

¿PANDEMIA O PANDEMIAS?

PANDEMIC OR PANDEMICS?

René Fernando Estévez Abad

Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador
fernando.estevez@ucuenca.edu.ec

Recibido: octubre de 2020
Aceptado: noviembre de 2020

Palabras clave: pandemia, ética, política, desigualdad.

Key words: pandemic, ethics, politics, inequality.

Resumen: La Covid-19 ha causado un impacto global otrora impensado, alejado de las predicciones de la historia reciente de pandemias con menor agresividad. Los meses de emergencia sanitaria global se llenan de reflexiones desde la ética, la política, la sociología y sobre todo desde las tecnociencias. Visiones y prismas aportan con descripciones y posibles soluciones o por lo menos propuestas de acción. A pesar de los esfuerzos de organismos internacionales la discusión y dicotomía salud versus economía parece mantenerse en el discurso del poder político. La pandemia no es solamente causada por el virus SARS-Cov2 sino por los actos humanos irreflexivos, la afección a los seres humanos, con alcance global e indiscriminado, pero más severo con los más desposeídos. Otras pandemias ocultas surgen de la desigualdad y discriminación, del pobre acceso y de la limitación de derechos.

Abstract: Covid-19 has caused an unthinkable global impact, far from predictions of recent history of pandemics with less aggressiveness. The months of global health emergency are filled with reflections from ethics, politics, sociology and from techno sciences. Visions and prisms provide descriptions and possible solutions or at least proposals for action. Despite efforts of international organizations, the discussion and dichotomy health versus economy seems to remain in the political power discourse. Pandemic is not only caused by SARS-Cov2 virus but by thoughtless human acts, the affection to human beings, with a global and indiscriminate scope, but more severe with the most deprived. Other hidden pandemics arise from inequality and discrimination, poor access and limited rights.

1. Introducción

Pandemia, virus, vacuna, curvas de contagio, nueva normalidad; en 2020 se transformaron en tema de conversación y parte del lenguaje cotidiano global. En el momento que, hacia fines de 2019, se informó de la aparición de una nueva infección viral con

efectos catastróficos incluida la muerte en Wuhan, una ciudad de China desconocida, el mundo occidental asistió absorto, incrédulo y tal vez algo despreocupado al desarrollo de los acontecimientos pues la historia reciente mostraba realidades en las que aparentemente habíamos pensado y nos habíamos preparado para situaciones catastróficas que nunca ocurrieron¹ causadas por otros virus de similar origen. La memoria reciente de la generación actual se remonta a las últimas pandemias declaradas por la OMS, una de ellas, la causada por el virus H1N1 en 2009 que causó afectación severa a ciertos grupos poblacionales primordialmente a niños y jóvenes adultos de mediana edad; en este caso, se esperaba un espectro similar de impacto, pero la mortalidad de este nuevo virus ha afectado en mayor medida a las personas de más de 65 años (80% de las muertes a nivel mundial)^{2,3}.

Los datos de estas pandemias más cercanas muestran tasas de mortalidad mundial que oscilan entre: 0,3% en la pandemia H3N2 de 1968 y 1 a 3% en la pandemia H1N1 de 1918. La pandemia de 2009 luego de los primeros 12 meses mostró, según datos oficiales, una mortalidad mundial de alrededor del 0,01%, aunque en publicaciones de reconocido peso internacional como *The Lancet* se sugería que la mortalidad habría sido por lo menos 15

veces más que la reportada,⁴ esto debido a la falta de registro y a las limitaciones en el diagnóstico a nivel global; ¿suena esto último conocido? La comparación más cercana con la presente pandemia, por las características epidemiológicas, parece ser la mal llamada gripe española de 1918 que en su momento causó la mortalidad de por lo menos 50 millones de personas. Esta visión catastrófica y ya prácticamente lejana, para quienes estamos vivos en este siglo, permite el surgir de miedos, incertezas y en algunos casos desesperanza en las condiciones actuales y por la alta tasa de contagio del nuevo coronavirus, ¿será ésta la realidad por vivirse?

Luego del estupor inicial, los meses posteriores a febrero de 2020 han mostrado resultados calamitosos, no solamente considerando las cifras de morbilidad y mortalidad sino también por la percepción global de desamparo frente al poder político y lo que es más grave, frente a la información, la ciencia y la tecnología.

En este artículo se espera aportar una reflexión desde el punto de vista de la ética médica, ensayada por un profesional médico en trabajo y orientada además a contribuir con una visión global del problema, pues a pesar del prisma particular de índole geográfica por las diferencias globales en los ámbitos del desarrollo humano y acceso a sistemas de protección y atención, el ser humano ha sido afectado de forma universal y multidimensional independiente de la latitud y longitud en la que desenvuelve su vida.

1. Cohen, J., & Normile, D. (2020). New SARS-like virus in China triggers alarm. *Science*, 367(6475), 234-235. <https://doi.org/10.1126/science.367.6475.234>

2. *La pandemia de coronavirus es 10 veces más mortal que la de gripe H1N1 en 2009*. Noticias ONU. (2020). Retrieved 8 October 2020, from <https://news.un.org/es/story/2020/04/1472772>.

3. *Pandemia del H1N1 2009*. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Retrieved 27 September 2020, from <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-h1n1-pandemic.html>.

4. Dawood, F., Iuliano, A., Reed, C., Meltzer, M., Shay, D., & Cheng, P. et al. (2012). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(9), 687-695. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(12\)70121-4](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(12)70121-4)

2. Apuntes de ética médica en pandemias – el miedo

En el marco de esta crisis sanitaria de alcance global el compañero del día a día parece ser el miedo, que domina a la sociedad en su conjunto y por supuesto, como parte de ella, al personal sanitario. Discursos constantes se escucharon durante las primeras semanas en la llamada - hasta ahora - primera ola de contagios, inicialmente en Europa y luego en toda América, acompañados de acciones y declaraciones del poder político que lo único homogéneo que lograban expresar a viva voz y al unísono era el rescate del valor de quienes enfrentaban las dificultades sanitarias en la primera línea, el personal sanitario. Lastimosamente, en muchos casos, solamente era discurso.

Este discurso acuñado entonces en el marco de las primeras experiencias pandémicas modernas, explicaba las acciones políticas por medio de la apología de la guerra; los líderes políticos hacían un llamado a la aceptación de lo desconocido pues según ellos estamos en una batalla contra un agente infeccioso invisible al que tenemos que ganar. El enemigo único: un agente infeccioso de tamaño ínfimo, además no catalogado como ser vivo sino como agente; las víctimas de la guerra los seres humanos del orbe y los soldados de la guerra el personal sanitario.

En el discurso belicista también aparecen acciones con carácter discriminatorio hacia los héroes, rechazados por los vecinos, quienes dominados por las emociones reconocían su valor, pero preferían tenerlos lejos⁵. En esta guerra entonces, los solda-

dos están llamados a trabajar y luchar contra el enemigo, pero deben hacerlo precisamente en las trincheras y alejados de la sociedad; enfrentados con esta realidad no es raro entonces encontrar personal sanitario también con miedo, con dudas e incluso con flaquezas y luchas morales internas, el brindar apoyo hacia los demás como obligación primaria profesional pone en riesgo la propia vida y de los cercanos.

El personal sanitario embebido en esta batalla enfrenta la dicotomía que produce el miedo: en la obediencia y el cumplimiento de la tradicional práctica, en el marco de la ética y deontología de la profesión, prima la obligación de trabajar por los demás, pero el instinto propio de la auto conservación llevó a muchos a renunciar. Los gobiernos de varios países conscientes de los escasos recursos humanos hicieron llamados vehementes para que estos soldados cumplieren su deber, el discurso político, entonces, incluía amenazas a quien no lo cumpla y exija material de protección personal, para esos momentos casi inexistente⁶, incluyendo a quienes sin haber prestado el juramento de la profesión tenían alguna cercanía con los hospitales: los estudiantes de medicina.

Hay que comprender que el paternalismo sigue siendo el marco en el cual la socie-

da!": el aumento de las agresiones en México contra personal médico que combate el coronavirus. BBC News Mundo. Retrieved 27 September 2020, from <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52319044>.

6. Romero, D. (2020). CIDH muestra preocupación por amenazas de sanción a médicos que denuncien falta de implementos. <https://www.elcomercio.com/actualidad/cidh-amenazas-sancion-medicos-implementos.html>. *El Comercio*. Retrieved 8 October 2020, from <https://www.elcomercio.com/actualidad/cidh-amenazas-sancion-medicos-implementos.html>.

5. Gonzalez Diaz, M. (2020). *“Me tiraron café caliente por la espalda y me gritaron ‘¡infecta-*

dad juzga el trabajo del personal sanitario y de lo que se espera de la medicina y los médicos, en particular en los países en desarrollo. Varios códigos de alcance internacional orientan las obligaciones de los médicos para con la sociedad, en situaciones de atención sanitaria emergente orientadas a los fines de la medicina que actualmente se consideran clásicos, a partir del reporte del Hasting Center de 1996⁷: la prevención de las enfermedades y promoción de la salud, el alivio del dolor y sufrimiento causados por la enfermedad, el cuidado y curación de los enfermos y la prevención de la muerte prematura junto con el acompañamiento para una muerte digna y en paz. Frente a esto, la opinión pública, mucho más en los países en desarrollo sigue pensando en la medicina orientada a salvar la vida.

La Organización Mundial de la Salud complementa el marco de reflexión de los deberes de los médicos orientado hacia la prevención y control de las pandemias en el “Reglamento Sanitario Internacional”, documento que junto con el código de la Asociación Médica Mundial permiten aclarar el contexto de la acción en situaciones de emergencia sanitaria pública, entre ellas: el deber de proveer atención adecuada pero en situaciones de emergencia tener libertad de elegir a quién atender y la responsabilidad de participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la salud pública y la comunidad⁸. El mencionado reglamento tiene como objetivo prevenir, proteger, controlar y aportar con respuestas de salud pública

7. The Goals of Medicine. Setting new priorities. (1996), *Special Supplement*, S1-s27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8970793/>

8. *WMA - The World Medical Association-Home*. Wma.net. (2020). Retrieved 27 September 2020, from <https://www.wma.net>.

a emergencias de propagación internacional de enfermedades⁹.

Estos principios establecen el marco de exigencia moral para la acción de la profesión médica, de todas formas, parece haber una tensión al establecer que, en casos de emergencias, al encontrarse el médico en estas situaciones especiales puede tener obligaciones diferentes a las normales. Las pandemias representan un tipo especial de emergencia que exige una modulación diferente de los estándares del accionar ético de la práctica de la medicina por una serie de factores: la priorización de la atención y los recursos disponibles y su escasez¹⁰. Queda claro que la situación en mención requiere entonces medidas extraordinarias de respuesta; cuando el médico enfrenta la atención de un paciente, su obligación y responsabilidad absoluta es para con el paciente, pero cuando el médico enfrenta la atención sanitaria en el marco del bienestar común, su obligación es para con la comunidad.

La escasez de recursos ha afectado a todos los países, pero su impacto ha sido notorio en los de menor desarrollo. Es impensable que los sistemas sanitarios que orientan su filosofía hacia la cobertura universal y utilizan para ello el marco de los derechos fundamentales respondan con eficacia ante situaciones de escasez. Es fundamental establecer un marco de reflexión y participación social que aporte en la reorientación y sistematización del

9. *Reglamento Sanitario Internacional*. Who.int. (2005). Retrieved 27 September 2020, from https://www.who.int/ihr/legal_issues/Brief_introduction_to_legislative_implementation_es.pdf.

10. Schrader, D. (2018). Medical ethics and pandemic emergencies. *Bioethics Update*, 4(1), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2018.01.002>

proceso de universalización de la atención sanitaria. En este marco de reflexión y al amparo de los instrumentos internacionales, países como Ecuador han intentado en los últimos tres quinquenios establecer un aporte estatal sostenido para la protección, prevención y recuperación de la salud; pero aparentemente, con los resultados actuales y las acciones desesperadas para tratar de evitar contagio masivo desnudaron el pobre impacto o tal vez el manejo ineficiente de estos esfuerzos de inversión. Se construyó un sistema sanitario débil, con visión estatista y no de estado, sin partir de la discusión inclusiva ni aportar para la construcción de un real sistema de atención universal en salud. No existe hasta la fecha un sistema sanitario único, pues las normas que lo rigen permiten la coexistencia de varios subsistemas y micropoderes: el público de atención estatal, el público de aporte como seguridad social o de grupos especiales, el privado con orientación de giro de negocio y algunos aportes de organizaciones no gubernamentales. Se ha hecho en la pandemia patente la ausencia de acciones concertadas dentro del sistema sanitario en Ecuador, desnudado además en costes elevadísimos y limitación de acceso por parte de la población general a espacios con recursos; se ha notado la falta de integralidad, equidad y justicia social¹¹. Este marco de acción de los prestadores de servicios sanitarios ha favorecido el miedo en la sociedad en las etapas iniciales, pero luego ha alimentado

11. Lanza, O. (2020). Reformas de salud: ¿hacia la cobertura universal en salud o hacia los sistemas de salud universales? In *Comprendiendo el Derecho Humano a la Salud* (1st ed., pp. 63-73). Prosalus y Cruz Roja Española. Retrieved 4 October 2020, from <http://bibliotecadigital.aecid.es/bibliodig/i18n/consulta/registro.cmd?id=2148>.

la desesperanza y probablemente la desobediencia ante la fatalidad ineludible.

3. El problema de las emergencias sanitarias

Como se ha visto estos meses, una situación de emergencia planteada por una pandemia para la que no existe tratamiento conocido produce severas cargas sobre los sistemas sanitarios, sean aquellos en los cuales la salud se considera un derecho fundamental como el caso de muchos países europeos y de la mayoría de países en vías de desarrollo del orbe latinoamericano, tanto como para aquellos en los cuales la atención sanitaria es un bien de consumo al alcance y limitación de quienes puedan pagar. La limitación de recursos tiene varias vías: los recursos diagnósticos, los recursos terapéuticos, los espacios de cuidado de tercer nivel, el acceso a la tecnología incluida la biotecnología y el equipamiento, y por supuesto los recursos humanos y el material de protección. Todo ello en el marco de la necesaria inversión de emergencia que implica también dejar de proveer aportes económicos en bien de otros derechos y servicios que requiere la población especialmente en los países más pobres.

La salud entendida como derecho fundamental, recomendación de la OMS, parece un ideario imposible de alcanzar en tiempos normales y peor en situaciones de carencia global. Queda claro que hay imponderables que podrían afectar las condiciones en las cuales se espera ofertar tal nivel de beneficio. Los hechos que están fuera del control humano incluyen varios fenómenos que en situación de pandemia son cruciales además de conflictivos porque se asocian con la inhi-

bición de otros derechos fundamentales. Es entonces evidente que el respeto por los derechos para todo ser humano no es el mismo en situaciones de normalidad sanitaria en relación con situaciones de emergencia sanitaria y peor con alguna de alcance global.

En este punto es fundamental entender que el pilar de un sistema sanitario de atención universal, en el marco los derechos fundamentales, es la atención primaria; un nivel de acercamiento de los programas y planes de salud hacia la población en general, que permite además la localización, seguimiento y derivación adecuadas que oferten organización pero sobre todo acceso a todos quienes necesitan aportes en salud¹² permitiendo el seguimiento apropiado y por supuesto de apoyo en las patologías prevalentes además de la emergente.

Esta última situación ha puesto también en evidencia que la formación y capacitación de personas entrenadas en estas áreas toma mucho tiempo, requiere recursos importantes y sobre todo la necesidad de entender que los derechos establecidos en la carta de los Derechos Humanos y recogidos por las cartas constitucionales de los países que así lo han decidido, deben aparejarse. No se puede entender que se oferte un derecho como es el de acceso, atención y prevención sanitaria aislado de los derechos a la alimentación, al trabajo digno, al respeto y a la no discriminación¹³.

12. *Atención primaria en salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. Paho.org. (2020). Retrieved 4 October 2020, from <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>.

13. *OEA-CIDH*. Oas.org. (2020). Retrieved 4 October 2020, from <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf>.

La falta de recursos de la condición actual incluye la escasez de materiales básicos como los equipos de protección personal que obligatoriamente deben estar al alcance del personal sanitario que enfrenta el problema en bienestar de los demás. En los meses de marzo y abril el mundo sufrió la carencia de estos elementos a nivel global pero en algunos lugares alcanzó su acmé asociado a carencias focales relacionadas con elementos de pobre manejo político y preventivo, tal el caso de Ecuador¹⁴.

La demanda enorme de recursos en muy cortos períodos de tiempo pone al descubierto que no existe posibilidad de respuesta cuando la colaboración no es global. El discurso y la “guerra por ventiladores” desatada en los meses iniciales¹⁵, se vió seguida de la guerra perdida por la falta de personal cualificado; un ventilador que es un dispositivo técnico que puede jugar un rol importante en la atención de los pacientes no es un autómatas que actúe por sí mismo, se requiere personal, seres humanos que en equipo trabajen alrededor de este aditamento tecnológico para poder obtener de él el beneficio que se espera¹⁶.

14. Gozzer, S. (2020). *Los médicos que se negaron a atender a pacientes con coronavirus (y lo que su caso muestra de la precaria situación de muchos sanitarios en América Latina)* - *BBC News Mundo*. BBC News Mundo. Retrieved 4 October 2020, from <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52413808>

15. Wallace, A. (2020). *Cómo funcionan los respiradores y por qué la desesperada carrera por fabricar más es clave en la batalla contra el coronavirus* - *BBC News Mundo*. BBC News Mundo. Retrieved 4 October 2020, from <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52060716>

16. Linde, P. (2020). *Falta personal sanitario para frenar la segunda ola de la pandemia*. EL PAÍS. Retrieved 4 October 2020, from <https://>

En este marco de reflexión, entonces, es importante entender el papel que han jugado las instituciones académicas (colegios profesionales, sociedades médicas, facultades de medicina) en el apoyo ante esta situación de escasez. Los alumnos, colegiados y agremiados continúan siendo el aporte sustancial para la atención a la población. A coste de su propio riesgo y bienestar, a pesar de que en algunas latitudes su trabajo recibe remuneraciones al límite de lo aceptable, casi emulando sistemas de esclavitud modernizados, pues además de sufrir la insuficiencia de los materiales de protección personal, especialmente al inicio de la emergencia sanitaria global, han sido también víctimas de la enfermedad, han debido dejar sus hogares para no poner en riesgo a los cercanos, pero para colmo han trabajado en situaciones en las cuales incluso su protección personal en la situación de salud no ha recibido la cobertura y protección por parte del Estado¹⁷.

A este personal que ha trabajado en situaciones de precariedad, algunos gobiernos les ofertaron protección y reconocimiento, no solamente el reconocimiento moral de la sociedad al considerarlos y aplaudirlos como héroes, sino el reconocimiento real, enmarcado en una política de protección de derechos¹⁸. En países como Ecuador,

ante las manifestaciones públicas de desencanto por la falta de cumplimiento de promesas desde el poder político, las respuestas fueron poco adecuadas, pues además se les impedía ejercer el derecho a manifestar su descontento¹⁹. En este último país, el gobierno generó una política en la cual los médicos en perfeccionamiento (médicos residentes y estudiantes de medicina del último año) son considerados estudiantes y como tal no tienen acceso a salarios que reconozcan horas de trabajo (en la mayoría de casos excesivas), riesgos laborales y derechos fundamentales como la asistencia sanitaria. Al momento, por lo menos la mitad de médicos en residencias hospitalarias cursan sus estudios con autofinanciamiento, acceden a créditos para pagar tasas y matrículas a las universidades y laboran como mano de obra barata para el sistema sanitario; queda claro que el aplauso y reconocimiento como “héroes de la pandemia” no parece ser suficiente ni moralmente aceptable.

4. Utilitarismo y solidaridad

Entre marzo y abril el mundo observó aborto las noticias de fallecimientos masivos a nivel global, caravanas de vehículos movilizandocadáveres, fallecimientos por miles en países del primer mundo junto con noticias aterradoras del mal llamado mundo en desarrollo desgarraron las

elpais.com/sociedad/2020-09-21/falta-personal-sanitario-para-frenar-la-segunda-ola-de-la-pandemia.html

17. Castillo, M., & Barriguete, A. (2020). *En pleno embate de covid-19, el gobierno a estudiantes de Medicina: o vuelven a los hospitales, o se les quita la beca*. Mexicanos Contra la Corrupción y la Impunidad. Retrieved 4 October 2020, from <https://contralacorrupcion.mx/covid-19-estudiantes-medicina-beca/>

18. Abuabara, Y. (2020). *Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en La-*

tinomérica. Acta Médica Colombiana, 45(3). <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975>

19. Cañizares, A. (2020). *Gobierno de Ecuador reconoce “exceso policial” en protestas de médicos*. CNN. Retrieved 4 October 2020, from <https://cnnespanol.cnn.com/2020/09/16/gobierno-de-ecuador-reconoce-exceso-policial-en-protestas-de-medicos/>

bases de la moral humana moderna²⁰. El principio del respeto irrestricto por la vida se vió golpeado en sus cimientos pues la falta de recursos que sobrepasó la posibilidad de las respuestas de los sistemas sanitarios, que en muchos casos se denominan así solamente como parte del discurso político coyuntural, desnudó la necesidad de una reconstrucción absoluta.

Algunos grupos de aporte en la reflexión bioética permitieron aliviar o por lo menos enviar un mensaje estructurado de toma de decisiones que no rompiese con la percepción moral de la sociedad²¹ y que velase por la protección de la respuesta ante estas condiciones. Se establecieron entonces políticas emergentes para acceso a equipo sanitario, materiales de protección, fármacos y la utilización de medidas extraordinarias como acceso a unidades de terapia intensiva y sistemas de ventilación asistida. En Latinoamérica, en el marco de una crisis que llegó en algunos casos de improviso y en otros ante la mirada pasiva de los gobiernos y sus responsables, varios grupos de poder establecieron medidas de presión por medio de la opinión que se ha opuesto en absoluto a generar estas discusiones; adoptando un discurso falaz intentaron hacer ver a la opinión pública que en Europa se había dejado morir a los viejos y que en América, especialmente Latinoamérica, el

derecho a la vida es un absoluto, exigiendo que todos tengan acceso a la atención sanitaria de emergencia, situación ideal pero absolutamente irreal y antitécnica así como reñida con la bioética y sus recomendaciones.

En esta condición entonces hemos visto cómo las decisiones morales y técnicas del triaje han sido dejadas a responsabilidad individual o máxime en grupos locales de los colectivos de profesionales trabajando en las áreas críticas en los países más pobres; en algunos casos como el citado de Guayaquil además, permitiendo que se lleve adelante frente al colapso del sistema, la política de “el primer llegado, el primero en servirse”²², paradigma de la absoluta ausencia de planificación y del irrespeto por el bienestar común; esto en parte explica el drama de la muerte en abandono y sin atención sanitaria en hogares y sitios públicos, noticia de conocimiento mundial.

En tiempos normales la práctica médica supone que los pacientes se constituyen en el objetivo primordial y principal responsabilidad del ejercicio de la medicina. En casos de emergencia y mucho peor, en situaciones de pandemia, la afección y presión ejercidas por la enfermedad hacia grandes grupos poblacionales supera con creces la disponibilidad de recursos para atender las necesidades. En estas situaciones como se había anotado anteriormente, el objetivo primordial de la medicina y del trabajo de los equipos sanitarios, así como la disponibilidad de recursos se ponen al servicio de las poblaciones, de la comunidad humana.

20. *La más golpeada del mundo: ¿por qué Guayaquil?* - *Periodismo de Investigación*. Periodismo de Investigación. (2020). Retrieved 4 October 2020, from <https://periodismoinvestigacion.com/2020/05/02/por-que-guayaquil/>

21. Cabré, L., Casado, M., Marta, C., Corcoy, M., Estévez, F., & García, F. et al. (2020). *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia* (1st ed.). Observatorio de Bioética y Dret.

22. John, T., & Millum, J. (2020). First Come, First Served?. *Ethics*, 130(2), 179-207. <https://doi.org/10.1086/705763>

Si se mantiene un sistema en el cual no se planifique tomando en cuenta las recomendaciones médicas y técnicas, como es el triaje; puede resultar que los recursos se desvíen de la mayor eficiencia²³. Cuando no se entiende que la priorización en casos de pandemia es una obligación y no una opción a decidir - el bien de unos pocos puede significar el mal de muchos - se construye un discurso inadecuado de utilitarismo puro y duro; las decisiones por el bienestar individual no pueden ser universalizables porque el nivel de oferta no puede responder ante la demanda masiva. Este tipo de acciones de priorización no es aceptable en la práctica médica en situaciones normales y en tratamientos de problemas individuales pero las situaciones de falta de recursos en pandemia son cualquier cosa, menos normales. Según lo explica claramente el Comité de Bioética de España “la priorización en recursos sanitarios no es una novedad ni una consecuencia de la pandemia, sino algo inherente a cualquier sistema de salud”²⁴.

23. Rubio, O., Estella, A., Martín, M., Saralegui, I., Cabré, L., Zapata, L., & Amblás, J. (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.org. Retrieved 4 October 2020, from https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética_SEMICYUC-COVID-19.pdf

24. De Montalvo Jääskeläinen, F., Altisent Trota, R., Bellver Capella, V., Cadena Serrano, F., de los Reyes, M., & de la Gándara, A. et al. (2020). *Informe del comité de bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*. Assets.comitedebioetica.es. Retrieved 4 October 2020, from <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>

La recomendación incluye por supuesto considerar las reflexiones referentes al utilitarismo²⁵ de forma apropiada y reflexionando en el marco de las decisiones. La reflexión moral que respete varios principios además de la utilidad, debe estar modulada por la justicia y la protección de los vulnerables²⁶. En esta condición es entonces crucial establecer equipos humanos de apoyo para la reflexión Bioética in situ, de esta forma se pueden reducir las

25. El utilitarismo tiene como objetivo maximizar los beneficios para la población más grande. “La asignación de recursos que apunta a salvar la mayor cantidad de vidas posible o maximizar el número total de años de vida o años de vida ajustados por calidad (AVAC) salvados es un principio de este tipo”. Los principios de maximización han sido criticados por no considerar a los más desfavorecidos o la distribución justa de beneficios y cargas”. En una subcategorización, el utilitarismo de reglas reconoce la necesidad de cumplir con las reglas morales, pero la utilidad sigue siendo el principio fundamental y las reglas morales son secundarias.

Recuperado de: Public Health Ethics And Law - The Hastings Center. [online] The Hastings Center. Available at: <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/public-health/>

26. La equidad considera que la asignación de recursos primero a las personas más enfermas o vulnerables (como ejemplo los niños). “Sin embargo, estos principios por lo general respaldan la asignación de recursos a los más desfavorecidos, incluso cuando solo son posibles pequeñas mejoras en la salud, incluso cuando tienen un alto costo. Este tipo de equidad requiere que se preste especial atención a individuos o poblaciones particulares que son vulnerables debido a la biología, la desventaja social u otra forma de desventaja. A veces, esta equidad también establece la prioridad para aquellos que son percibidos como fundamentales para una respuesta exitosa a una pandemia, como los trabajadores de la salud”.

Recuperado de: Public Health Ethics And Law - The Hastings Center. [online] The Hastings Center. Available at: <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/public-health/>

presiones y la carga moral de la toma de decisiones que pesa sobre los hombros del equipo sanitario, ya cansados por el exceso de trabajo, las tensiones y las necesidades personales²⁷.

Cuando las acciones individuales tienen que ser inhibidas por la necesidad global es también fundamental establecer las políticas que recomienda la Bioética en el marco de la salud pública²⁸. La situación de emergencia sanitaria con pocos recursos desnuda, además, las necesidades no cubiertas en cuanto a la recuperación de la enfermedad así como la prevención; en casi todos los países, los reportes incluyen la presencia de mortalidad no esperada y mortalidad en exceso en ciertos períodos de tiempo, muchos de estos casos se relacionarán por supuesto con la causa primaria de la pandemia misma (el SARS-Cov2) pero también con muchas enfermedades no atendidas por el redireccionamiento de los esfuerzos hacia la atención del evento en curso. Estas son también algunas de las razones por las cuales es fundamental establecer un marco de reflexión y acción desde el órgano de gobierno, que considere estas condiciones.

Los principios éticos de utilidad enmarcada en la igualdad y modulada por la priorización deben describirse desde el nivel individual, pero utilizando el prisma del nivel poblacional. Esta toma de decisiones respeta además el marco moral cuando se hace con transparencia y compromiso

con los involucrados; el responder cómo, cuándo, hasta cuándo y qué; en relación con la asignación de los recursos es fundamental para permitir a la sociedad ser parte de las decisiones en el marco de la justicia; solo así, con decisiones compartidas, la sociedad las apoyará y actuará en solidaridad.

También es importante entender que la solidaridad incluye la respuesta apropiada y recíproca hacia los proveedores de la atención sanitaria, hacia el personal que a riesgo propio adicional se pone en peligro en beneficio de la salud pública. El aporte de los recursos de protección personal adecuados y en cantidades suficientes se constituye en obligación del propio personal, pero en obligación solidaria de la sociedad; incluidos todos los prestadores de servicios de salud, privados y públicos, que tienen la obligación moral y la responsabilidad de velar por el bienestar quienes atienden a los enfermos.

La visión del utilitarismo, no considerado en su reflexión fría y ausente de humanidad, sino con los matices de la solidaridad permite tomar las decisiones de localización de los escasos recursos: equipo de protección, materiales de testeo e identificación, camas, ventiladores, unidades de terapia intensiva, etc. El criterio que se sugiere para tal priorización no toma en consideración solamente una dimensión de la persona como la edad, sino las condiciones asociadas al pronóstico, al sufrimiento y la dignidad; debe también incluirse la reflexión epidemiológica de las enfermedades prevalentes, pues lastimosamente en América Latina hemos sido testigos que la priorización ha corrido con un prisma unidireccional, unidimensional y unipatológico. Parece ser que entre marzo y agosto la única enfermedad potencialmente mortal era la Covid-19; los

27. Goldenberg, M. (2005). Evidence-based ethics? On evidence-based practice and the “empirical turn” from normative bioethics. *BMC Medical Ethics*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-6-11>

28. Gosting, L., & Wiley, L. (2020). *Public Health Ethics and Law - The Hastings Center*. The Hastings Center. Retrieved 4 October 2020, from <https://www.thehastingscenter.org/briefing-book/public-health/>

profesionales sanitarios que vivimos por años la realidad de un sistema saturado nos preguntamos qué pasó con los enfermos crónicos que agudizan su situación por cuadros intercurrentes como por ejemplo: los pacientes con patología cardíaca aguda o los pacientes con trauma por dar algunos; muchos de ellos probablemente sufrieron el embate de estas condiciones y fallecieron engrosando los números del registro de muertes en exceso que se puede observar en los sistemas de reporte²⁹.

5. Información y comunicación

Publicaciones sobre el origen genético del nuevo coronavirus, datos oficiales de registro de enfermedades, opiniones de expertos e incluso artículos y revistas científicas de reconocido impacto han sido víctimas o protagonistas de informaciones no ciertas; queda como resultado un sinsabor. La incerteza asociada con la sensación de desconocimiento es la pérdida de confianza en la ciencia. El “publica o muere” que se ha transformado en el día a día de los investigadores a nivel global se mezcla con las dificultades que enfrenta la propia ciencia y sus métodos para poder aportar con respuestas de certeza.

Hasta el momento se discuten las variabilidades del virus, los mecanismos de contagio, los mecanismos y rasgos de agresividad del agente infeccioso y por supuesto

29. Paúl, F. (2020). *Cómo la explosión en la cifra de muertos en Ecuador por coronavirus puede ser reflejo de lo que está pasando en otros países de América Latina - BBC News Mundo*. BBC News Mundo. Retrieved 4 October 2020, from <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52333031>.

las vacunas y medidas de prevención³⁰. El poder político también tomó su parte en el flujo de la información y la justificación del manejo de la crisis, lastimosamente, de la peor forma en la mayoría de casos³¹. Los países menos desarrollados, en particular los latinoamericanos, en su mayoría optaron por la medida drástica de cuarentena obligatoria global desde las etapas iniciales, conscientes de que sus sistemas sanitarios precarios y frágiles perecerían ante la embestida de semejante crisis. El manejo de la información por parte de la prensa mundial iniciaba, hacia febrero y marzo, con conteos de infectados y en forma paulatina fallecidos; con el pasar de los meses los titulares se relacionan con la lucha por la vacuna.

Los estudios en los que se ha tratado de dilucidar la patología asociada con coronavirus, de los cuales el del resfriado común es probablemente el más conocido, tienen historia desde los años 60 del siglo pasado en Reino Unido³². Los estudios de inoculación en la comunidad permitirían según la reflexión de Jamrozik & Selgelid acelerar el desarrollo de vacunas, pero este tipo de estudios cuando se trata de patógenos nuevos para los cuales no existen terapias reconocidas y aceptadas con la evidencia que exige la medicina presentan grandes retos, especialmente desde el punto de vista ético.

30. Ball, P., & Maxmen, A. (2020). *The epic battle against coronavirus misinformation and conspiracy theories*. Nature.com. Retrieved 8 October 2020, from <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01452-z>

31. Dying in a Leadership Vacuum. (2020), 383(15), 1479-1480. <https://doi.org/10.1056/nejme2029812>

32. Jamrozik, E., & Selgelid, M. (2020). COVID-19 human challenge studies: ethical issues. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(8), e198-e203. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30438-2](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30438-2)

Entendido así, realmente es importante ser capaces de construir como sociedad los marcos suficientes de discusión, de filtro, pero sobre todo de orientación hacia las fuentes de información apropiadas. En esta condición es claro que la sociedad, incluidos los profesionales sanitarios, han recibido una miríada de informaciones imprecisas, con resultados preliminares, construidas e incluso publicadas sin la rigurosidad necesaria; situaciones que no han hecho otra cosa más que confundir las acciones y los posibles efectos de tales decisiones³³.

Algunos países guiados por la desinformación y por la desesperación social que exige respuestas emergentes tomaron decisiones probablemente no apropiadas, entre ellas, apertrecharse de fármacos con eficacias parciales o probadas en ciertos grupos poblacionales y para ciertas condiciones, entrando en la lucha universal por recursos que olvida que la sociedad humana es universal, las defensas individuales han sido la peor respuesta porque no han permitido estructurar un frente de acción y cooperación globales³⁴.

Mucho más gravedad e impacto negativo ha tenido en la sociedad global el flujo de información sobre pseudofármacos o sustancias potencialmente tóxicas recomendadas por ciertos expertos, de dudo

so origen, en relación con la prevención asociada con supuestos poderes de protección frente a la infección por SARS-Cov2. Este flujo de información peligrosa ha calado en lo profundo de la sociedad sin distinción de grupo, pero por supuesto influyendo negativamente en los sistemas sanitarios ya precarios, sobrecargados y agotados. Tampoco se puede dejar de lado el manejo inapropiado de información relacionada con el presunto riesgo que presentaban algunos pacientes que consumían medicación para enfermedades crónicas, entre ellas la hipertensión arterial, que, con aspavientos, muchos medios de comunicación se permitieron difundir sin los filtros adecuados; desconociendo que esta información sumada a la desesperación y el miedo han permitido probablemente que muchos enfermen con mayor severidad o se vean afectados por complicaciones debidas a la suspensión de la toma de éstos fármacos³⁵.

Urge entonces en este campo también la construcción de una acción concertada y asociada con los organismos pertinentes como la Organización Mundial de la Salud que, en el marco del pluralismo, la transparencia, pero sobre todo la acción solidaria global,³⁶ permitan establecer mecanismos de trabajo multidisciplinar de colaboración en busca del bien co-

33. Bahit, C. (2020). *Retractación en revistas científicas de alto impacto, ¿qué podemos aprender de esto?*. Medscape. Retrieved 4 October 2020, from <https://espanol.medscape.com/ver-articulo/5905553>

34. (www.dw.com), D. (2020). *Estados Unidos compra casi todas las existencias de fármaco contra COVID-19* | DW | 01.07.2020. DW.COM. Retrieved 4 October 2020, from <https://www.dw.com/es/estados-unidos-compra-casi-todas-las-existencias-de-fármaco-contra-covid-19/a-54020319>

35. *El alarmante negocio de medicamentos falsos que crece por la pandemia de covid-19* - BBC News Mundo. BBC News Mundo. (2020). Retrieved 4 October 2020, from <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52238655>

36. *La OMS, la Fundación pro Naciones Unidas y sus asociados ponen en marcha el Fondo de Respuesta Solidaria a la COVID-19, primera iniciativa en su género*. Who.int. (2020). Retrieved 4 October 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-03-2020-who-un-foundation-and-partners-launch-first-of-its-kind-covid-19-solidarity-response-fund>

mún. Estos mecanismos de acción global, requieren que los científicos, los médicos y las agencias gubernamentales aporten y compartan los datos para encontrar juntos el camino apropiado de investigación y búsqueda de las respuestas más acertadas para enfrentar la grave situación, ejemplo de ello es la iniciativa COVAX que busca con el aporte de la comunidad internacional permitir el acceso a la vacuna de forma universal³⁷.

Mientras tanto, las recomendaciones básicas de la OMS siguen teniendo vigencia, pues de manera similar a lo ocurrido en la gripe de la década de los años 20 del siglo pasado, la única respuesta preventiva apropiada hasta el momento parece ser la utilización de protectores faciales, el lavado de las manos y la reducción de las aglomeraciones y contactos sociales muy cercanos.

6. Las otras pandemias

6.1. La discriminación

La cuestión de Género

Las condiciones de urgencia que determinaron la toma de decisión obligatoria de confinamiento poblacional produce un impacto predecible pero no cuantificable³⁸. La necesidad de mantener a la población en casa, en sociedades en las

37. *Vacuna de la COVID-19: Un pequeño esfuerzo presupuestario, puede suponer un gran salto para la humanidad*. Noticias ONU. (2020). Retrieved 5 October 2020, from <https://news.un.org/es/story/2020/09/1481552>

38. OEA. (2020). *Covid-19 en la vida de las mujeres* (1st ed.). OEA-CIM. COVID-19 in women's lives: Reasons to recognize the differential impacts. III. Series. OEA/Ser.L/II.6.25.

que la situación de género está todavía en plena discusión y con soluciones de bajo impacto, ha desnudado una realidad que no se quería ver. Las discusiones sobre la necesidad urgente de medidas efectivas de protección de las mujeres en particular muestran el pobre entendimiento social del conflicto, especialmente porque en su mayoría, los espacios de poder continúan siendo manejados con la visión del patriarcado.

El peso del cuidado de la familia, en particular de los más vulnerables como son los niños y los ancianos, nuevamente recae en los hombros de las mujeres. La educación virtual que requiere el apoyo de la familia, las guarderías cerradas que dejan en casa a los menores de 5 años, el teletrabajo y por supuesto el cuidado de los adultos mayores nuevamente sobrecarga de tensiones y no reconoce la desigualdad de género que impacta gravemente a las mujeres. La sobrecarga laboral, el manejo de las tensiones, el no reconocimiento económico y las situaciones de vulnerabilidad en estas condiciones tienen impactos sobrecogedores.

Los informes abrumadores que desnudan las situaciones de precariedad, de abandono y de sobre exigencia aunados con el crecimiento exponencial del maltrato a la mujer ha sido conocido por medios de comunicación, en foros de discusión e incluso ha sido objeto de un informe especial de Human Rights Watch³⁹. La complicación es mayor debido a que an-

Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>

39. *Creciente riesgo de violencia para las mujeres durante la Covid-19*. Human Rights Watch. (2020). Retrieved 7 October 2020, from <https://www.hrw.org/es/news/2020/07/07/creciente-riesgo-de-violencia-para-las-mujeres-durante-la-covid-19>

tes de marzo la sociedad global mantenía una situación de denuncia de los casos de violencia contra la mujer e innumerables muestras de vulnerabilidad con impunidad, que han sido rechazados de forma contundente por los organismos de protección de derechos pero que lastimosamente han mantenido respuestas tibias por parte de los responsables gubernamentales y además han ahondado las diferencias en estas sociedades confesionales que no aceptan reconocer estas condiciones como situaciones de grave afeción al sustrato de la sociedad y la visión de igualdad⁴⁰.

No es aceptable que la sociedad mantenga la política de la vista gorda, es urgente que se tomen correctivos que impliquen el avance de la visión de género en todas las políticas gubernamentales; que se establezcan las condiciones por las que el acceso a los medios de producción y de protección, el reconocimiento de labores no remuneradas, la carga y el peso de las políticas del cuidado por citar algunos ejemplos, sean reconocidas de forma transparente. La visión sectaria de grupos de poder no puede ni debe continuar ejerciendo presiones que impidan el goce de derechos asociados a una condición biológica y social que asigna roles de por sí discriminatorios.

El ejemplo del manejo político divorciado de las necesidades globales lo mostró el Presidente del Ecuador, quien al vetar el Código Orgánico de Salud aprobado por la Asamblea Nacional dejó en condiciones de indefensión los pocos avances en esta materia que se constituyeron en esperan-

za; este código que espera ver la luz en Ecuador por más de 10 años, luego de la aprobación de la nueva Carta Magna en 2008, proponía algunos avances en esta materia, a pesar de mostrar bemoles todavía por discutirse, pero que podría haber contado con el aporte del ejecutivo y abrir las puertas para el diálogo social del respeto de derechos, ha quedado congelado y muestra la situación de cuidados intensivos que viven las mujeres en particular en ese país⁴¹.

La condición socio-económica y racial

Desde Guayaquil hasta Madrid, la discriminación por condición socio-económica ligada primordialmente a la pobreza y las necesidades urgentes de grandes grupos poblacionales ha sido también foco de atención en la Covid-19. Las cifras a nivel global, a pesar de tener bemoles en cuanto a calidad, certeza y confiabilidad, asociada con los sistemas de seguimiento a los casos activos de la enfermedad; muestran que la pobreza sigue siendo un factor de riesgo.

Cuando hacia marzo-abril, el mundo atestiguaba el drama de Guayaquil, algunos referentes del periodismo ecuatoriano y la opinión por redes sociales destapaba la discriminación asociada con la visión de desprecio y de incompreensión hacia los pobres. En titulares de prensa de alcance nacional en Ecuador, se llamaba al confinamiento total adscribiendo la poca obediencia a respuestas irreflexivas y desconectadas del compromiso social

40. *Qué hacemos: Poner fin a la violencia contra las mujeres*. ONU Mujeres. (2020). Retrieved 7 October 2020, from <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women>

41. *COS: el veto total que mostró una profunda grieta en el país*. Plan V. (2020). Retrieved 7 October 2020, from <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/cos-el-veto-total-que-mostro-una-profunda-grieta-el-pais>

de las personas en Guayaquil, desconociendo que la realidad de la mayoría de la población de esa ciudad vive situaciones de precariedad laboral y de necesidades insatisfechas⁴². El vivir en condiciones de pobreza impidió que la población se confine, la movilidad poblacional se mantuvo desobediente de las exigencias y decretos gubernamentales debido a las necesidades de supervivencia diaria. El corolario de esta situación y los prismas de juicio moral llegan hasta el tercer trimestre de 2020 cuando Europa inicia una segunda ola de la enfermedad; la Alcaldesa de Madrid, en rueda de prensa junto al Presidente del Gobierno Español, afirma que el aumento de la tasa de contagio se debe a la población migrante y sus estilos de vida; penosa declaración llena de discriminación.

En otras latitudes, los Estados Unidos de América venían también atravesando un despertar social de exigencia de derechos para los afrodescendientes; alarmas se encendieron por la violencia social y se exacerbaban en el último quinquenio por un discurso gubernamental de apoyo a los supremacistas. La muerte de personas afrodescendientes en manos de los órganos de control policial no ha podido ser controlada y pesa sobre la sociedad norteamericana las dudas de la impunidad⁴³; en este caso, los datos estadísticos muestran las más altas tasas de mortalidad por la Covid-19 en los afrodescendientes y los latinos.

42. Silva Viteri, H. (2020). JANETH, SE TE COMIÓ LA LENGUA EL RATÓN. *La Nación*. Retrieved 7 October 2020, from <https://lanacion.com.ec/janeth-se-te-comio-la-lengua-el-raton/>

43. The Washington Post. (2020). Resources to understand America's long history of injustice and inequality. Retrieved 7 October 2020, from <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/06/08/understanding-racism-inequality-america/?arc404=true>

6.2. La desigualdad

Otros derechos

La obligación del confinamiento y limitación de la movilidad puestas al servicio del bienestar común plantean hasta el momento la búsqueda de un necesario equilibrio en el cual desde el punto de vista ético y legal se concilien estas limitaciones de otros derechos relacionados con las libertades civiles. Con los sistemas sanitarios sobrecargados y exigidos más allá de sus posibilidades, se mantiene la necesidad de limitar ciertas libertades; las cuarentenas masivas han ido poco a poco dando paso a cuarentenas parciales y focales. Se mantienen las recomendaciones de cierre de escuelas, universidades, limitación de reuniones grupales y la generación de cordones sanitarios que impiden la circulación entre espacios geográficos. Barrios o zonas generalmente ubicadas en las periferias de las grandes urbes, que agrupan a los marginados, los trabajadores del servicio diario y de los sistemas de producción; ahora afectados de forma masiva por la infección son los afectados.

Estas decisiones requieren una puesta equilibrada entre la legalidad y la ética, sugiere que los poderes utilicen la restricción de derechos en los límites que produzcan menor daño y que siempre se orienten en beneficio de la salud pública⁴⁴. Los confinamientos masivos de los meses iniciales no lograron frenar la diseminación de la enfermedad, con ello parece entonces re-

44. Gosting, L., & Wiley, L. (2020). *Public Health Ethics and Law - The Hastings Center*. The Hastings Center. Retrieved 4 October 2020, from <https://www.thehastingscenter.org/briefing-book/public-health/>

sultar que la improvisación ha sido utilizada como herramienta de salvataje a ciegas.

El teletrabajo aplicado a la educación también ha desnudado las grandes dificultades de la mayoría, la imposibilidad de acceso a la red de redes, la ruralidad y la marginalidad muestran la enorme brecha digital que afecta a la mayoría⁴⁵. Familias de escasos recursos enfrentan limitaciones severas que impiden a niños y jóvenes mantener contacto con sistemas escolares a distancia, la Covid-19, se ha ensañado con los más pobres. La discriminación y la desigualdad se acentúan, dejando las declaraciones constitucionales de educación como derecho en letra muerta.

Pobreza

El impacto de la contracción económica es global y se encuentra a la vista. Según estimaciones del Banco Mundial, dependiendo de las regiones, las cifras varían mostrando una situación de catástrofe con impacto global. La heterogeneidad y el mayor daño guarda relación directa con los niveles de desarrollo previo; esto deja a las claras la severa afección al mundo de los países pobres. Las regiones de Asia Oriental, América Latina y Asia Meridional podrían sufrir contracciones que varían en gravedad, pero podrían implicar un retroceso equivalente hasta de 30 años en relación con los ingresos per cápita de varias regiones en el globo. Los países en desarrollo además comparten crisis asociadas con explotación de recursos naturales sin control, medidas que se habían venido tomando como intentos de mejo-

45. *Impact of Covid-19 on Children's Education in Africa*. Human Rights Watch. (2020). Retrieved 8 October 2020, from <https://www.hrw.org/news/2020/08/26/impact-covid-19-childrens-education-africa>

ría de las condiciones poblacionales pero que no se compadecían con los objetivos del desarrollo sostenible.

Según algunas proyecciones el aumento del número de personas viviendo en pobreza al límite llega a valores tan altos como esperar que entre el África subsahariana y los países sur asiáticos se concentren entre el 80 y 85% de nuevos pobres y que entre latinoamérica y el caribe, África del norte y Medio Oriente encontremos un 10% de nuevos pobres⁴⁶. La gravedad de la situación es ya palpable en muchas regiones, las medidas de protección del aparato productivo, han generado despidos masivos, políticas de flexibilización laboral y reducción salarial. Resulta entonces que lo que se busca es mantener inmune el poder y dominio empresarial.

A futuro lastimosamente se espera también que los indicadores indirectos, con impacto en la salud, muestren también severo deterioro; las cifras de mortalidad materno-infantil, las tasas de desnutrición y las enfermedades crónicas no atendidas o en condiciones de complicaciones secundarias con morbi-mortalidad aumentada serán parte del conflicto residual y probablemente convivirán con una pandemia de tiempo sostenido.

Norte versus sur

A pesar de los constantes llamados a la colaboración internacional, los oídos sordos parecen ser el denominador común de los países desarrollados. En los últimos años embebida la política mundial en los proteccionismos y nacionalismos, esta

46. Sumner, A., Hoy, C., & Ortiz-Juarez, E. (2020). Estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. *WIDER Working Paper*. <https://doi.org/10.35188/unu-wider/2020/800-9>

pandemia empeora las cosas para los países del sur.

Desde el remdesivir hasta las posibles vacunas, parece improbable que los esfuerzos de los organismos de cooperación internacional lleguen a puerto. Los países pobres han aumentado la tasa de endeudamiento público para sostener economías ya debilitadas, incluso dentro de la misma Unión Europea aparecen fricciones relacionadas con visiones distintas, pero sobre todo con un comportamiento humano grupal y gregario que parece no haber entendido a vueltas de la historia que la única esperanza es la cooperación global.

La pérdida de recursos naturales, la sobreexplotación y contaminación asociadas con la búsqueda de estados de bienestar, sueño de los países pobres y aparentemente espejismo de algunos desarrollados, tienen impacto planetario. La pérdida de la biodiversidad, la contaminación y el uso excesivo de recursos parecen pasar factura a pobres y ricos; lastimosamente la afección inmediata, brutal y probablemente irreversible siempre caerá primero y en mayor medida sobre los menos favorecidos⁴⁷.

6.3. El abandono y la soledad

La salud mental

Ya para marzo, a inicios de la expansión global de la pandemia por Covid-19, se publicaban reportes que mostraban datos estadísticos que predecían un aumento del riesgo de enfermedades mentales asociadas. Entre ellas la ansiedad y de-

47. Fondo Monetario Internacional. (2020). *Políticas, política y pandemia*. Washington D.C.: FMI. Retrieved from <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2020/06/pdf/fd0620s.pdf>

presión con cifras de entre 16 y 28%⁴⁸, con estos datos se hacía ya un llamado de atención para establecer medidas de prevención utilizando el aporte de los sistemas sanitarios, así como las nuevas tecnologías incluida la telemedicina. Este llamamiento a la acción además se proponía en un escenario que aparentemente debería decurrir en semanas o meses, pero no se consideraba el posible impacto de meses de confinamiento y aislamiento de los grupos vulnerables, en particular los adultos mayores.

Algunos reportes además mostraban cifras elevadas de trastornos por ansiedad en pacientes que sospechaban o habían sido diagnosticados con la enfermedad; estos reportes identificaban situaciones más severas en países de economía emergente como Ecuador comparados con estudios realizados en China. En estos informes se sugiere ya que la tasa mayor de ansiedad entre los afectados podría relacionarse con el entorno social y económico además de la incerteza de vivir en lugares con menor posibilidad de acceso tecnológico y atención sanitaria⁴⁹.

Los adultos mayores que históricamente presentan tasas de prevalencia elevadas de enfermedades del ámbito psiquiátrico, se ven afectados por el aislamiento, medidas de prevención establecidas para su protección. Las cuarentenas obligatorias

48. Rajkumar, R. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal Of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>

49. Paz, C., Mascialino, G., Adana-Díaz, L., Rodríguez-Lorenzana, A., Simbaña-Rivera, K., & Gómez-Barreno, L. et al. (2020). Anxiety and depression in patients with confirmed and suspected COVID -19 in Ecuador. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 74(10), 554-555. <https://doi.org/10.1111/pcn.13106>

han llevado en varios países a tenerlos en casa por períodos prolongados, aumentando la percepción de abandono y soledad; estas condiciones ponen en riesgo claro la percepción y la vivencia en países en desarrollo debido a la incertidumbre del futuro.

Si se considera además que la situación de muerte hospitalaria en soledad es un efecto de las medidas de prevención de riesgo en cuanto al contagio; lo observado en Ecuador relievra los conflictos que ponen sobre la mesa el dilema bioético de la dignidad. Las personas que ingresan a los hospitales o centros de cuidado son aislados de sus grupos familiares, las condiciones de ansiedad por no conocer la situación de salud del ser querido que ingresa a un hospital desnudan la imposibilidad técnica y limitaciones en la comunicación apropiada de las noticias en el ámbito de la relación entre médicos y pacientes. Tan grave y triste es esta situación que hasta el momento existen decenas de familias que todavía buscan los restos de sus familiares⁵⁰; esto pone entonces nuevamente sobre la palestra la situación de derechos, vulnerabilidad y la posibilidad de cumplir los propios preceptos de la medicina, la muerte en dignidad y acompañamiento como objetivo de la medicina no puede ofertarse en sistemas saturados y no organizados.

Es fundamental adaptar los sistemas de prestación sanitaria y reconocer a la salud mental como eje importante del desarrollo de la personalidad y del ejercicio de

50. Medina, F. (2020). Familias de Guayaquil reciben los cuerpos de sus allegados tras una dolorosa espera Este contenido ha sido publicado originalmente por Diario EL COMERCIO en la siguiente dirección: <https://www.elcomercio.com/actualidad/familias-guayaquil-cuerpos-covid-desaparecidos.html>

derechos. La comunicación, seguimiento y atención de la salud mental no puede mantenerse en el ostracismo; deben diseñarse programas específicos de respuesta a situaciones emergentes y sobre todo a las prevalentes; pues el impacto psicológico de la pandemia por Covid-19 todavía está por verse. Por ello es importante además construir planes de acción, pero también seguimiento, de tal forma que a futuro puedan afinarse y permitir que las medidas con efectividad probada se mantengan mientras que aquellas que no muestren real impacto se inhiban⁵¹. Tal vez sea tiempo también de considerar si la utilización de medios virtuales puede generar suficiente empatía con efecto terapéutico, o si su valor primordial estará en la prevención e identificación de casos.

Los grupos afectados además por el aislamiento, el distanciamiento social y la limitación de la movilidad son diversos; en este ámbito muchos países del primer mundo han permitido que las actividades escolares se retomen de forma presencial, tratando de mantener y establecer políticas de prevención ante el contagio, pero orientadas fundamentalmente a mantener la salud mental de niños y adolescentes. Estas condiciones no han sido consideradas en países como Ecuador, que lleva hasta el momento 6 meses de inactividad presencial en los establecimientos educativos; el impacto sobre la salud mental de los menores de edad no se ha considerado y no existen hasta el momento políticas de prevención ni de protección para ésta población vulnerable.

51. Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., & Jones, N. et al. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30307-2)

Burn out del personal sanitario

Varios reportes y publicaciones muestran la cruda realidad de los trabajadores de la salud, meses luego de decretada la emergencia sanitaria global por la Covid-19. Las cifras de afectación por el síndrome de burn out varían entre 30 y 40%⁵² e incluyen personal de apoyo como técnicos de imágenes, de laboratorio, de servicios de apoyo y por supuesto los responsables de enfermería y medicina.

Los profesionales que tienen a cargo el cuidado de pacientes con Covid-19 están expuestos a situaciones de extremo estrés. Estas condiciones sostenidas por meses se relacionan con cansancio, sensación de abandono y desesperación. Se han escuchado en este marco noticias en las cuales algunos de los afectados han cometido suicidio ante la sensación de impotencia, falta de herramientas, la toma de decisiones y por supuesto la situación de constante exposición al riesgo con medidas de protección personal que siguen siendo escasas especialmente en los países de pobre desarrollo.

La toma de decisiones en la situación de extrema gravedad genera situaciones de estrés moral de impacto no predecible, decidir qué paciente debe recibir medidas extraordinarias de apoyo vital y a quién debe retirarse, no es una decisión que se tome aislada de la incerteza moral-emocional⁵³.

52. Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA Network Open*, 3(8), e2017271. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17271>

53. Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers

7. Conclusiones

La presencia de un nuevo agente viral con características patogénicas desconocidas ha puesto en vilo a los sistemas sanitarios a nivel global pero sobre todo ha desnudado el impacto también global de la desigualdad y sus consecuencias. El estilo de vida del mundo occidental parece ser factor corresponsable en las severas dificultades que enfrentan los sistemas sanitarios y ponen sobre la mesa de discusión la problemática relacionada con la pobreza, las limitaciones de recursos, la escasez de tecnología y el acaparamiento individualista o nacionalista que olvida el marco de los derechos humanos universales y el principio de solidaridad. A pesar de los esfuerzos de organismos internacionales como la OMS, cada región o país lucha por contener la infección olvidando que la salud y la enfermedad en condiciones de pandemia requieren un enfrentamiento global.

Poco ha colaborado además en este marco del individualismo la actuación del concierto científico, las noticias incompletas o las conclusiones apresuradas, estas condiciones asociadas con la ansiedad de la población han llevado a cometer equívocos en indicaciones, recomendaciones y por supuesto colaboran para que el poder político de nivel gubernamental desoriente las estrategias. Fallos severos en los registros sanitarios, imposibilidad de acceso con principio de universalidad, y por supuesto saturación hasta el cansancio son los resultados a la vista.

Al mismo tiempo que esta situación de índole sanitaria ha tenido un impacto devastador, otros problemas asociados con

during covid-19 pandemic. *BMJ*, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>

el aislamiento y con la presión sobre ciertos grupos humanos muestran que solo se mira la punta del iceberg. Las severas dificultades del sistema educativo, los problemas de género y etnia, la presión económica sobre los grupos humanos que sobreviven en niveles de pobreza extrema muestran que la salud como un derecho humano todavía es una utopía, al parecer incluso aquellos países en los cuales el marco normativo y el concierto jurídico plantean el respeto de los derechos fundamentales mantienen la condición de igualdad formal que no se materializa.

La visión cultural de lo humano, de la muerte y de los deberes marcan también una agenda desigual. La deontología como marco de acción hacia los problemas de la salud encuentra dificultades en el ejercicio profesional; personal agotado, sobrepasado y en vilo por el estrés moral que genera la escasez de recursos no encuentra respuestas en el poder político ni en la sociedad. El fin de esta situación está lejano por ello se plantea la necesaria reflexión social que permita encontrar y mejorar las respuestas en el concierto de la colaboración y la solidaridad. Las dicotomías asociadas con la latitud, con el manejo y acceso a recursos y tecnología no pueden marcar la agenda humana; es fundamental un llamado a la acción concertada de la sociedad, solos y en competencia los seres humanos no encontraremos salida a este grave y penoso dilema.

Este documento no espera ser exhaustivo, mucho más si se entiende que esta situación no es conocida y que el enfrentarla requiere de iniciativas novedosas. La reflexión de fondo tiene que ver con condiciones fundamentales del desarrollo humano en el marco de las necesidades de respeto por los derechos, pero sobre todo de una respuesta solidaria.

Es fundamental que como especie el ser humano sea capaz de emprender por fin acciones concertadas que permitan a todos enfrentar la difícil situación de vivencia y futuro inmediato. El estilo de vida, el consumo, la sobreexplotación de los recursos no pueden seguir siendo el motor del desarrollo. Los poderes políticos y las políticas de acción efectiva deben concertarse; la ciencia y los científicos necesitan recuperar la acción transparente en beneficio de todos. Un nuevo mundo es posible, las generaciones que heredarán el planeta tienen sobre sí una gran responsabilidad, sanar lo que ésta ha dañado.

No se puede pensar en soluciones cuando las fronteras están más vivas que nunca; la propia latinoamérica vive momentos aciagos en cuanto a índices y calidad de vida. Al igual que el África continúa siendo la fuente agotable de recursos naturales primarios, la sobre explotación de la naturaleza y del ser humano imperan escondidas debajo de la crisis de la salud. Reconocer que otro mundo es posible no es el camino único. Es imperioso que el ser humano global reconozca que el bienestar individual es la fuente de la desigualdad y probablemente el colaborador principal para el sufrimiento; se necesita contaminar a las nuevas generaciones de una visión de respeto por todos y por todo. Un sistema educativo sentado en la competencia probablemente deja las cimientos de la ausencia de futuro como especie y de destrucción planetaria.