



**Guía de criterios éticos ante
emergencias sanitarias en México
en el contexto de la pandemia por
COVID-19**



**Facultad de
Bioética**

Índice

4	Preámbulo
5	Introducción a la problemática
6	I. Criterios éticos de aplicación de pruebas COVID-19
8	II. Criterios éticos en la selección de pacientes y distribución de recursos sanitarios
11	III. Varios
15	IV. Manejo de la Información
17	Anexo A: Diferencias conceptuales entre estado de alarma, de sitio y de excepción
17	Estado de alarma
18	Estado de excepción o estado de emergencia
18	Estado de sitio
20	Referencias Adicionales
23	Colaboradores

Preámbulo

Las emergencias sanitarias representan un reto para la atención de la salud pública de las personas y las poblaciones, siendo particularmente afectadas las personas en situación vulnerable, ya sea por motivos de salud preexistentes, o por condiciones sociales que los afectan directamente. El personal sanitario también suele encontrarse en situaciones adversas derivadas de la presión que se genera sobre el Sistema Nacional de Salud¹ es por ello que las decisiones se deben tomar con rapidez y para ello tienen que ser encauzadas con oportunidad y previsión para permitir dar la mejor atención posible y disminuir la carga profesional y psicológica en el actuar del personal de salud durante la emergencia sanitaria. Estas decisiones, siendo de importancia esencial, deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible e implementadas por el personal sanitario capacitado para llevarlo a cabo con prontitud y sin sesgos que pongan en riesgo la salud de los pacientes y la población. Dadas las circunstancias de emergencia sanitaria es importante tener presentes lineamientos que informen las decisiones de salud, especialmente para la atención de pacientes que requieran hospitalización o sean ingresados a una unidad de cuidados intensivos.

¹ Ley General de Salud. Capítulo I. Artículo 5.

Introducción a la problemática

En primer lugar hay que aclarar que la situación que vive México en estos momentos es una declaración de **emergencia sanitaria** dictada por el Consejo de Salubridad General² y publicada en el Diario Oficial de la Federación el pasado lunes 30 de marzo.

Dicha declaratoria no implica la suspensión de garantías individuales pues no se trata de una declaración de estado de alarma³.

Las medidas tomadas por el Consejo y dadas a conocer en el DOF son las que corresponden al artículo 184 del Título Décimo de la Ley General de salud.

Por lo tanto, México tiene establecido un camino democrático y garantista, tanto en su Constitución como en sus Leyes, para el control de las epidemias graves ya que el estado de excepción y la supresión de las garantías individuales no son medidas adecuadas para el control de las epidemias, en consecuencia se siguen respetando plenamente.

No obstante lo anterior , hay que especificar que es responsabilidad subsidiaria del Estado, **proveer los medios necesarios** para ayudar a los miembros vulnerables de la sociedad cuando las circunstancias los rebasen y no puedan ayudarse por sí mismos, proveyendo alimentación, además de garantizando el acceso a servicios de salud y demás derechos recogidos en la Constitución.

Asi mismo, es obligación del Estado proveer al **personal sanitario** los insumos y medios físicos, médicos, quirúrgicos y técnicos indispensables para la **protección de su salud e integridad física**, así como para proveer atención y seguridad a los pacientes.

² Lo anterior en conformidad con el artículo 73 constitucional, numeral XVI, fracción 1ª y 2ª donde se le otorga al Consejo autoridad para emitir lineamientos a seguir en casos de epidemias de carácter grave o peligroso. De igual modo, lo anterior se encuentra regulado en el título décimo de la Ley General de Salud llamado "Acción Extraordinaria en Materia de Salubridad General" en el artículo 181.

³ Para una mayor referencia respecto de estos conceptos y sus diferencias intrínsecas revisar el anexo A de este documento.

Ante esta situación proponemos criterios éticos y bioéticos para orientar la toma de decisiones en los escenarios de crisis sanitaria, conscientes de que los mismos **no son ni deben ser las únicas consideraciones** para la actuación en los escenarios que se presenten pero queriendo contribuir, con el mayor ánimo y solidaridad, a la difícil acción de salvaguardar la vida, dignidad, integridad y autonomía de toda la población, de los pacientes y sus familias así como de los profesionales de la salud que atienden incansablemente y velan por la salud de todos los mexicanos.

I. Criterios éticos de aplicación de pruebas COVID-19

El Secretario General de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus aseguró el 16 de marzo que «Hacer pruebas, pruebas y más pruebas» es la mejor estrategia de lucha contra la COVID-19 (OMS, 2020). Sin embargo, en la realidad de muchos países existe la limitación de los recursos económicos y de la cantidad de pruebas que es posible tener en existencia. México invierte en salud el 5.5 en 2016 (Factbook CIA, 2020) de su Producto Interno Bruto y la aparición de una Pandemia como la de COVID-19 implica un gasto excesivo no contemplado. Como comparación, la Unión Europea gasta 9.9 y Japón 10.9 de su PIB (GDP en inglés en salud)

Existen dos tipos de pruebas para diagnosticar el COVID-19⁴, y los criterios éticos para su aplicación deberán ser:

- Ante la escasez de pruebas que confirmen casos de COVID-19, se sugiere dar **prioridad a profesionales de la salud**, sobre todo, a los involucrados en el cuidado, atención y tratamiento de pacientes infectados y a aquellos científicos y médicos que trabajan en el descubrimiento de la cura y/o vacuna. Lo anterior en función de que son recursos humanos fundamentales para

⁴ a) **La Prueba PCR** (Reacción en cadena de Polimerasas, por sus siglas en inglés) es muy certera y consiste en detectar un fragmento del material genético de un patógeno. Con el PCR se selecciona y amplifica un fragmento de material genético que, en el caso del coronavirus, es una molécula de Ácido Ribonucleico (ARN). Si, tras el análisis en un laboratorio de microbiología de una muestra respiratoria de una persona sospechosa de estar infectada, la prueba detecta ARN del virus, el resultado es positivo y se confirma que esa persona está infectada por el SARS-CoV-2. Si la técnica de PCR no detecta el material genético del virus, la persona no estaría infectada (Corman, 2020). En México estamos transitando por las últimas semanas de la influenza estacional, muchos pacientes con cuadros respiratorios no están infectados por coronavirus.

b) **Las Pruebas rápidas**, que son menos certeras, detectan en una muestra de sangre del paciente la existencia de anticuerpos contra el virus; no buscan cadenas de material genético del virus. Cuando un paciente ha estado en contacto con Coronavirus, produce una serie de proteínas para defenderse del virus. En la prueba, se pegan proteínas del virus a una superficie, y de forma inmediata, los anticuerpos del paciente irán a pegarse en estas proteínas virales para atacarlas.

La Food and Drug Administration (FDA) autorizó el uso de pruebas rápidas en los primeros días de abril de 2020 (FDA, 2020) por tratarse de una emergencia sanitaria. Es por esto que la Secretaría de Salud en México no había permitido en forma oficial el uso de pruebas rápidas hasta su aprobación por la FDA.

continuar la atención y el tratamiento, y, eventualmente para encontrar la cura o vacuna para el virus y reducir, con ello, los contagios y la mortalidad⁵.

- De igual modo, se sugiere darle prioridad en la aplicación de pruebas a las **poblaciones vulnerables y de alto riesgo**⁶, entre ésta se encuentran los adultos mayores de 65 años, personas con comorbilidades tales como diabetes, hipertensión, enfermedades del sistema inmunológico o cardiorrespiratorio así como factores concomitantes como la obesidad. Lo anterior con el doble objetivo de favorecer un pronto diagnóstico e inicio de tratamiento para elevar las posibilidades de éxito en el mismo y también, para prevenir el contagio a sus cuidadores ya que, en su mayoría, son personas dependientes de otros, por lo que se cree que un pronto diagnóstico positivo puede prevenir a sus cuidadores de un futuro contagio.
- Por último y según lo recomendado por el United States Public Health Service la prioridad 3 implica que, según lo permitan los recursos, se deberán evaluar a las personas de la comunidad circundante de los casos hospitalarios que aumentan rápidamente para disminuir la propagación de la comunidad y garantizar la salud de los trabajadores esenciales. Dentro de este grupo se encuentran:

Trabajadores de Infraestructura Crítica con síntomas

Personas que no cumplen ninguna de las categorías anteriores con síntomas

Trabajadores de Centros de salud y socorristas

Personas que no cumplen ninguna de las categorías anteriores con síntomas

Individuos con síntomas leves en comunidades con alto número de hospitalizaciones por COVID-19

⁵ Según la prioridad 1 de las establecidas por United States Public Health Service (cdc.gov 2020). Cfr. Adalja AA, Toner E, Inglesby TV. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. JAMA. Publicado en línea el 03 de marzo del 2020.

doi:10.1001/jama.2020.3413

⁶ Ibid. United States Public Health Service. Prioridad 2

II. Criterios éticos en la selección de pacientes y distribución de recursos sanitarios

- Se debe intentar, por todos los medios posibles y en conformidad con lo señalado en el artículo II de la declaración de emergencia sanitaria dictada por el Consejo de Salubridad General conseguir la mayor cantidad de recursos materiales y humanos posibles para hacer frente a la crisis sanitaria y se tiene la obligación de solicitarlos, importarlos o adquirirlos de manera eficiente y ordenada. Esto le corresponde, estatalmente, a los gobernadores y, federalmente, al presidente de la República.
- Si una vez agotada la medida anterior se enfrenta un escenario de escasez de recursos se deberá dar prioridad a **profesionales de la salud** y sobre todo, a los involucrados en el cuidado, atención y tratamiento de pacientes infectados y a aquellos científicos y médicos involucrados en el descubrimiento de la cura o vacuna. Se vale tener ventiladores apartados para ellos. Lo anterior en función de lo comentado en el apartado anterior.
- Si bien, todos los pacientes merecen atención médica atendiendo al artículo 4to constitucional, no todos deben recibir el mismo tipo de atención, a algunos el tratamiento será con fines curativos y a otros con fines paliativos, es por ello que, con respecto a los pacientes a quienes se les deberán asignar recursos, se deberá velar, en todo momento por la **dignidad humana** como valor fundamental de la atención médica y del actuar ético, y brindar el **máximo confort y calidad de vida** posible a aquellos pacientes cuyas condiciones subyacentes disminuyen sus posibilidades de vida atendiendo a las máximas propias de los **cuidados paliativos** y brindar todo el esfuerzo terapéutico a aquellos que tienen mayores posibilidades de sobrevivencia.
- Queda **prohibido el abandono de pacientes o la negación del tratamiento** paliativo correspondiente a aquellos que, por sus condiciones pre existentes no sean candidatos para recibir tratamiento curativo o lugares en las unidades de terapias intensivas. El abandono de pacientes constituye un delito en el fuero local y una grave falta de ética de los profesionales de la salud.
- Las decisiones éticas se deberán basar en el criterio que valore las **mayores posibilidades de sobrevivencia** y, por ende, para quienes los recursos asignados les sean más beneficios según el **principio de beneficencia**. Se deberá tener extremo cuidado en **no caer** en otros criterios como

únicamente la edad o la cantidad de años salvables, así como el criterio de quién llegó primero ni quién tiene mayores recursos económicos para tratarse.

- La valoración de los pacientes que deben tratarse incluso con terapias respiratorias y los que no sean candidatos deberá hacerse de **manera integral** tomando en consideración las escalas médicas SOFA, qSOFA o APACHE II ó III y **nunca deberán sustituir el criterio ni reflexión médica global**. Para ello se recomienda confirmar con otro colega la valoración y que este sea un intercambio constante entre los médicos tratantes. Nunca se deberá valorar únicamente un factor, enfermedad o condición como único en la toma de decisiones.
- Se sugiere iniciar un proceso pronto y oportuno de **consentimiento informado**⁷ con los pacientes que se presenten para su ingreso y valoración ya que este permite informar al paciente respecto de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento y, en caso de tratarse de pacientes cuyas condiciones los sitúan en poblaciones vulnerables y con pocas posibilidades de sobrevivencia, este proceso de transmisión resultará de especial relevancia ya que se les dirá que, por sus condiciones previas, **no son candidatos para recibir tratamiento curativo, no obstante, siempre se le deberá remitir a otras áreas como los cuidados paliativos** para que se les atienda y brinde calidad de vida.
- El paciente también deberá ejercer su **responsabilidad** y responder hacia el **bien común** con una ética comunitaria con solidaridad.
- En la medida de lo posible se sugiere la adaptación de la **forma de voluntad anticipada** como parte del protocolo inicial al momento de la presentación del paciente a las áreas designadas para recibirlos. Este documento tiene la **finalidad de que el paciente rechace las medidas extraordinarias** que pudieran llevarse a cabo en caso de que empeore su salud liberando al médico de la responsabilidad de elegir si dárselas o no⁸.
- En caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad por encontrarse impedido por su misma condición médica, la **decisión sobre su tratamiento caerá en los “disponentes secundarios”** que

⁷ Hay que recordar que se permite, en casos de urgencia, un consentimiento informado verbal que es más rápido y se adapta mejor a estos escenarios. Cfr. Anexo 4 de la Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. CONBIOÉTICA. Disponible para su descarga en el sitio: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf Fecha de última consulta: 6 de abril del 2020.

⁸ Esto sólo es válido en estos momentos de crisis sanitaria pues recordemos que el documento de voluntades anticipadas es un acto personalísimo que debe hacerse en pleno uso de las facultades mentales y psicológicas; algo que, en este escenario pudiera no darse del todo.

marca la ley, a saber, el/la cónyuge, en caso de no haberlo, los/las hijos/hijas mayores de edad, en caso de no haberlos y de seguir vivos los padres, éstos deberán tomar la decisión y en caso de no haber padres, los parientes consanguíneos en grado colateral. En caso de **no haber ningún familiar, le corresponderá al médico la toma de decisiones** que deberá basarse únicamente en la valoración integral y objetiva mencionada en párrafos anteriores sin apearse a un solo factor como dominante.

- En esta situación y dadas las medidas de aislamiento de los pacientes confirmados positivos, la derivación de las decisiones hacia los familiares puede hacerse vía telefónica o mediante conexión remota con dispositivos móviles.
- No se puede desintubar a un paciente sin su consentimiento o el de su familiar sólo por dárselo a alguien más pues sería cometer un acto de **eutanasia** y, por ende, de homicidio. Para esto, se sugiere anticipar un documento de voluntades anticipadas acompañado del debido proceso de consentimiento informado como ya ha mencionado en párrafos anteriores.
- Si se considera que la ventilación asistida está siendo **fútil**⁹ y, dado que no hay obligación de mantener medidas no beneficiosas y/o extraordinarias para el paciente, se sugiere extubar, no obstante y antes de proceder a esto, verificar nuevamente con las escalas SOFA o APACHE, confirmar con otro colega el pronóstico y curso de acción propuesto, así como platicar con la familia sobre las decisiones médicas sugeridas y, de ser posible, obtener su consentimiento explícito.
- Retirar el ventilador con la consecuente muerte del paciente no deberá ser valorado, en ninguna circunstancia, como principio del doble efecto ya que **la muerte no sobreviene como efecto secundario de una acción terapéutica si no que ésta ya se prevía muy próxima ni principio del bien mayor ya que la muerte no es tolerada en este escenario si no únicamente valorada médicamente como consecuencia desencadenante**; sin embargo es ético proceder, cumplidas las recomendaciones enunciadas con anterioridad **ya que no se busca ni desea, en primera instancia, la muerte del paciente así como tampoco usar la misma como beneficio para otro**¹⁰.

⁹ Se entiende por tratamiento fútil a aquél que no está cumpliendo con el objetivo deseado en un inicio o que no es beneficioso para el paciente, en pocas palabras que es inútil. Cfr. García, D. García G. Laurent, A. Navarrete, V. Et. al. (2011). Diccionario enciclopédico de Bioética. México, Trillas. P. 57.

¹⁰ Esto implicaría valorar a la persona como un medio y no como un fin.

- Si no se cumple el criterio de irreversibilidad y la confirmación de la futilidad médica, no es ético proceder al retiro del apoyo ventilatorio ni si quiera si éste pudiera salvar la vida de algún otro paciente.
- Si hay dos personas con el mismo pronóstico de sobrevivencia, el desempate tendrá como base el criterio de quien llegó primero y en caso de que ambos hayan llegado al mismo tiempo, se deberá realizar un desempate basado en el azar.
- En una pandemia no aplica los recursos económicos para la asignación de recursos sanitarios, no se pueden comprar ni forzar o manipular su asignación. Quien lo haga, quedará sujeto a la aplicación de las leyes que correspondan.

III. Varios

3.1 Objeción de conciencia del personal sanitario

La objeción de conciencia consiste en el rechazo a cumplir el mandato de una norma, sea ésta jurídica, moral o social, oponiendo para ello el argumento de que el contenido de dicha norma contraviene las propias convicciones ideológicas, morales o religiosas¹¹. La objeción de conciencia nace de la libertad y dignidad de la persona humana¹², sin embargo, el objetivo de esta protección se refiere a la **de valores intrínsecos, objetivos y universales**, no de lo que es opinable para la propia subjetividad, donde cada persona expresa sus evaluaciones individuales de la norma, por ende:

- En situaciones de extrema demanda de servicios médicos y urgencias **el personal sanitario no puede acudir a la figura de la objeción de conciencia**¹³ para negarle la atención y el cuidado a ningún paciente, sea éste enfermo por COVID-19 o por algún otro padecimiento ya que, de hacerlo,

¹¹ Tavera, L. Objeción de conciencia. Rev. peru. ginecol. obstet. [online]. 2017, vol.63, n.4 [citado 2020-04-06], pp.581-590.

Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400010&lng=es&nr m=iso>. ISSN 2304-5132

¹² Cfr. Anexo 8 de la Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. CONBIOÉTICA. Disponible para su descarga en el sitio:

http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf Fecha de última consulta: 6 de abril del 2020.

¹³ Debido a que la objeción de conciencia se manifiesta con la negativa al cumplimiento del mandato de una Ley o mandato, existe el requerimiento jurídico de que esta Objeción debe ser previa y siguiendo los protocolos existentes en cada ordenamiento jurídico. Si no se diera este requisito previo, podría esconder categorías sospechosas de discriminación ya que la propia Constitución, y los Tratados Internacionales ratificados por México, prohíben cualquier acción que suponga la discriminación por razones subjetivas. Por lo tanto, esta acción supondría una violación de un derecho fundamental.

contravendría las garantías individuales contempladas por la constitución, en especial el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4to constitucional.

- La limitación de los recursos humanos, médicos y técnicos no justifica el abandono de la **obligación ética y legal de darle atención al paciente y paliar su sufrimiento**, respetando siempre le **consentimiento informado** y los derechos humanos del paciente.

3.2 Atención y apoyo psicológico a los profesionales de la salud y a pacientes y familias.

- Después de realizar un TRIAGE, una desintubación o la decisión de la misma, es conveniente tener una sesión **debriefing** para poder equilibrar las emociones experimentadas. Conviene buscar un grupo de apoyo para hacerlo pero, por la dificultad de esta pandemia, los procesos de aislamiento y distanciamiento social, se pueden buscar momentos para esto de forma virtual o bien, una vez que termine la situación de crisis sanitaria, recuperar el momento y llevar a cabo las sesiones necesarias con expertos en salud mental.
- Aunque la pandemia puede llegar a que el médico tenga que quedarse muchos días viviendo en el hospital, como sucede ya en otros países, debe buscar dormir, cuando le sea factible y durante la jornada tomarse 5 minutos de alejamiento de la UCI o de URGENCIAS, al menos dos veces por jornada.
- Hacer ejercicios de respiración, de relajación etc... para disminuir el estrés.
- La razón ética por la que el personal de salud debe buscar también momentos de paz emocional es porque además de ayudar a su eficiencia y a su salud, **como personas necesitan también nutrir esas áreas**, emocionales y espirituales.
- Ante esta pandemia que abarca la totalidad de los países, y que no habíamos vivido nunca, hay un DUELO. La razón de este duelo, es la pérdida de la vida que llevábamos. Nadie, volverá a vivir igual, después de esta experiencia, particularmente quienes enfermaron o estuvieron a cargo de los pacientes. Además, nuestra escala de valores cambia y ello nos pone en crisis.

- Para alcanzar la aceptación se requiere realismo, vivir con la nueva normalidad que se impone, y enfocarla como **normalidad**.
- Por lo anterior se sugiere buscar el apoyo psicológico necesario que acompañe los procesos tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes y sus familias y el equipo de salud mental deberá, por ende, estar disponible para ejercer esta función de manera rápida y eficaz.

3.2.1 El derecho al último adiós

- Atendiendo al **principio de solidaridad** y guardando los protocolos de seguridad, se debe permitir y buscar, usando todos los medios posibles, que los paciente aislados puedan mantener contacto virtual con sus familiares y, en caso de estar próximos a fallecer, permitirles despedirse de ellos vía conexión remota.
- **Respetar, en todo momento, las creencias, valores y preferencias individuales de los pacientes y, en la medida en que sea posible, asistirlos espiritual y psicológicamente independientemente de las creencias propias del personal que atiende.** Se puede recurrir a los medios virtuales para poder brindar esta asistencia siempre que las limitaciones propias de cada culto lo permitan y manteniendo las reglas de sana distancia y aislamiento de los casos confirmados como positivos.

3.3 Disposición y manejo ético de los cadáveres confirmados con COVID-19

- En conformidad con lo establecido en la Guía operativa para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19 emitido el 29 de marzo por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores de la Estado (ISSTE)¹⁴, se **deberá permitir el acceso restringido a los familiares más próximos y cercanos a la persona fallecida para su despedida sin establecer contacto físico con el cadáver ni con las áreas del entorno que pudieran estar infectadas.** Esto deberá hacerse en conformidad con los protocolos de seguridad establecidos y con el material de protección adecuado.

¹⁴ Documento disponible en: https://s7cdn.joomag.com/pdf/1/1389/1389663/2020_04_04__0967444001586039539.pdf?md5=OHQ9gUKTAzZ_xVO2Z5O_DQ&expires=1586122899&name=Mi+primera+publicacion&1586039586 Fecha de última consulta: 5 de abril del 2020.

- Se deberá velar por el **trato digno y respetuoso** hacia el cadáver en **todo momento** durante su preparación, traslado y destino final.
- Se deberá elegir, en la medida de las posibilidades de culto religioso que profesara la familia, la incineración por encima de otros destinos finales.

3.4 Otras medidas de prevención y mitigación de contagio

- Se sugiere considerar la liberación de presos de baja peligrosidad o delitos menores bajo estricta supervivencia domiciliaria con el fin de evitar contagios en las cárceles y otros centros de confinamiento.
- De la misma manera y, bajo la consideración y criterio de las autoridades migratorias, se sugiere levantar la restricción de circulación de los centros de detención de migrantes con el propósito de permitirles el retorno a sus lugares de origen y la aplicación de las medidas de sana distancia recomendadas por la Secretaría de Salud.

3.5 Consideraciones éticas en los procesos de investigación durante emergencias:

- Conducir investigaciones durante tiempos de emergencias sanitarias es ético y deseable siempre que se tomen en cuenta los **principios generales** de los protocolos de investigación así como el **objetivo central** de encontrar patrones de comportamiento de la enfermedad para su eventual cura y/o vacuna.
- Se deberá ponderar siempre la **balanza riesgo-beneficio**, sobre todo, si se tratan de intervenciones con personas humanas y contar con un plan de contingencia que **cubra los posibles riesgos a la salud** que pudieran sufrir los involucrados.
- Se deberá de realizar y obtener siempre, sin excepción alguna, el **consentimiento informado** de los pacientes o, en su defecto, de los familiares responsables para proceder a la realización de las

investigaciones que correspondan. El estado de emergencia no autoriza a ningún investigador a omitir este proceso.

- Los resultados de las investigaciones conducentes deben ser de **dominio público y existe el deber de compartirlas** con todos los países que sufran de la misma emergencia sanitaria. La solidaridad global debe ser el principio rector.
- En caso de encontrar **curas o vacunas** que sirvan para contrarrestar los efectos de las enfermedades causadas durante la emergencia sanitaria, **la prioridad para su administración deberá ser hacia los profesionales de la salud en primer lugar y hacia las poblaciones vulnerables en segundo lugar.** Posterior a esta distribución se podrán administrar a la población en general.

IV. Manejo de la información

4.1 Privacidad y confidencialidad de datos personales: de la revelación de la identidad de los contagiados

- La identidad de las personas que han tenido diagnóstico positivo de COVID-19 deberá ser protegida y no deberá divulgarse en medios de comunicación masiva. Sin embargo, sus contactos más cercanos, como familiares y amigos con los que mantiene contacto cotidiano, podrán conocer sobre el diagnóstico y a la vez deberán recibir información pertinente sobre los riesgos y medidas preventivas de contagio.
- A su vez, familiares y amigos cercanos deberán mantener en reserva la identidad de personas contagiadas, evitando divulgar la información en medios de comunicación. Esto se fundamenta en los principios de responsabilidad, respeto y prudencia.

4.2 Relación de las personas con las que se tuvo contacto estando contagiado

- El paciente que presenta síntomas iniciales (sospecha) de COVID – 19 o con diagnóstico positivo deberá proporcionar al personal sanitario, nombre y ubicación de las personas con las que tuvo contacto recientemente, con la finalidad de dar seguimiento a potenciales personas infectadas y proceder con los protocolos de correspondientes de observación, diagnóstico y en su caso cuarentena.

4.3 Información veraz

- En momentos de contingencia por pandemias como COVID-19 es deber de todos:
 - a. Informarse en fuentes fidedignas (tratar de ser críticos y reflexivos al elegir las mejores fuentes posibles) sobre los riesgos a la salud y posibilidad de ser contagiado y en su caso de contagiar a otras personas.
 - b. Evitar emitir mensajes, por cualquier medio, que sean alarmantes, basados en desinformación, con poco o nulo sustento científico y cuyo propósito es generar miedo, duda y confusión sobre la pandemia.

Anexo A: Diferencias conceptuales entre estado de alarma, de sitio y de excepción

A pesar de que en algunos medios se utilizan estas tres figuras de como sinónimos, desde el punto de vista jurídico, existen grandes diferencias entre ellas¹⁵. Por esta razón, y aunque no en todas las constituciones de los países son reconocidas, se procederá a realizar una breve aproximación sobre las implicaciones que cada una tiene a partir de la construcción que de ellos existe en la Constitución española, en específico en la su artículo 116.

1. Estado de alarma

El estado de alarma es declarado por el Gobierno mediante decreto. Puede ser declarada en parte o en todo el territorio nacional y su duración máxima es de 15 días prorrogables a otros 15.

El decreto determinará el ámbito territorial, la duración y los efectos del Estado de Alarma, sin embargo, esta declaración no implica la suspensión de las garantías constitucionales¹⁶.

Se declara cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

Crisis sanitarias

Desabastecimiento de productos

Catástrofes, calamidades o desgracias públicas.

Paralización de servicios públicos esenciales para la comunidad

¹⁵ Balle, J. M. L. (1989). Los estados de alarma, excepción y sitio (I). Revista de Derecho Político, (30). Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona. Pps. 23-54.

¹⁶ Cfr. Catoira, A. A. (2011). El Estado De Alarma en España. Teoría y Realidad Constitucional, 28. Madrid, UNED. Pps. 313-341. <https://doi.org/10.5944/trc.28.2011.6961>

2. Estado de excepción o estado de emergencia

El Estado de excepción o estado de emergencia se declara por el Gobierno, previa autorización del Congreso de los diputados. En este caso, antes de crear el Decreto, será necesario incluir los efectos que su aprobación tendrá en la población.

Un Estado de excepción se declarará cuando se vea afectado gravemente el ejercicio de los derechos y libertades de los ciudadanos, el normal funcionamiento de las instituciones democráticas, los servicios públicos esenciales o cualquier otro aspecto que afecte al orden público.

En el Estado de Excepción se pueden suspender o privar de determinados derechos como son: el derecho a la libertad, a la inviolabilidad del domicilio, ampliación del plazo máximo de detención, secreto en las comunicaciones, libertad de expresión, entre otros¹⁷.

3. Estado de sitio

El Estado de Sitio se declara mediante la mayoría absoluta del Congreso a propuesta del Gobierno cuando alguna situación grave se produzca o amenace producirse (insurrección o acto de fuerza contra la soberanía) y no pueda resolverse por otros medios.

En el Estado de Sitio se podrá privar a la población sus derechos fundamentales y el poder ya no estará en manos del Presidente de la Nación sino del ejército y pasará a aplicarse el *Ius in Bello* o Derecho de la Guerra con los Convenios de Ginebra, en especial el artículo tercer que hace referencia a la población civil del propio territorio¹⁸.

¹⁷ Cfr. Fix-Zamudio, H. (2004). Los estados de excepción y la defensa de la Constitución. Boletín mexicano de derecho comparado. Núm. 111. México. Pps. 801-860. <http://dx.doi.org/10.22201/ij.24484873e.2004.111.3805>
Para mayor referencia sobre este estado ver: Dorantes Díaz, F. J. (2012). Estado de excepción y derechos humanos. Antecedentes y nueva regulación jurídica. Alegatos - Revista Jurídica de La Universidad Autónoma Metropolitana, 81. México, UAM. Pps. 393-410.

¹⁸ Bru Peral, E. M. (1999). Estados de alarma, excepción y sitio. Madrid, Universidad Carlos, Instituto Fray Bartolomé de las Casas.

En México estas tres figuras se regulan de manera diferente:

La Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos sólo reconoce, en su artículo 29, el Estado de Excepción en los casos:

- a) De invasión (guerra, es decir, se instituiría un estado de sitio)
- b) Perturbación grave de la paz pública o cualquier otro que ponga a la sociedad en grave peligro o conflicto.

Solamente el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, con la aprobación del Congreso de la Unión o de la Comisión Permanente podrá restringir o suspender en todo el país o en lugar determinado el ejercicio de los derechos y las garantías que fuesen obstáculo para hacer frente, rápida y fácilmente a la situación.

Veamos el proceso que ha llevado México ante esta pandemia y el por qué de la declaración de emergencia sanitaria que, como se mencionó al inicio de este documento, no implica la suspensión de las garantías individuales respetando el estado de derecho y el pleno respeto por los derechos humanos:

Si acudimos al artículo 73, donde se establecen las facultades del Gobierno, en específico al numeral XVI, atribuye el poder al Gobierno para dictar leyes sobre salubridad general, sin embargo, en su primer punto establece que:

Art. 73. XVII

1º "El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2º 2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República".

Esto quiere decir que la Constitución reconoce la existencia de un órgano llamado el Consejo de Salubridad General, que depende directamente del Presidente y que es la institución máxima de legislación sobre salubridad para todo el Estado. Sin embargo, en caso de epidemias graves, como el COVID, será la Secretaría de Salud la que tendrá la obligación de dictar las medidas necesarias para hacer frente a la epidemia, por encima de la potestad inicial del Presidente, cuya única función será sancionarlas con posterioridad. Es decir, en situaciones de emergencias por epidemia, el poder es asumido por la Secretaría de salud y será su Secretario el máximo responsable de llevar la contingencia y de elegir a quienes trabajarán con él, como es el caso del Subsecretario de Salud.

Si acudimos a la Ley General de Salud, en su Título Decimo llamado de: Acción Extraordinaria en Materia de Salubridad General, el artículo 181 establece:

“En caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país, la Secretaría de Salud dictará inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud, a reserva de que tales medidas sean después sancionadas por el Presidente de la República”.

Las medidas decretadas por la Secretaría de salud son aquellas que se dieron a conocer el pasado lunes 13 a partir de que se decretó la Fase dos de la contingencia. Estas medidas no son restrictivas de los derechos y garantías de los ciudadanos, muy al contrario, se pide la participación de la sociedad civil para el control de la epidemia.

Referencias Adicionales

Bioethics toolkit resources for COVID-19

<http://www.bioethics.net/2020/03/bioethics-toolkit-resources-for-covid-19/>

Responding to COVID 19: how to navigate a public health emergency legally and ethically

<https://www.thehastingscenter.org/responding-to-covid-19-how-to-navigate-a-public-health-emergency-legally-and-ethically/>

The toughest Triage- Allocating ventilators in a pandemic. The New England Journal of Medicine

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689?fbclid=IwAR19nceKEjYgMenQLnd4cO_2zWYi2tpHhSLhvnJbrajcxk9jckWDWa6h_g

Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114>

What if Two COVID-19 Victims Need Ventilators and Just One Is Available?. Scientific American

<https://blogs.scientificamerican.com/observations/what-if-two-covid-19-victims-need-ventilators-and-just-one-is-available/>

Who should be saved? The hard decisions in a pandemic

<https://www.susanmathews.com/2020/03/20/who-should-be-saved-the-hard-decisions-in-a-pandemic>

New York`s bioethics experts prepare for a wave of difficult decisions. The Washington Post

<https://www.washingtonpost.com/.../4501f522-7045-11ea-a3ec-70...>

Hospitals consider universal do not resuscitate orders for coronavirus patient. The Washington Post

<https://www.washingtonpost.com/health/2020/03/25/coronavirus-patients-do-not-resuscitate/>

How the Coronavirus May Force Doctors to Decide Who Can Live and Who Dies. NY Times

<https://www.nytimes.com/2020/03/12/opinion/coronavirus-hospital-shortage.html>

Who gets a ventilator when theres a crush of coronavirus patients? Maryland is coming up with a plan. Baltimore Sun

<https://www.baltimoresun.com/coronavirus/bs-hs-ventilator-surge-plan-20200327-dnguwrff7vcrfj3sg45negc3na-story.html>

Coronavirus: should frontline doctors and nurses get preferential treatment?

<https://www.susanmathews.com/2020/03/09/coronavirus-should-frontline-doctors-and-nurses-get-preferential-treatment/>

Thank you for your sacrifice: De facto rationing based on snake oil pitches. Bioethics.net

<http://www.bioethics.net/2020/03/thank-you-for-your-sacrifice-de-facto-rationing-based-on-snake-oil-pitches/>

Allocation of extremely scarce resources en Covid-19 pandemic

<https://www.susanmathews.com/2020/03/14/allocation-of-extremely-scarce-resources-in-covid-19-pandemic>

Ethics resources on the coronavirus

<https://www.thehastingscenter.org/ethics-resources-on-the-coronavirus/>

World Health Organization: Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks

<https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>

The U.S. Centers for Disease Control: Ethical guidelines in Pandemic Influenza

https://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/docs/panflu_ethic_guidelines.pdf

Johns Hopkins University COVID-19 resource center

<https://coronavirus.jhu.edu/>

National Academy of Medicine: Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2

<https://nam.edu/duty-to-plan-health-care-crisis-standards-of-care-and-novel-coronavirus-sars-cov-2/>

AMA Journal of Ethics COVID-19 Ethics Resource Center

<https://journalofethics.ama-assn.org/covid-19-ethics-resource-center>

University of Washington Medicine COVID-19 resources

<https://covid-19.uwmedicine.org/Pages/default.aspx>

Organización Mundial de la Salud, 2020. Alocución General de apertura del Director de la OMS con motivo de la Pandemia Covid 19.

<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>

CIA Factbook GDP in Healt

<https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/fields/409.html>

Corman, Victor M et al. "Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR." Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin vol. 25,3 (2020): 2000045. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045

<https://www.fda.gov/media/136622/download>

Adalja AA, Toner E, Inglesby TV. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. JAMA. Published online March 03, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3413

Criteria to Guide Evaluation and Laboratory Testing for COVID-19

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-criteria.html>

Nuffield Council on Bioethics del Reino Unido, titulada Research in global health emergencies: ethical issues en inglés, está disponible en:

<https://www.nuffieldbioethics.org/publications/research-in-global-health-emergencies>.

Colaboradores

Dr. Antonio Cabrera Cabrera

Mtro. Juan Manuel Palomares Cantero

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte

Dra. Martha Tarasco Michel

Dr. Antonio Muñoz Torres

Dra. Victoria Fernández Molina

Dr. Felipe Vargas Mota

Dra. Dora García Fernández

Mtra. Lorea Sagasti Pazos

Mtra. Mariel Kalkach Aparicio

Dra. Yael Zonenszain Laiter

Dra. Elvira Llaca García

Dr. Jaime Encinas Reza



Facultad de Bioética