

EL DERECHO A LA VIDA EN TIEMPOS DEL COVID-19*

VALERIA LUZ PADILLA VERDE**
Universidad de Lima, Lima, Perú

Recibido: 16 de octubre del 2021 / Aceptado: 4 de febrero del 2023

doi: <https://doi.org/10.26439/iusetpraxis2023.n056.6400>

RESUMEN. Aunque se han establecido distintos instrumentos que sirven de soporte a la labor de los profesionales de la salud para enfrentar la crisis sanitaria del COVID-19, el Estado peruano aún no ha desarrollado un marco jurídico que regule el dilema ético al que se enfrentan los médicos al tener que elegir quién vive o quién muere. Esto último genera temor e incertidumbre en la sociedad y nos hace cuestionarnos si es que acaso esta decisión queda a la sola discreción del médico tratante, pues, como se verá en el desarrollo de este artículo, se dispone de códigos de ética y de una serie de recomendaciones éticas acompañadas de documentos técnicos con procedimientos que tienen como propósito guiar la acción profesional. Sin embargo, resultan ser insuficientes para garantizar el derecho fundamental a la vida de los pacientes, sobre todo cuando dichas decisiones no se sustentan en un criterio clínico, legal y ético-médico.

PALABRAS CLAVE: COVID-19 / coronavirus / ética / derecho a la vida / pandemia

THE RIGHT TO LIFE IN TIMES OF COVID-19

ABSTRACT. Although different instruments have been established to support the work of health professionals in the face of the COVID-19 health crisis, the Peruvian State still needs to develop a legal framework to regulate the ethical dilemma that doctors face when choosing who lives and who dies. This void generates fear and uncertainty in society and makes us question whether this decision should be left to the sole

* Primer puesto en el Concurso Universitario de Investigación sobre Bioética y Derecho organizado por la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética y la Facultad de Derecho de la Universidad de Lima, con el auspicio de la revista *Ius et Praxis*, convocado con motivo del XIII Congreso Latinoamericano de FELAIBE: "Bioética, vulnerabilidad y derechos fundamentales en tiempos de crisis", realizado en octubre del 2021.

** La autora es egresada de la Facultad de Derecho de la Universidad de Lima (julio del 2021) y ha sido asistente de investigación del Instituto de Investigación Científica de la misma universidad.

discretion of the treating physicians. As this article elaborates, there are codes of ethics and a series of ethical recommendations accompanied by technical documents with procedures to guide professional action. However, they are insufficient to guarantee patients' fundamental right to life, especially when life or death decisions are not based on clinical, legal, and ethical-medical criteria.

KEYWORDS: COVID-19 / coronavirus / ethics / right to life / pandemic

1. INTRODUCCIÓN

La llegada del COVID-19 ha puesto de manifiesto la verdadera situación en la que se encuentra nuestro debilitado sistema de salud, colocando en una balanza la falta de recursos sanitarios frente a una alta demanda de atención hospitalaria. Esto último ha planteado un dilema ético a los profesionales de la salud, quienes, considerando las circunstancias anteriormente mencionadas, deben decidir quién vive o quién muere. Ante esto, nos preguntamos ¿cuáles son los criterios que han estado empleando los médicos tratantes para resolver dicho dilema, o es acaso que esto queda a su sola discreción?

En ese sentido, el presente artículo tiene como propósito determinar finalmente a quién le corresponde tomar dicha decisión, para luego identificar si existe o no un marco regulatorio con un contenido jurídico que fundamente su elección en el respeto de los derechos humanos y evitar el empleo de criterios que pongan en primer lugar factores como la edad, para que en su lugar prevalezca el criterio clínico, legal y ético-médico del personal de salud.

Para tales fines, hemos analizado la legislación comparada, tomando como referencia los países de España y Reino Unido, que son dos de los primeros países que han tenido que enfrentar el dilema ético que es objeto de estudio del presente artículo. De esta manera, podremos conocer los instrumentos mediante los cuales dichos países han logrado o no superar o reducir el impacto de esta crisis de salud pública.

Más adelante, estudiaremos los protocolos o códigos de ética médica implementados en nuestro país, los cuales han sido creados con el propósito de otorgar una línea de orientación a los servidores de salud frente a una emergencia sanitaria sin precedentes. Pues, si bien existe un Código de Ética que tiene el propósito de lograr que la actividad profesional se ejerza con respeto a la dignidad, autonomía e integridad del paciente, la familia y la sociedad en general, este se elaboró considerando un escenario bajo condiciones habituales. Esto no permite responder apropiadamente a la crisis sanitaria que enfrentamos.

Finalmente, presentaremos las conclusiones a las que hemos arribado producto de la investigación, análisis y estudio del actual dilema ético que nos plantea el COVID-19 y la respuesta que debemos dar como Estado.

2. ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN COMPARADA DE ESPAÑA Y REINO UNIDO EN TORNO AL DILEMA ÉTICO DE DECIDIR QUIÉN VIVE O QUIÉN MUERE EN TIEMPOS DEL COVID-19

España y Reino Unido fueron dos de los primeros países del continente europeo en abordar el dilema ético de decidir quién vive o quién muere, a través de protocolos o guías médicas que pudieran orientar a los médicos y enfermeros en la ardua labor de atender

una progresiva demanda de atención por parte de pacientes contagiados por el COVID-19. Posteriormente, cada país elaboraría un marco normativo, que es precisamente lo que procederemos a analizar a continuación.

2.1 España

La Constitución española atribuye a la administración pública la obligación de atender los intereses generales, lo cual se hace extensivo a todos los poderes del Estado. Estos últimos, para poder cumplir con su deber ante el contexto de crisis sanitaria que hoy enfrentan, tienen una serie de herramientas, entre las que prepondera el derecho. Sin embargo, a pesar de la finalidad previsora de la norma, en ocasiones el derecho no puede anticiparse a ciertos escenarios, por lo que debe recurrir a cláusulas generales con el propósito de actuar de manera necesaria y proporcionada para poder superar situaciones de máxima emergencia (Álvarez, 2020, p. 7).

El 31 de enero del 2020, se registró en España el primer caso de un turista alemán que dio positivo al COVID-19; el hombre fue aislado y tras su recuperación retornó a Alemania. En las semanas siguientes, se reportaron más casos y el 4 de marzo se confirmaba a través de una necropsia la primera muerte de un hombre de 69 años a causa del coronavirus. Como era de esperarse, el 14 de marzo el Gobierno español mediante Real Decreto 463/2020 declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria; de esta manera se estableció el ejercicio de las facultades que el artículo 116.2 de la Constitución Española atribuye al Gobierno (Fernández, 2020, párr. 2).

En el caso español, el marco jurídico contempla la Ley General de Sanidad (1986), la Ley Orgánica de Medidas Especiales de Materia de Salud Pública (1986), la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) y la Ley General de Salud Pública (2011); sin embargo, es necesario considerar que estas normas fueron desarrolladas para un contexto en el que la crisis sanitaria tuviera menor propagación, no para enfrentar la pandemia, que excede notoriamente los alcances que dichas normas contemplaban (Parera & Romero, 2020, párr. 3).

Respecto a las medidas establecidas por el Gobierno español, cabe decir que un gran porcentaje de dichas disposiciones hacen referencia al aspecto administrativo y están dirigidas a garantizar la prestación de todos los servicios. Sin embargo, con respecto al tratamiento, asistencia y priorización de recursos sanitarios para los pacientes contagiados por el COVID-19, materia del presente artículo, solo existen protocolos o recomendaciones, mas no un mayor desarrollo normativo.

Por esa razón, en el portal web del Ministerio de Sanidad, podemos observar una serie de documentos técnicos que abordan la preparación y respuesta al brote, manejo de pacientes, prevención y control de la infección como medidas para grupos vulnerables. Más allá del esfuerzo realizado por los expertos para la preparación de

dichos documentos, se debe analizar un elemento común y es la ausencia de criterios éticos que sirvan de guía para la ardua labor que desempeñan los profesionales de la salud, que no solo consistía en enfrentar la pandemia, sino también tomar decisiones con un alto contenido ético.

Debido a este escenario, en el que las autoridades gubernamentales no se pronunciaban respecto a lineamientos o criterios éticos aplicables a la pandemia, es que distintas instituciones tales como el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana y la Comisión de Ética y Deontología; y la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, entre otras, desarrollaron diversos documentos con el propósito de brindar a los médicos y enfermeras recomendaciones o consideraciones éticas para la toma de decisiones o tratamiento de pacientes.

Por ejemplo, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana y la Comisión de Ética y Deontología, en su informe *Aspectos éticos de la enfermería en la crisis de pandemia por el COVID-19*, abordó aquellos conceptos éticos o deontológicos que se presentan en la gestión sanitaria, y los criterios o consideraciones que deben orientar la actividad enfermera.

Dicho informe señala que el contexto actual demanda a las enfermeras una serie de decisiones como priorizar a quién asignar los recursos y cuidados, sobre todo cuando estos no son suficientes. De igual manera, afirma que lo ideal hubiera sido que existieran, con antelación, criterios de priorización que no resulten discriminatorios y tengan como propósito salvar el mayor número de vidas posible tomando en consideración la situación de la persona y sus circunstancias en concreto. Además, sostiene que, independientemente de que el sistema de salud pueda colapsar o desbordarse, debe garantizarse la atención al paciente y que este sea objeto de todos los cuidados (CECOVA & Comisión de Ética y Deontología, 2020, pp. 6-7).

Aun cuando el propósito de las distintas instituciones que colaboraron voluntariamente con sus protocolos o lineamientos era brindar un soporte a los profesionales de la salud, era evidente que, ante la multiplicidad de documentos con contenido ético, a futuro existiría una falta de uniformidad de criterios.

En ese sentido, es importante señalar que el órgano encargado de establecer criterios o lineamientos éticos que guíen la labor de los profesionales de la salud ante esta crisis sanitaria, según los artículos 77 y 78 de la Ley 14/2007, Ley de Investigación Biomédica, es el Comité de Bioética de España, el cual, como órgano colegiado, independiente y con carácter consultivo, cuenta con la atribución o la facultad de emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico con relación a temas bioéticos relevantes (Ley 14/2007, 2007).

Sin embargo, a pesar de contar con las facultades otorgadas por ley, el Comité de Bioética de España decidió remitir una carta a la Secretaría General del Ministerio de Sanidad, para ponerse a disposición y participar en la elaboración de criterios que sirvan de orientación respecto a la priorización de pacientes. Dicho ofrecimiento fue aceptado parcialmente y así fue elaborado el *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* (Comité de Bioética de España, 2020).

De esta manera, se establecieron las siguientes recomendaciones. En primer lugar, deben adoptarse una serie de criterios que sean aplicables a todos los españoles por igual, para evitar la producción de inequidades asistenciales. Del mismo modo, se hace hincapié en que el fundamento de las disposiciones que se establezcan a futuro guarde un profundo respeto por la dignidad, la igualdad y la protección de las personas, sobre todo de los grupos más vulnerables. Asimismo, se pronuncia respecto de la distribución de recursos escasos y que esta no se realice de manera automática, sino observando una especial consideración por cada ser humano. De igual forma, señala que las decisiones que se tomen deben incluir al universo de pacientes, es decir, no solo considerar a los pacientes con COVID-19.

Finalmente, el Comité de Bioética de España (2020) sostiene que la situación actual debe preocuparnos, por lo que se hace necesaria la creación de un Comité de Bioética español integrado por expertos que contribuyan a la creación de criterios uniformes que eviten la producción de graves inequidades y se basen en el respeto de la dignidad de la persona, la equidad y la protección frente a la vulnerabilidad. Asimismo, concluyen señalando que el contexto actual no solo expone la situación de las propias capacidades o virtudes de su sistema de salud, sino que también demuestra los valores o la falta de estos en las personas, las deficiencias institucionales, pero, por sobre todas estas cosas, sirve como una oportunidad para reflexionar y avanzar.

El estado de alarma decretado en el mes de octubre del 2020 llegó a su fin en mayo del 2021; y a la fecha es cuestionable la ausencia de un marco jurídico que gestione adecuadamente la actual pandemia y garantice los derechos fundamentales de toda la población. La falta de previsión de una norma que hubiera podido ser propuesta y elaborada en los últimos meses haría la diferencia en la actualidad, ya que podría haber evitado la pérdida de muchas vidas.

El reciente pronunciamiento del Tribunal Constitucional de dicho país respecto al recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra el Real Decreto 463/2020 sobre la gestión de la crisis sanitaria tampoco resultó esperanzador. Esto último porque el enfoque y análisis se circunscribió al derecho a la libertad de circulación; sin embargo, a pesar de que el derecho a la vida como a la salud son derechos fundamentales que prevalecen sobre el primero, no hubo mayor desarrollo de estos (López, 2021).

2.2. Reino Unido

Reino Unido ha sido uno de los países del continente europeo seriamente cuestionado por su tardía respuesta a la crisis sanitaria del COVID-19: mientras distintos países ya habían previsto medidas de contención para detener la expansión del virus, dicho país no tuvo una reacción oportuna que permitiera equipar a los centros hospitalarios con los recursos necesarios, ni con los instrumentos de protección personal para los profesionales de la salud, con el fin de resguardarlos durante la atención de los pacientes contagiados por el COVID-19 (Arce, 2020, párr. 1).

Ante este contexto, el 3 de marzo del 2020 se publica el documento *Coronavirus: Action Plan*, el cual contiene en su conjunto un plan para hacer frente al brote del coronavirus. El Gobierno de Reino Unido, las administraciones delegadas, y los sistemas de salud y asistencia social elaboraron este instrumento, gracias a la experiencia obtenida a lo largo de los años, enfrentando diferentes enfermedades infecciosas como la influenza. Por esa razón, procederemos a desarrollar a continuación los aspectos centrales de dicho documento.

En primer lugar, el documento señala que los planes de acción desarrollados han sido regularmente probados y actualizados con el fin de asegurar que sean idóneos para cumplir su propósito. Asimismo, afirma que el Reino Unido se encuentra equipado para dar una respuesta contundente como coordinada desde sus múltiples instancias, para así reducir el impacto social que tendrá, sobre todo si hablamos de una crisis de salud pública de grandes proporciones (United Kingdom Government's Department of Health & Social Care, 2020a, pp. 8-9)

Por otro lado, es necesario mencionar que los objetivos fundamentales de la planificación son implementar acciones por fases con el fin de contener, retrasar, investigar y mitigar cualquier brote por medio de la investigación para que esta sea la base del desarrollo de las políticas públicas. Cuando se refiere a *contener*, significa 'detectar casos tempranos y realizar el debido seguimiento de los contactos'; *retrasar* quiere decir 'procurar que la propagación se ralentice y disminuya el impacto'; investigar permitirá comprender mejor el virus y dar respuestas innovadoras que contengan diagnósticos, medicamentos, entre otros. Finalmente, *mitigar* trata acerca de proveer el mayor cuidado posible para los pacientes contagiados y darles el soporte necesario a los hospitales para que puedan mantener los servicios esenciales (United Kingdom Government's Department of Health & Social Care, 2020a, p. 10).

Sin embargo, a pesar de lo indicado en estos objetivos, resulta sorprendente observar el gran contraste que existía respecto al lugar que ocupaba el 5 de mayo del 2020, cuando Reino Unido se convertía en la segunda nación a nivel global con más decesos (BBC News Mundo, 2020). De esta manera, se concluye que tener un documento o plan de acción no garantiza el éxito del mismo, cuando en la práctica el impacto y la

consecuencia de una crisis sanitaria como el COVID-19 supera los datos y escenarios estimados.

Posteriormente, se dicta *The Coronavirus Act 2020*, que es la ley del Parlamento del Reino Unido mediante la cual se le otorga poderes de emergencia al Gobierno para el control del avance del coronavirus. Esta ley regula aspectos como el cierre temporal de las instituciones educativas, la suspensión de las operaciones de los puertos y aeropuertos, la restricción de reuniones públicas, la detención temporal de personas sospechosas de haber contraído el COVID-19, entre otros. Asimismo, busca aliviar la carga que existe en los servicios de salud como el manejo de las muertes en determinadas zonas (*Coronavirus Act 2020, 2020*).

Al realizar el análisis de esta ley, encontramos similitud con la norma articulada en España, pues contiene una serie de procedimientos técnicos respecto a las diversas áreas que componen este plan de contención de la pandemia. Sin embargo, no contempla un desarrollo legislativo que aborde el tratamiento de pacientes COVID-19, que priorice recursos sanitarios o que establezca determinados criterios que sirvan de apoyo al médico tratante cuando se trate de decidir entre la vida de dos pacientes. Por ello, una vez más, a falta de un marco jurídico que la regule, queda a discreción del médico tal elección.

Sin embargo, el Gobierno del Reino Unido había desarrollado durante la pandemia del año 2009, un marco ético que fue revisado en el 2017, con el fin de que este sirviera de soporte al personal de salud y fuera una brújula ética que los orientara cuando tuvieran que tomar decisiones en el marco de una eventual pandemia. Es así como se establecieron los principios éticos, que hoy son retratados por el Departamento de Salud y Asistencia Social de Reino Unido (British Medical Association, 2020), y que a continuación mencionamos.

Encontramos principios éticos tales como el respeto, que implica que tanto la persona como sus derechos humanos, sus decisiones, su seguridad y dignidad importan. Es decir, mantenerlas informadas respecto a las implicancias presentes y futuras, así como asegurar un juicio justo respecto a las decisiones que se tomen. Por otra parte, tenemos el principio de razonabilidad, que trata acerca de procurar que las decisiones que se tomen sean claras y justas en el contexto en el que se encuentren y prime la igualdad (United Kingdom Government's Department of Health & Social Care, 2020b).

Por otro lado, se incluye el principio de minimizar el daño, a partir del cual se procura reunir todos los esfuerzos posibles para que el daño físico, psicológico, social y económico ocasionado por el brote o el virus sea el mínimo posible. Del mismo modo, se incorpora el principio de inclusividad, que demanda que todas las decisiones que se consideren reduzcan en su mínima expresión la desigualdad entre las personas. Además, se considera el principio de flexibilidad, como aquel que

demanda de las fuerzas laborales de la salud la capacidad de adaptarse a circunstancias en las que se incremente la demanda de atención, entre otros factores.

El COVID-19 plantea una serie de situaciones verdaderamente complejas a los médicos tratantes, por lo que se hace necesaria la implementación de protocolos creados por comisiones u organizaciones que faciliten la toma de decisiones y que esta resulte ser práctica como flexible, sobre todo en un entorno donde tanto lo nuevo como lo desconocido generan incertidumbre, de tal modo que toda decisión concerniente a la asignación de recursos deba ser tomada considerando los mejores datos clínicos disponibles y principios éticos coherentes (British Medical Association, 2020, pp. 3-4).

Otro aspecto que fue abordado en el marco ético anteriormente mencionado fue el impacto emocional que tuvo sobre los profesionales de la salud, la toma de decisiones que en la práctica fue moralmente desafiante. Además, señala que la labor del médico tratante es por sí misma aplastante como agotadora, y que esto en ocasiones incide en su desempeño, por lo que hace un llamado a los empleadores del personal de salud para que incluyan un comité de ética clínica y apoyo psicológico, y se priorice el bienestar de los médicos tratantes, ya que así, como consecuencia, se brindarán servicios clínicos efectivos.

Desafortunadamente, a pesar de los lineamientos técnicos plasmados en *The Coronavirus Act 2020*, a la actualidad el Reino Unido ocupa el cuarto lugar en la lista de países con mayor número de infectados por coronavirus (La Nación, 2021)

3. ESTUDIO DE LOS PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN O CÓDIGOS DE ÉTICA MÉDICA DE NUESTRO PAÍS APLICABLES AL DILEMA ÉTICO QUE ENFRENTAMOS

Debido a la pandemia del COVID-19, el Gobierno peruano ha establecido una serie de disposiciones con el propósito de detener el avance del coronavirus. Sin embargo, la curva de contagios ha ido creciendo substancialmente y aún no ha logrado estabilizarse, constituyendo un serio dilema ético tener que elegir ante la falta de recursos sanitarios, quién vive y quién muere.

El 6 de marzo del 2020, se registró en el Perú el primer caso confirmado de COVID-19. Durante las siguientes semanas, esta crisis sanitaria aún no mostraba su verdadera magnitud; sin embargo, debido al rápido incremento de casos, las primeras hospitalizaciones y el fallecimiento de las tres primeras víctimas a causa del coronavirus, se fueron reforzando las medidas para evitar la propagación de la enfermedad (Acosta et al., 2020, p. 254).

Dos meses después, el Gobierno peruano informaba acerca de la situación en que se encontraban las camas de la Unidad de Cuidados Intensivos con ventilador. El reporte fue el siguiente: de la existencia de 808 camas UCI con ventilador, el 81 % de

ellas se encontraba ocupada y las restantes se hallaban disponibles. Sin embargo, aproximadamente la mitad de las camas disponibles se encontraban en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) las cuales eran gestionadas por las regiones. De esta forma, podemos observar que, a finales del mes de abril, el riesgo de enfrentar un desequilibrio entre los recursos sanitarios disponibles y las necesidades clínicas era inminente (Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2020, párr. 27).

En este punto, es necesario aclarar que el COVID-19 no es lo que provocó el colapso del sistema de salud. Por el contrario, puso de manifiesto el grave estado en el que se encontraba nuestro país desde hace años. Esto último, lo podemos ratificar en el Informe Anual de Autoevaluación del Reglamento Sanitario Internacional del 2018 y el Índice de Seguridad Global en Salud del 2019, según el cual, al evaluar las capacidades en seguridad sanitaria del Perú, se concluyó que, con respecto a las categorías de "Bioseguridad", "Investigación de uso dual y ciencia responsable", "Operaciones de respuesta a emergencias" y "Capacidad de salud en clínicas, hospitales y otros", presentamos un nivel poco o no preparado (Gozzer et al., 2020, p. 372).

3.1 Orientaciones éticas para la toma de decisiones en la pandemia del COVID-19, protocolo desarrollado por el Colegio Médico del Perú

La situación que enfrentamos nos propone una serie de problemas que involucran valores que entran en conflicto cuando se asumen conductas personales que precisan soluciones generales. En ese sentido, urge la intervención de la ética, sobre todo cuando entran en juego derechos individuales como la libertad, la salud y aun el derecho a la vida. Además, como sabemos, se genera incertidumbre respecto al tratamiento médico, pues en muchos casos, al no contar con un protocolo que reúna todos los requisitos necesarios desde una perspectiva ética, se podría estar incurriendo en serias afectaciones a los derechos de las personas (Esquivel-Guadarrama, 2020, p. 169).

De la misma forma, Martín-Fumadó et al. (2020, p. 120) sostienen que, al enfrentar una pandemia, necesariamente tendremos que resolver situaciones complejas como la asignación de recursos entre la multiplicidad de pacientes y la escasez de dichos recursos. Para ello, es importante contar con un marco ético multivalor que contenga valores éticos fundamentales como los siguientes: maximización de los beneficios producidos por los escasos recursos, trato igualitario a las personas, contribución en la creación de valor social y priorización de la situación más grave.

El Colegio Médico del Perú fue una de las primeras instituciones en manifestarse con respecto a la importancia de un protocolo o código de ética que sirva como línea de orientación para los profesionales de la salud que tengan que enfrentarse al dilema ético de elegir entre dos pacientes quién vive o muere ante la falta de recursos sanitarios disponibles.

En efecto, antes de la llegada del COVID-19, ya existía un Código de Ética y Deontología desarrollado en el año 2018 por el Colegio Médico del Perú. Sin embargo, de su lectura podemos concluir que, si bien comprende los mismos valores o principios éticos que aparecen en los distintos códigos de ética a nivel mundial, los procedimientos y las indicaciones no contemplan un estado de emergencia sanitaria. Esto último representa un verdadero inconveniente, pues genera una serie de dudas en cada médico o enfermero que debe tomar una decisión en un escenario de incertidumbre.

Como habíamos señalado en líneas anteriores, el Colegio Médico del Perú, por medio del Comité de Vigilancia, Ética y Deontología, redactó un documento denominado *Orientaciones éticas para la toma de decisiones en la pandemia COVID-19*. Este repasa en la importancia de la bioética, sobre todo en situaciones de crisis sanitaria, que demandan un enfoque distinto del que se suele establecer en situaciones habituales. Asimismo, señala que el propósito de dicho documento es guiar a los médicos en su actividad asistencial a pacientes COVID, en un contexto en el que los recursos tecnológicos no son suficientes (Colegio Médico del Perú, 2020, párr. 6).

En el contexto de la práctica médica, se suele enfrentar escenarios en los cuales deben tomarse decisiones respecto a asignar intervenciones y tratamientos médicos, más aun, cuando estos resultan escasos, lo cual plantea una seria discusión con respecto a los criterios a emplear que trascienden la mera relación médico-paciente, pues de las decisiones que se tomen habrá consecuencias públicas (Fajardo-Chica, 2020, p. 6).

En ese sentido, en el documento presentado por el Colegio Médico del Perú (2020) se sostiene que, ante una situación de crisis de salud pública que pueda devenir en catástrofe, no puede dejarse al criterio discrecional del médico los deberes éticos que debe cumplir. Por esa razón, establece tres deberes éticos: planificar empleando un criterio científico, ético y con respeto de los derechos humanos; proteger a los profesionales de la salud con los EPP necesarios para el ejercicio de sus labores y a los grupos vulnerables para que reciban la debida atención; y, por último, guiar, lo que implica diseñar procesos que permitan priorizar la atención de la manera más cuidadosa y ética posible.

Para finalizar, dicho documento presenta una serie de recomendaciones, de las cuales, tres en particular, se encuentran estrechamente vinculadas con la ética médica. La primera señala que no ingresarán pacientes que tendrán un beneficio mínimo, por no estar inestables o críticos; o que no tendrán beneficio alguno, pues se encuentran en una situación terminal, con una expectativa de vida corta o mala calidad de vida presente o futura. La siguiente recomendación establece que, ante dos pacientes que se encuentren en similar condición, debe priorizarse la atención de aquel que pueda tener mejor cantidad y calidad de vida. Finalmente, sugiere que aquellas personas con deterioro cognitivo severo, demencia o enfermedades degenerativas en fase avanzada no son subsidiarias de ingresar a UCI o recibir soporte ventilatorio (Colegio Médico del Perú, 2020).

Por consiguiente, deberíamos preguntarnos cuál es el criterio que está empleando el Colegio Médico del Perú para establecer que no deben recibir atención aquellos pacientes que tendrán un beneficio mínimo o nulo, o que cuentan con una expectativa de vida corta, para concluir señalando que tampoco deberían ser subsidiarias de atención aquellas personas que padecen alguna enfermedad degenerativa. Esto es éticamente reprochable, pues se está atentando contra el derecho a la vida de personas que merecen ser atendidas.

Sin embargo, como lo diría la Organización Mundial de la Salud en sus lineamientos éticos para el manejo de epidemias infecciosas, en determinadas ocasiones la distribución igualitaria de beneficios y pesos puede considerarse justa, pero, en otros escenarios, será justo dar prioridad a los grupos más vulnerables (como se citó en Fajardo-Chica, 2020).

Según Romero, tal vez a muchas personas les parezca horrible dejar sin respirador artificial a una persona solo por el hecho de tener una mejor situación económica que otra, lo que le ha permitido tener mejores servicios de salud. Pero, al mismo tiempo nos parecería terrible dejar sin respirador artificial a quien tiene más problemas de salud por haber tenido menos dinero. El enfrentar una situación de escasos recursos sanitarios es considerado en la ética como un dilema moral, frente al que tenemos dos acciones posibles, ambas éticamente correctas, pero ninguna completamente satisfactoria (como se citó en Fajardo-Chica, 2020, p. 8).

3.2 Documento técnico *Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia del COVID-19*, desarrollado por el Ministerio de Salud (Minsa)

El Minsa (2020), analizando el impacto de la llegada del COVID-19, creó, por medio de la Resolución Ministerial 212-2020-MINSA, un grupo de trabajo conformado por profesionales de distintas disciplinas, con el propósito de recibir asesoría en aspectos bioéticos. Producto de la labor de este equipo conformado por expertos multidisciplinarios, se presentó el documento técnico *Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia Covid-19*.

El documento presentado por el Minsa se rige por el respeto a los derechos fundamentales de la persona y la aplicación de principios éticos. Es importante mencionar que las recomendaciones dadas por la guía de acción profesional no constituyen un simple manual de criterios de aplicación mecánica, automática o despersonalizada. Por el contrario, la finalidad es brindar soporte a los profesionales de la salud frente a la toma de decisiones en medio de un contexto de crisis de salud pública.

Uno de los primeros desafíos que nos impuso el acelerado aumento de casos COVID-19 fue el problema del acceso a los servicios de salud. El documento técnico

presentado por el Minsa señala al respecto en su primera recomendación ética que todos los pacientes, hayan adquirido o no el COVID-19, tienen derecho a acceder al sistema de salud y recibir la atención por medio de sus distintas modalidades. Esta recomendación es sustancial en la medida que garantiza la debida atención y cuidados, no solo de pacientes contagiados por coronavirus, sino también de aquellos pacientes con preexistencias o patologías distintas que precisan una urgente atención hospitalaria.

La segunda recomendación ética se refiere a la responsabilidad de las autoridades sanitarias de velar por la distribución y acceso equitativo a las instalaciones, bienes y servicios de salud, sean públicos o privados, con el propósito de asegurar que los pacientes COVID-19 sean atendidos. El cumplimiento de esta recomendación encuentra serias dificultades por las debilidades que presenta el sistema de salud, pues no existe un conocimiento de lo que verdaderamente implica salud o políticas públicas y que haya podido contribuir en su momento al desarrollo de una respuesta de contención epidemiológica (Canseco et al., 2020, pp. 37-38).

Por otro lado, respecto de la asignación de recursos sanitarios en condiciones de escasez insubsanable, se menciona en su sexta recomendación que el objetivo será garantizar el tratamiento intensivo de aquellos pacientes con una mayor expectativa de recuperación. Sin embargo, descarta que factores como la edad o discapacidad constituyan factores que incidan en la toma de decisiones. Esta última afirmación es importante pues debemos comprender que el respeto por la vida de las personas requiere su defensa y promoción, sin tomar como criterios excluyentes la edad, pues ello implicaría valorar una vida por sobre otra (CEPAL, 2020, p. 12).

De la misma manera, Lacalle (2016) afirma que la vida humana debe ser entendida como aquel bien superior que, al ser un fin en sí mismo, merece un respeto absoluto. En ese sentido, es importante aclarar que la vida en sí misma no depende del vigor físico, la juventud o la salud, ya que es un bien supremo del hombre sin el cual no podrían existir el disfrute de los demás bienes. Esto quiere decir que la vida de un niño, joven o anciano tiene el mismo valor, independientemente de las condiciones físicas o de salud que esté presente.

Por lo que se refiere a la comunicación con los familiares de los pacientes ingresados a la UCI o a otras áreas críticas, la décimo quinta recomendación indica que, con el cuidado y la sensibilidad del caso, la información respecto a la evolución del paciente será transmitida vía telefónica. Además, se menciona que el equipo de salud será quien decida la forma más apropiada de hacerlo, procurando evitar la carga de labores del personal al interior de UCI. Esta recomendación resulta útil y beneficiosa para los profesionales de la salud: alivia la carga de trabajo, así como evita exponer a los familiares al contagio al tener contacto con los médicos tratantes. Sin embargo, al referirnos a los familiares resulta ser poco práctico, pues, a pesar de que se implemente

una central telefónica para otorgar información acerca de los pacientes, esto no será suficiente ni fiable para los familiares, sobre todo ante la serie de equivocaciones que se han suscitado durante la pandemia respecto a la información brindada.

Con respecto a la décimo sexta recomendación, que señala que el equipo médico responsable del paciente es el único calificado para decidir las implicancias de la decisión de su manejo clínico, es necesario determinar qué criterios fueron empleados para asignar semejante tarea. Deben considerarse factores tales como la seria afectación a la salud mental de los profesionales de la salud producto de la presión que sienten por el riesgo de ser infectados; la falta de protección adecuada; la elevada demanda de trabajo; frustración, cansancio y largas jornadas de trabajo, las cuales inciden en el juicio de los médicos tratantes. Por todo ello, sería recomendable que, para el buen desempeño de sus labores, se incluya la participación de psiquiatras, psicólogos y otros trabajadores de salud mental que permitan fomentar conductas mentalmente saludables (Huarcaya-Victoria, 2020, pp. 330 – 331).

La última recomendación trata acerca del derecho que tiene todo ser humano a morir en condiciones dignas. Es decir, el paciente que enfrente dicha situación debe recibir los cuidados paliativos de alivio clínico, psicológico y espiritual. Según Gómez-Batiste, no solo se deben concentrar esfuerzos en aumentar la probabilidad de curación, sino incluir la tarea de paliar el impacto que causa esta pandemia. De esta forma, podremos responder con la práctica de la compasión al esfuerzo que realizan los profesionales de la salud y la sociedad. Asimismo, concluye señalando que mirando a futuro deberán implementarse programas de apoyo a pacientes, familias y profesionales (como se cita en Ruiz, 2020).

Posterior a la publicación de estas consideraciones o recomendaciones éticas dadas por el grupo de trabajo a mediados del mes de mayo del 2020 no se ha publicado alguna norma o ley que aborde de forma directa la aplicación de dichos principios bioéticos que garanticen la protección del derecho a la vida.

Tal y como lo señala la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, es el Estado el encargado de guiar las medidas necesarias e inmediatas que garanticen el ejercicio de los derechos a la vida y a la salud, siempre velando por la accesibilidad y asequibilidad en condiciones igualitarias. Para poder lograrlo, es imprescindible que exista su reconocimiento en un marco normativo con parámetros claros, que puedan ser constantemente revisados y actualizados. Por último, se debe dedicar también un esfuerzo prioritario a la investigación científica y el flujo de información respecto de los estándares de la bioética (CIDH, 2020, pp. 5-8).

4. CONCLUSIONES

Ante un contexto de crisis sanitaria como la pandemia del COVID-19, es necesaria la revisión inmediata del marco jurídico vigente en materia de salud. Esto último nos permitirá identificar aquellos aspectos que nuestra normativa no contempla, y así poder fortalecer nuestros dispositivos legales con la finalidad de garantizar el profundo respeto y resguardo del derecho a la vida, y en consecuencia el derecho a la salud. De lo contrario, llegaremos a la misma conclusión del Estado español al confirmar que su regulación estaba diseñada para enfrentar una pandemia con una expansión y alcance de propagación mucho menor.

Asimismo, es preciso reflexionar sobre lo aprendido con la experiencia vivida en el Reino Unido, el cual a pesar de contar con el *Coronavirus: Action Plan*, un plan de acción que permitiría enfrentar el brote del coronavirus con una serie de objetivos interesantes, como la contención y detección de casos tempranos, la investigación, entre otros, no ha sido una garantía de éxito en sí mismo, ya que, al momento de escribir este artículo, se trata del cuarto país con más infectados a nivel mundial.

En ese sentido, podemos aseverar que, sin importar la cantidad de normas legislativas de las que disponga una nación, si no existe un enfoque ético-médico que priorice la vida del ser humano y procure la protección de los derechos fundamentales a la vida, dignidad y salud, siempre nos quedaremos un paso atrás frente a la enfermedad. Esto se debe a que todas las medidas que integren dichos planes de acción apuntarán hacia diferentes objetivos tanto sociales como políticos o económicos, que los desviarán de lo verdaderamente importante.

En nuestro país, ha existido un desarrollo legislativo que ha comprendido políticas preventivas en términos de seguridad, economía, trabajo, salud, entre otros. Sin embargo, esto ha resultado ser insuficiente, ya que los servidores de la salud, además de enfrentar un dilema ético tan complejo como el de decidir quién vive o muere, también deben manejar otras situaciones como la demanda de atención por parte de pacientes COVID-19 y no COVID-19, la escasez de recursos y el impacto en su salud física como mental.

Actualmente, contamos con una serie de protocolos o códigos de ética que han procurado menguar el impacto de la pandemia, tanto para médicos como para enfermeras. Pero, en esencia, dichos documentos, a pesar de su contenido y análisis ético para la orientación y capacitación a los profesionales de la salud, todavía deben unificar criterios y así evitar contradicciones o afirmaciones cuestionables, desde un punto de vista ético.

Finalmente, después de revisar la normativa implementada en nuestro país respecto al COVID-19, consideramos que es necesario priorizar el desarrollo de un

marco jurídico que tenga como sustento los valores y principios ético-médicos. También, abordar con claridad aquellos escenarios en los que los médicos tratantes reconozcan la importancia de proceder respetando el derecho a la vida del paciente. Si no logramos este cometido, el personal de la salud solo tendrá una posibilidad, y es el tener que elegir a su sola discreción. Por el contrario, la incorporación de estas necesidades contribuirá a la existencia de un mayor grado de diligencia, humanidad y ética en la atención de personas, independientemente de su edad, preexistencias, entre otros.

REFERENCIAS

- Acosta, G., Escobar, G., Bernaola, G., Alfaro, J., Taype, W., Marcos, C., & Amado, J. (2020). Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 253-258. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5437>
- Álvarez, V. (2020). El Coronavirus (COVID-19): respuestas jurídicas frente a una situación de emergencia sanitaria. *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, (86-87), 6-21. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/540889>
- Arce, B. (2020, 19 de abril). Johnson se ausentó de 5 reuniones de emergencia sobre el coronavirus. *El Periódico Extremadura*. https://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/internacional/johnson-ausento-5-reuniones-emergencia-coronavirus_1229521.html
- BBC News Mundo. (2020, 6 de mayo). *Coronavirus: 3 claves para entender cómo Reino Unido se convirtió en el país de Europa con más muertos por COVID-19 (y el segundo en el mundo)*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52496950>
- British Medical Association. (2020, 9 de abril). *COVID-19 - ethical issues. A guidance note*. <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>
- Canseco, R., Losno, R., Vallejos, C., Thorne, A., García, P., & Solari, L. (2020). *Un nuevo enfoque del sistema de salud en la era post COVID-19*. <https://fondoeditorial.usil.edu.pe/publicacion/un-nuevo-enfoque-del-sistema-de-salud-en-la-era-post-covid-19/>
- Colegio Médico del Perú. (2020). *Orientaciones éticas para la toma de decisiones en la pandemia COVID-19*. <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/04/Orientaciones-ei%CC%80ticas-en-la-Toma-de-Decisiones-en-el-entorno-de-la-Pandemia-Covid-19.-V.-04.pdf>
- Colegio Médico del Perú. (2020). *Código de Ética 2018*. <https://www.cmp.org.pe/documentos-normativos/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45493-derecho-la-vida-la-salud-personas-mayores-marco-la-pandemia-covid-19>

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *Derechos humanos de las personas con COVID-19*. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf>
- Comité de Bioética de España. (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*. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
- Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana y la Comisión de Ética y Deontología. (2020). *Aspectos éticos de la enfermería en la crisis de pandemia por COVID-19*. <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/category/287/Aspectos%20e%CC%81ticos%20de%20la%20Enfermeri%CC%81a%20en%20la%20crisis%20de%20pandemia%20por%20COVID-19.%20CECOVA.pdf>
- Coronavirus Act 2020. (2020, 25 de marzo). <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2020/71/contents>
- Department of Health & Social Care. (2020, 19 de marzo). *Responding to COVID-19: the ethical framework for adult social care*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-ethical-framework-for-adult-social-care/responding-to-covid-19-the-ethical-framework-for-adult-social-care>
- Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. (2020). *Datos y tendencias del avance del COVID-19 en Perú después de 50 días del primer caso reportado y de 40 días de cuarentena*. <http://escuela.pucp.edu.pe/gobierno/investigacion/reportes-tematicos-2/datos-y-tendencias-del-avance-del-covid-19-en-peru/>
- Esquivel-Guadarrama, J. (2020). Pandemia 2020. Algunas consideraciones éticas. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(2), 168-172. <https://dx.doi.org/10.35366/92878>
- Fajardo-Chica, D. (2020). ¿A quién asignar una intervención médica escasa? *Boletín sobre COVID-19*, 1(5), 6-8. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.5-04-Intervencion-medica-escasa.pdf>
- Fernández Sánchez, P. (2020, 17 de marzo). Estado de alarma y suspensión de derechos. *Diario de Sevilla*. https://www.diariodesevilla.es/opinion/tribuna/alarma-suspension-derechos_0_1447055374.html
- Gozzer, E., Canchihuamán, F., & Espinoza, R. (2020). COVID-19 y la necesidad de actuar para mejorar las capacidades del Perú frente a las pandemias. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 371-373. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5410>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419>

- Lacalle Noriega, M. (2016). *La persona como sujeto de derecho* (2.ª ed.). Dykinson.
- La Nación. (2021, 29 de septiembre). *Coronavirus en Reino Unido hoy: cuántos casos se registran al 29 de septiembre*. <https://www.lanacion.com.ar/el-mundo/coronavirus-en-reino-unido-hoy-cuantos-casos-se-registran-al-29-de-septiembre-nid29092021/>
- La República. (2020, 28 de junio). *Reino Unido es el tercer país con más casos de COVID-19*. <https://www.larepublica.ec/blog/internacional/2020/06/28/reino-unido-tercer-pais-casos-covid-19/>
- Ley 14/2007, Ley de Investigación Biomédica. (2007, 3 de julio). <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/07/03/14/con> [España]
- López Garrido, D. (2021, 29 de agosto). El Tribunal Constitucional se olvidó del derecho a la vida. *El País*. <https://elpais.com/opinion/2021-08-30/el-tribunal-constitucional-se-olvido-del-derecho-a-la-vida.html>
- Martin-Fumadó, C., Gómez-Durán E., & Morlans-Molina M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia del COVID-19. *Revista Española de Medicina Legal*, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.004>
- Ministerio de Salud. (2020). *Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/711174-consideraciones-eticas-para-la-toma-de-decisiones-en-los-servicios-de-salud-durante-la-pandemia-covid-19>
- Parera, B., & Romero, J. (2020, 24 de mayo). El retraso de las leyes sanitarias deja un vacío legal contra el COVID sin nueva alarma. *El Confidencial*. https://www.elconfidencial.com/espana/2020-05-24/leyes-sanitarias-vacio-legal-sin-estado-alarma-covid_2606964/
- Radio y Televisión Española. (2020, 15 de marzo). *La cronología de la pandemia de coronavirus en España*. <https://www.rtve.es/noticias/20200315/cronologia-pandemia-coronavirus-espana/2009925.shtml>
- Rojas, D. (2020, 17 de marzo). Coronavirus: ¿El retorno del dilema de “de quién vive y quién muere”? *La Tercera*. <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/coronavirus-el-retorno-del-dilema-de-de-quien-vive-y-quien-muere/C6QIKP5MWND33MRJFNVTYCRXDE/>
- Ruiz, M. (2020, 4 de junio). Los cuidados paliativos en tiempos del COVID-19: la necesidad de cuidar, más allá del curar. *Gaceta Médica*. <https://gacetamedica.com/profesion/los-cuidados-paliativos-en-tiempos-del-covid-19-la-necesidad-de-cuidar-mas-alla-del-curar/>
- United Kingdom Government's Department of Health & Social Care. (2020a). *Coronavirus action plan: a guide to what you can expect across the UK*.

<https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-action-plan/coronavirus-action-plan-a-guide-to-what-you-can-expect-across-the-uk>

United Kingdom Government's Department of Health & Social Care. (2020b). *Responding to COVID-19: the ethical framework for adult social care*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-ethical-framework-for-adult-social-care/responding-to-covid-19-the-ethical-framework-for-adult-social-care>