundamentos de nuestro actuar por medio de una moral objetiva. Aquí estimo se encuentra la fuente de resolución de los conflictos planteados. Por supuesto, esto sujeto a toda crítica que demuestre una mejor opción de conducta.

Referencias bibliográficas

- ◆ Bentham, J. (1988). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. New York: Prometheus Books. (Versión original 1781).
- ◆ Bonfiglio, J.I.; Salvia, A. y Vera, J. (2020). *Deterioro de las Condiciones Económicas de los Hogares y Desigualdades Sociales en Tiempos de Pandemia*, Buenos Aires: Observatorio de la Deuda Social Argentina, Pontificia Universidad Católica Argentina. Disponible en <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos>

/2020/2020-OBSERVATORIO-SOCIOECONOMICO-INFORME-TECNICO-SERIE-IMPACTO-SOCIAL-COVID-19%20AMBA.pdf [Consulta: 25 junio 2020].

- ◆ Bostrom, N. (2002). Existential Risks: Analyzing Human Extinction Scenarios and Related Hazards. *Journal of Evolution and Technology*. 9, Disponible en <https://www.nickbostrom.com/existential/risks.html> [Consulta: 4 enero 2016].
- ◆ Carbonaro, G. (2020). Can we compare the COVID-19 pandemic to a world war?, *CGTN*. Disponible en <https://newseu.cgtn.com/news/2020-05-08/Can-we-compare-the-COVID-19-pandemic-to-a-world-war--Qhw25Ig9Fe/index.html> [Consulta: 12 junio 2020].
- ◆ Colegio Mexicano de Medicina Crítica. (2020). *Guía para la Atención del Paciente Crítico con Infección por COVID-19*. México. Disponible en https://www.flasog.org/static/COVID-19/11_Abril_20_Final_compressed.pdf [Consulta: 19 de junio 2020].
- ◆ Condorcet, (1822). *Esquisse d'un Tableau Historique des Progrès de l'Esprit Humain, Suivie de Réflexions sur l'esclavage des Nègres*. Paris: Chez Masson et Fils, Libraires. Disponible en <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k281802/f3.image>.
- ◆ Chan, M. (200). Address to the ASEAN+3 Health Ministers' Special Meeting on Influenza A (H1N1), Bangkok, Thailand (Via videoconference). Disponible en https://www.who.int/dg/speeches/2009/asean_influenza_ah1n1_20090508/en/ [Consulta: 10 junio 2020].
- ◆ Chattopadhyay, S. y De Vries, R. (2008). Bioethical concerns are global, bioethics is Western. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*. 18, 4, 106-109. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707840/> [Consulta: 12 junio 2020].
- ◆ Danet, F.; Bremond, M. y Robert, D. (2006). Le Travail du Médecin aux Urgences: Reniement, Adaptation ou Transformation? *Nouvelle revue de psychosociologie*. 1. 103-116. Disponible en <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-1-page-103.html> [Consulta: 9 junio 2020].
- ◆ Duclos, M. (2020). Is COVID-19 a Geopolitical Game-Changer?. Disponible en <https://www.institutmontaigne.org/en/blog/COVID-19-geopolitical-game-changer> [Consulta: 12 junio 2020].
- ◆ Espinosa Ares, J. M. (2011). El Idealismo Jurídico Kantiano. Una Crítica de la Crítica. *RDUNED. Revista de Derecho UNED*, 8, 107-126. Disponible en <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:RDUNED-2011-8-5040&dsID=Documento.pdf> [Consulta: 8 septiembre 2018].

- ◆ European Data Protection Board. (2020). *Guidelines 04/2020 on the use of location data and contact tracing tools in the context of the COVID-19 outbreak*. Disponible en https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file1/edpb_guidelines_20200420_contact_tracing_COVID_with_annex_en.pdf [Consulta: 18 junio 2020].
- ◆ Herranz Rodríguez, G. La enseñanza de la ética en la formación del médico. En: Lavados M., M.; Monge E., J. I.; Quintana V., C. y Serani M., A. (eds). (1990). *Problemas contemporáneos en Bioética*. (pp. 325-338). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- ◆ Iserson, K. V. (2006). Ethical Principles-Emergency Medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24, 3, 513-545. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127201/pdf/main.pdf> [Consulta: 12 junio 2020].
- ◆ Kant, I. *The Metaphysics of Ethics*. (1886). (3rd edition). Trans. J.W. Sempel, ed. with introduction by Rev. Henry Calderwood. Edinburgh: T. & T. Clark. (Versión original 1781). Disponible en http://oll-resources.s3.amazonaws.com/titles/1443/Kant_0332_EBk_v6.0.pdf [Consulta: 12 marzo 2019].
- ◆ Kanu, I. A. (2017). *Igwebuike as the Consummate Foundation of African Bioethical Principles*. *Nnadiabube Journal of Philosophy*. 1. 1, 1-13. Disponible en <http://journals.ezenwaohaetorc.org/index.php/NJP/article/view/245/179> [Consulta: 12 junio 2020].
- ◆ Kelman, M. (2011). Saving Lives, Saving From Death, Saving From Dying: Reflections On ‘Over-Valuing’ Identifiable Victims. *11*, 1, 51-99. *Yale Journal of Health Policy, Law & Ethics*. [Consulta: 16 diciembre 2017].
- ◆ Naciones Unidas. (2016). Informe del grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre los indicadores y la terminología relacionados con la reducción del riesgo de desastres, A/71/644. Disponible en <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/71/644> [Consulta: 6 junio 2018].
- ◆ Nuclear Threat Initiative, John Hopkins Center for Global Health Security, and Economist Intelligence Unit. *The Global Health Security Index*. (2019). Disponible en <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf> [Consulta: 18 junio 2020].
- ◆ Osterholm, M. T. (2006). En previsión de la próxima pandemia. *Salud Pública de México*, 48, 3, 279-285. (publicado originalmente en *Foreign Affairs en Español*, 2005), Disponible en <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6696/8344> [Consulta: 10 junio 2020].

- ◆ Pardo, A. (2008). Sobre el acto humano: aproximación y propuesta. *Persona y Bioética*, 12, 2, 78-107.
- ◆ Singer, P. (1992). *Practical Ethics*. New York: Cambridge University Press.
- ◆ Spaemann, R. (2005). *Ética. Cuestiones fundamentales*. Versión española y prólogo José María Yanguas. (7ta ed.). Pamplona: EUNSA. (Versión original en alemán *Moralische Grundbegriffe*. Munich. Beck Verlagbuchhandlung, 1982).
- ◆ Sociedad Argentina de Medicina, Sociedad de Medicina Interna de Córdoba, Sociedad de Medicina Interna General, et al. (2020). Recomendaciones Intersocietarias para Asignación de Recursos Basados en Guías Éticas, Atención Paliativa y Criterios de Ingreso/ Egreso en Cuidados Críticos durante la Pandemia COVID-19. Argentina, Disponible en https://www.sati.org.ar/images/Documento_final_para_publicar_en_cada_sociedad.pdf [Consulta: 19 de junio 2020].
- ◆ Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. (2020). Recomendaciones Éticas para la Toma de Decisiones en la Situación Excepcional de Crisis por Pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. España. Disponible en https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf [Consulta: 19 junio 2020].
- ◆ Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. (2da. ed.). Buenos Aires: Taurus. (Versión original en inglés *Illness as metaphor* y *Aids and its metaphors*. 1978 y 1978).
- ◆ Thomson, J. J. The Trolley Problem. (1985). *Yale Law Journal*, 94, 1395-1415. [Consulta: 16 diciembre 2017].
- ◆ UNISDR. (2015). *Marco de Sendái para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030*. Ginebra. Disponible en https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf [Consulta: 6 junio 2018].
- ◆ Wells, H. G. (1898). *The War of the Worlds*, disponible en <https://www.gutenberg.org/files/36/36-h/36-h.htm>.
- ◆ Wolff, V. (2016). Le sens de l'urgence à l'hôpital. *BioéthiqueOnline*. 5, 5-37. Disponible en <https://doi.org/10.7202/1044295ar> [Consulta: 9 junio 2020].
- ◆ World Economic Forum. (2020). *COVID-19 Risks Outlook, A Preliminary Mapping and Its Implications*. In partnership with Marsh & McLennan and Zurich Insurance Group, Geneva.

Disponible en <https://www.weforum.org/reports/COVID-19-risks-outlook-a-preliminary-mapping-and-its-implications> [Consulta: 6 junio 2020].

- ◆ World Economic Forum. (2010). *Global Risks 2010. A Global Risk Network Report*. A World Economic Forum Report in collaboration with Citi, Marsh & McLennan Companies (MMC), Swiss Re, Wharton School Risk Center, Zurich Financial Services. Geneva. Disponible en http://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Risks_Report_2010.pdf [Consulta: 6 junio 2020].
- ◆ Yepes Stork, R. (1997). La Persona como Fuente de Autenticidad de las Acciones Morales. En: *El primado de la persona en la moral contemporánea*. XVII Simposio Internacional de Teología de la Universidad de Navarra, Coord. por Antonio Quirós, *et al.* Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. 339-360. Disponible en <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/5579/1/RICARDO%20YEPES%20STORK.pdf> [Consulta: 8 septiembre 2018].

Fecha de recepción: 1 de julio de 2020

Fecha de aceptación: 6 de julio de 2020