

Ética y derechos humanos en el servicio hospitalario por COVID-19

Ethics and human rights in the hospital service by COVID-19

Leticia Palomeque Cruz¹ 

DOI: 10.19136/hs.a22n2.5485

Artículo Original

• Fecha de recibido: 6 de diciembre de 2022 • Fecha de aceptado: 16 de febrero de 2023 • Fecha de publicación: 28 de abril de 2023

Autor de correspondencia

Leticia Palomeque Cruz. Dirección postal: Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura,
Colonia Magisterial, C.P. 86040. Villahermosa, Tabasco, México
Correo electrónico leticiapalomequecruz1@gmail.com

Resumen

Objetivo: Analizar las experiencias de los organismos internacionales y el Gobierno de México en el establecimiento de recomendaciones para proteger los derechos humanos de los usuarios, de los servicios hospitalarios a causa de la COVID-19, tomando en cuenta la ética médica.

Materiales y métodos: La presente investigación se centró en un enfoque cualitativo, donde se analizaron las experiencias, perspectivas y enfoques en materia de ética y derechos humanos durante la pandemia COVID-19. Con ello, se estudiaron libros, artículos científicos, informes y documentos oficiales de los organismos y dependencias involucradas.

Resultados: En la pandemia por el coronavirus, los sistemas de salud se vieron obligados a buscar apoyo de la sociedad civil para contrarrestar sus efectos negativos en la economía y la protección de los derechos humanos. No obstante, hoy en día, la tarea del sector salud continúa, ya que se siguen suscitando casos de COVID-19, además, existen pacientes que aún tienen secuelas y que deben ser atendidos sin exclusión. De modo que se continúe privilegiando la accesibilidad oportuna, aceptable y asequible a los servicios de salud con la calidad suficiente.

Conclusiones: La pandemia COVID-19 modificó el goce de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, por lo que la labor médica se modificó a partir de las recomendaciones de organismos internacionales y los gobiernos de los tres niveles. En la atención de la emergencia sanitaria fue fundamental proteger la integridad humana; actuar con respeto, solidaridad, empatía y reciprocidad; y entendiendo que todos debían ser atendidos sin discriminación, es decir, con inclusión y considerando la existencia de grupos vulnerables, basando la atención en la ética médica y los valores.

Palabras clave: Derechos humanos; COVID-19; Ética; Políticas públicas.

Abstract

Objective: To analyze the experiences of international organizations and the Government of Mexico in establishing recommendations to protect the human rights of users of hospital services due to COVID-19, taking into account medical ethics.

Materials and methods: This research focused on a qualitative approach, where experiences, perspectives, and approaches to ethics and human rights during the COVID-19 pandemic were analyzed. With this, books, scientific articles, reports and official documents of the organizations and dependencies involved were studied.

Results: In the coronavirus pandemic, health systems were forced to seek support from civil society to counter its negative effects on the economy and the protection of human rights. However, today, the task of the health sector continues, since cases of COVID-19 continue to arise, in addition, there are patients who still have sequelae and who must be treated without exclusion. So that timely, acceptable and affordable access to health services with sufficient quality continues to be privileged.

Conclusions: The COVID-19 pandemic modified the enjoyment of human rights, including the right to health, for which reason medical work was modified based on the recommendations of international organizations and governments of the three levels. In the care of the health emergency, it was essential to protect human integrity; act with respect, solidarity, empathy and reciprocity; and understanding that everyone should be cared for without discrimination, that is, with inclusion and considering the existence of vulnerable groups, basing care on medical ethics and values.

Keywords: Human rights; COVID-19; Ethics; Public politics.

¹ Doctora en Derecho, Profesora Investigadora de la División Académica de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.



Introducción

Los primeros casos de la COVID-19 se suscitaron en diciembre de 2019, en el entorno del mercado público de Huanan, en Wuhan, provincia de Hubei, en el país asiático de China. A partir de allí, esta sepa se propagó por los cinco continentes, de modo que el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró estado de pandemia mundial y es que hacia el 07 de junio del mismo año, había más de 7 millones de habitantes a nivel global infectados del SARS-CoV-2 con alrededor de 406 mil fallecimientos por la misma causa. La COVID-19 es una infección a nivel viral que afectó generalmente las vías respiratorias, ocasionando casos severos con respuesta inflamatoria y fenómenos trombóticos en diversos órganos. Con base en los datos estadísticos, al 80% de los pacientes les generó síntomas leves, mientras el 20% demandó hospitalización y cerca del 5% ingresó a una unidad de cuidados intensivos; la producción de anticuerpos se suscitó en algunos casos después de 20 días de la exposición y de la aparición de los síntomas. Algunas secuelas que se suscitaron por esta enfermedad son el daño miocárdico, respuestas inflamatorias sistémicas y alteraciones en el sistema inmune. Conocer la historia, gestión e impacto de esta enfermedad, permitió aprender y generar conocimientos que son útiles en la mejora de la gestión de estos casos donde la aparición de una nueva enfermedad pone en riesgo la salud de toda la población¹.

Con este contexto, la pandemia COVID-19, provocó transformaciones no solo en el campo de la medicina, sino en la salud en general, las relaciones sociales, lo que afectó la protección de los derechos humanos. La emergencia sanitaria, impactó a millones de personas, no solo desde la perspectiva del derecho a la salud; ya que la discriminación y la desigualdad generó afectaciones a otros derechos sociales y económicos; hasta el punto, que, en ocasiones, se obstaculizó el goce de los mismos, representando una violación a los mismos.

En los hospitales, se documentaron casos en donde usuarios a pesar de haber esperado un tiempo prolongado, no pudieron admitirse debido a la falta de infraestructura y el poco personal de salud disponible. Lo cual, afectó a la atención médica adecuada. El derecho a la salud, incluye el acceso a esta atención, el derecho a acceder a la información y la libertad de no recibir tratamiento médico no consentido. No obstante, desde el inicio de la pandemia, los países tuvieron problemas respecto a su ejercicio².

En este momento de la pandemia, sobra destacar el reconocimiento al personal de salud, médicos y enfermeras quienes, pese a las dificultades existentes, fueron responsables y solidarios en la protección y cuidado de la salud, con un sentido ético y humanista. Durante la crisis, los problemas no solo fueron del entorno de la salud, sino también del ámbito

familiar, emocional, escolar, laboral y económico. Esto, significó un reto en los gobiernos de todos los niveles respecto a la implementación de acciones creativas que protegieran el bienestar de la población.

La pandemia fue un factor de pobreza y desigualdad, su contagio no distinguió ni el nivel de ingresos ni la condición social de las personas. El fallecimiento de familiares y jefes de familia, así como el desempleo replanteó el papel del Estado en la economía y en la protección de los derechos humanos³.

El derecho a la salud, como todos los demás, nace del contenido constitucional; su garantía debe ser eficiente y oportuna, fuera de la improvisación y el desorden. Aunado a los problemas que se manifestaron, la falta de coordinación entre los niveles de gobierno trajo consigo la duplicación de acciones, el irracional uso de recursos y una mala organización de la atención de la población⁴. De esta manera, la pandemia fue un salto a una nueva relación entre el gobierno y el ciudadano, entre los gobiernos subnacionales y entre los gobiernos del mundo; siendo un reto la colaboración y la búsqueda de mejores prácticas que atiendan a la población⁵.

La COVID-19, trajo consigo problemas físicos, económicos, sociales y morales; trastocando el propio derecho de las personas de acompañar a un ser querido que acaba de fallecer, o de darle sepultura en apego a la tradición. El derecho humano de decir adiós, ha sido poco estudiado; la crisis sanitaria, modificó el proceso de la entrega del cuerpo y la velación, buscando evitar el contagio, pero trayendo otras afectaciones a la salud física, psíquica y mental de familiares y amigos. La pobreza y la marginación agudizaron el impacto a la salud y a la economía de este proceso, cuando no se contaban con los recursos y medios para la sepultura, dejando en ocasiones deudas importantes⁶.

Por otro lado, debe recordarse que el 31 de diciembre del año de 2019, la denominada Comisión Municipal de Salud de Wuhan comunicó la presencia de diversos pacientes de neumonía en dicho territorio, concluyéndose que fue por el naciente coronavirus. Al mes siguiente, el 12 de enero de 2020, en China se dio a conocer la secuencia genética del virus que origina la COVID-19. Este virus, traspasó la frontera de China al día siguiente, el 13 de enero, confirmándose un caso en Tailandia. El 20 y 21 de enero de 2020, la propia Organización Mundial de la Salud realizó una visita a Wuhan con el fin de conocer más profundamente el caso⁷.

El coronavirus, representó una situación inédita en la historia, dejando en claro la fragilidad del ser humano y lo vulnerable que es. Esta crisis sanitaria, marcó un antes y un después en el goce y disfrute de los derechos humanos, ya que las autoridades de todos los niveles de gobierno intentaron por todos los ámbitos de la vida humana proteger a la población

del virus, poniendo en marcha medidas que restringieron derechos y libertades de índole fundamental. En este periodo, los derechos humanos aparecieron como eje central de la implementación de políticas públicas que contienda y atiendan la pandemia, lo cual se estudia desde diversas disciplinas de la ciencia social y la propia medicina⁸.

Como se observa, la COVID-19 generó alarma en todos los países, con contagios que crecían de forma exponencial, poniendo en riesgo el sistema de salud y la economía misma. Afectó principalmente a los adultos mayores y a quienes padecían enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades de vías respiratorias e hipertensión. Un aspecto a destacar es el riesgo del contagio que se generó en instalaciones penitenciarias y de detención de inmigrantes, espacios de residencia para adultos mayores, donde generalmente la atención médica es inadecuada.

Pese a estas circunstancias, los gobiernos nacionales, se vieron en la necesidad de adaptar la atención médica y hospitalaria, de modo que el derecho a la salud se siguiera protegiendo en estas circunstancias extraordinarias. El papel de la sociedad civil, las empresas, el sector académico y de investigación fue fundamental para detectar y atender los riesgos de infección ante la gravedad de la propagación, por ello la implementación de medidas de control debía ser urgente y contundente. Tomando como base que desde el derecho internacional hasta el local, los derechos humanos protegen que todo individuo pueda disfrutar del acceso a la salud, brindando estos servicios a quien lo requiera e identificando los posibles riesgos a la salud pública.

Una justificante con respecto a las restricciones que se establecieron durante la pandemia, es el reconocimiento en la norma de derechos humanos, de los escenarios de amenaza a la salud pública y de emergencia que ponga en riesgo la integridad de la población; en donde se implementan restricciones a raíz de una evidencia científica y experiencias del momento, observando que su aplicación no sea arbitraria ni discriminatoria, respetando la dignidad humana. Lo cual justificó la imposición de la cuarentena y el aislamiento⁹.

La atención de la pandemia, representó un llamado a las naciones para considerar la cooperación y la corresponsabilidad como ejes de la protección de los derechos de las personas. No debe dejarse de lado, que el empleo, estuvo fuertemente afectado, llevando a una recesión y una severa crisis de la que diversos países no han podido escapar aún. La escases de recursos, la desigualdad y la pobreza se agudizaron. Se incrementaron los casos de violencia doméstica y maltrato durante la pandemia, afectando deliberadamente a mujeres y menores de edad.

La COVID-19, no fue un fenómeno netamente sanitario, sino que trastocó el ámbito económico, político y social, por lo que

disciplinas como el derecho, tuvieron un rol importante en su atención¹⁰. La crisis generada por la COVID-19, incrementó la discriminación estructural y generó problemas para el goce de los derechos humanos, incluidos los derechos económicos, sociales, políticos y civiles¹¹. Tuvo consecuencias severas en los sectores que sufren de exclusión social, de discriminación y de desigualdad; de quienes viven en situación de calle, en confinamiento y distanciamiento social¹².

El impacto negativo de la pandemia en la protección de los derechos humanos, afectó particularmente a las mujeres, debido a los cierres de empresas y el confinamiento, dejando a familias sin seguridad social. Además, que muchas mujeres, quedaron atrapadas en sus casas en un entorno de violencia. Hoy, gran parte de las mujeres se han ocupado en el sector informal, donde no cuentan con servicios de salud, quedando en riesgo ante las nuevas olas de contagio que se han suscitado¹³.

La inclusión, la participación y la solidaridad, deben imperar en la intervención gubernamental en la pandemia, generando nuevamente entornos propicios para el goce de los derechos humanos, incluido el acceso a la salud, que se ejerza con calidad e igualdad¹⁴. Deben replantarse los modelos económicos redoblando el combate a la desigualdad social y a la pobreza, atendiendo primeramente a la población con mayor marginación, atendiendo la protección de los derechos humanos de las minorías¹⁵. Actualmente, es necesario recapitular las estrategias, impacto y efectos vinculados con la COVID-19, para reflexionar alrededor de las vivencias de la población, el conocimiento generado y la experiencia de las autoridades¹⁶.

A partir de la revisión documental, a nivel internacional, uno de los documentos que se promovieron para direccionar los derechos humanos en los servicios hospitalarios durante la COVID-19 es la Resolución No. 1/2020 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), denominada "Pandemia y Derechos Humanos en las Américas", la cual fue adoptada el 10 de abril de 2020. En dicho documento se reiteró que esta enfermedad afecta la vida, la salud y la integridad de las personas. Dejó en claro el riesgo que sufren las personas en situación de vulnerabilidad, por lo que los Estados deberían brindar apoyos transversales para asegurar la integridad, alimentación y acceso a la salud de los mismos. En lo que respecta al tema de estudio, menciona que se debe tener total atención en las personas enfermas, discapacitadas o que cuentan con una necesidad especial. Del mismo modo, debe salvaguardarse la privacidad y los datos personales de la población que fue atendida por el sector salud¹⁷.

De igual forma, La CIDH, pronunció otra resolución que fue la No. 4/2020 titulada "Derechos humanos de las personas con COVID-19", adoptada el 27 de julio de 2020. Este documento

definió que el cuidado de la salud en esta pandemia incluye tanto lo físico como lo mental, considerando en todo momento los principios de equidad y no discriminación conforme a la estandarización internacional en materia de derechos humanos. Señala que los países miembros deben buscar mantener la cantidad suficiente de personal sanitario, contar con las pruebas de diagnóstico necesarias, contar con medicamentos, equipos y tecnologías para la atención médica; todo alrededor de la atención preventiva, curativa, paliativa, de rehabilitación y de cuidado de los pacientes con COVID-19.

Con esto, se busca evitar que se colapsen los sistemas de salud, lo cual pondría en una situación de riesgo los derechos de las personas con COVID-19 y de los propios empleados de la salud. Las plataformas que se usen para la atención de los casos sospechosos y con síntomas deberían ser eficientes, para que se contara con un control de los contagios¹⁸.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitieron recomendaciones con el objeto de salvaguardar la vida y la salud, generando discusión acerca de las instalaciones, infraestructura, bienes y servicios tanto sanitarios como médicos. Pese a ello, se presentaron diversos problemas en la atención médica debido a las malas condiciones hospitalarias, de higiene, falta de profesionales de la salud capacitados y competentes, insumos y materiales insuficientes, poco conocimiento sobre la enfermedad y en general, la escasez de recursos¹⁹.

En México, se estableció un acuerdo por el que se instauraron las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud, que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19); el cual estableció medidas preventivas para los sectores público, privado y social, donde se evitaba la asistencia a lugares concurridos, la suspensión temporal de las actividades escolares y la protección de los grupos de riesgo. Para tal fin, la Administración Pública Federal, debió garantizar la continuidad de su operación y la continua protección de los derechos humanos. Esto, sumado a las medidas básicas de higiene que toda la población debió atender²⁰.

No obstante, no fue el único documento rector en materia de atención contra el coronavirus. La tabla siguiente, presenta la normativa publicada en esta materia en el Diario Oficial de la Federación y las recomendaciones que establece para proteger el derecho de la salud de la población y los casos confirmados de esta enfermedad.

La tabla 1, demuestra como a lo largo de la pandemia, se publicaron acuerdos en materia de restricciones de movilidad, aislamiento, cierre temporal de actividades económicas no esenciales; así como de reactivación económica.

Materiales y métodos

Este artículo se fundamentó en un enfoque cualitativo, debido a que, a través del análisis documental, crítico y la reflexión se analizó la protección de los derechos humanos y la ética en los servicios hospitalarios durante la pandemia de la COVID-19, considerando la atención de quienes han sobrevivido a esta enfermedad que conllevó a millones de muertes a nivel mundial y que no solo afectó el ámbito sanitario, sino económico y social²¹. Para ello, se estudió información de los últimos tres años para contar con un panorama acerca de las dificultades del servicio médico hospitalario durante la pandemia y cómo se direccionó la práctica médica con base en la ética. Lo cual, incluyó el análisis de los decretos, lineamientos y políticas emitidas por el Gobierno de México y publicados en el Diario Oficial de la Federación relativos a la atención de la pandemia de la COVID-19, así como los difundidos en el portal de internet del Gobierno de México destinado al coronavirus, durante el período del 2020 al 2023.

En lo que respecta a la estadística del servicio hospitalario durante la pandemia se consultaron los datos del Gobierno de México que emitió la Secretaría de Salud en coordinación con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), los datos generados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y los emitidos por la Universidad Nacional Autónoma de México a través del “Sistema de Información de la Red IRAG”. El periodo de estudio va del 2020 al 2023, es decir, desde que se comenzó a producir esta información al año actual.

Esta investigación se presentó con un enfoque inductivo, que partió de lo general a lo particular. Fue una investigación descriptiva porque buscó abordar las características del fenómeno, sus alcances, estableciendo opiniones con respecto a la idoneidad de las estrategias establecidas para atender el derecho a la salud. Para el desarrollo de la investigación se utilizaron libros, revistas científicas, informes y opiniones³⁰.

Resultados

Como se describió al inicio de esta investigación en México hospitales particulares y del sector público, se transformaron en unidades de atención de pacientes COVID-19, donde se utilizaron equipos médicos para salvar la vida de cientos de pacientes. En el país, para el 11 de febrero de 2023, a nivel nacional se cuentan con 7,400,848 casos positivos, 332,580 defunciones y una estimación de 25,488 casos activos; de los casos activos el 9.75% requirió hospitalización³¹.

A continuación, a partir de los datos del Sistema de Información Red IRAG, editado por el Instituto de Geografía de la UNAM, se presenta la estadística hospitalaria de los casos de COVID-19 para el período 2020-2023.

Tabla 1. Normatividad en materia de atención de la COVID-19 emitida por el Gobierno de México durante el periodo 2020-2023.

Normatividad	Fecha de Publicación o difusión	Recomendación y estrategias que establece
Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia.	23 de marzo de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Se reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2, COVID-19 en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria. • Mandata a la Secretaría de Salud para que establezca las medidas necesarias para la prevención y control de la epidemia. • Exhorta a los gobiernos de las entidades federativas, en su calidad de autoridades sanitarias y, en general, a los integrantes del Sistema Nacional de Salud a definir, a la brevedad, planes de reconversión hospitalaria y expansión inmediata de capacidad que garanticen la atención oportuna de los casos de la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2, COVID-19, que necesiten hospitalización²¹.
Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).	24 de marzo de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar la asistencia a espacios concurridos a personas con riesgo a desarrollar enfermedad grave. • Suspensión de actividades escolares; del sector público, social y privado que involucren la concentración física; y de eventos masivos. • Cumplir las medidas básicas de higiene consistentes en lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo; saludar aplicando las recomendaciones de sana distancia (evitar saludar de beso, de mano o abrazo) y recuperación efectiva para las personas que presenten síntomas de SARS-CoV2 (COVID-19) (evitar contacto con otras personas, desplazamientos en espacios públicos y mantener la sana distancia, durante los 15 días posteriores al inicio de los síntomas)²⁰.
Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).	27 de marzo de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes. • Adquirir todo tipo de bienes y servicios, a nivel nacional o internacional, entre los que se encuentran, equipo médico, agentes de diagnóstico, material quirúrgico y de curación y productos higiénicos, así como todo tipo de mercancías necesarias para hacer frente a la contingencia, sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla²².
Acuerdo por el que se prohíbe la incineración de cuerpos no identificados e identificados no reclamados fallecidos a consecuencia de la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) y se sugieren medidas para el registro de las defunciones en el marco de la emergencia sanitaria.	17 de abril de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Se prohíbe la incineración de los cuerpos no identificados, o identificados, pero no reclamados, en todo el país fallecidos a consecuencia de la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), así como su inhumación²³.
Información para disminuir el estigma y discriminación durante la pandemia de COVID-19 al personal médico y paramédico.	Junio de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones de concientización sobre el papel del personal de salud durante la pandemia de COVID-19, para disminuir el estigma y la discriminación en los centros hospitalarios²⁴.
Acuerdo por el que se emite como acción extraordinaria ante la epidemia de COVID-19, y como una medida preventiva en beneficio de toda la población, la impartición de contenidos que fomenten y promuevan estilos de vida saludables.	01 de septiembre de 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Impartir contenidos educativos que fomenten y promuevan estilos de vida saludables, así como de educación para la salud²⁵.
Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México.	08 de enero de 2021.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer las medidas, políticas y estrategias en materia de vacunación contra la COVID-19 en todo el territorio nacional²⁶.
Acuerdo por el que se establecen brigadas especiales, como una acción extraordinaria en materia de salubridad general, para llevar a cabo la vacunación como medida para la mitigación y control de la enfermedad COVID-19, en todo el territorio nacional.	21 de enero de 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de brigadas especiales para vacunación contra la COVID-19 en todo el territorio nacional²⁷.
Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la nueva metodología del semáforo por regiones para evaluar el riesgo epidemiológico que representa la enfermedad grave de atención prioritaria COVID-19.	27 de julio de 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer criterios para la semaforización del riesgo epidemiológico por la COVID-19²⁸.
Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de los Lineamientos para la Continuidad Saludable de las Actividades Económicas ante COVID-19.	07 de octubre de 2022.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar acciones de control para continuar mitigando la pandemia, considerando prácticas sanitarias y de etiqueta²⁹.

Fuente: Elaboración propia con base en el Gobierno de México.



Tabla 2. Ocupación de camas en hospitalización general para el período 2020-2023 en las entidades federativas (%).

Entidad Federativa	11/02/2023	11/02/2022	11/02/2021	01/04/2020
Aguascalientes	39.28	51.14	29.79	
Zacatecas	34.21	25.64	32.52	
Oaxaca	24.44	33.81	49.89	100.00
Nayarit	23.07	42.33	44.16	
Hidalgo	18.03	46.08	55.10	
Sinaloa	14.58	32.97	29.91	
Nuevo León	13.04	48.09	50.39	
Chihuahua	12.82	31.67	12.95	
Querétaro	12.50	38.20	44.10	
Tamaulipas	12.50	32.87	21.65	
Durango	9.37	37.01	32.02	
Ciudad de México	8.64	39.74	75.07	100.00
Colima	7.14	48.24	34.55	
Guerrero	7.14	27.39	58.42	
Coahuila de Zaragoza	7.03	34.00	22.13	
Guanajuato	6.75	32.19	57.54	100.00
Tabasco	6.00	20.70	17.26	
Jalisco	5.00	37.58	36.35	
Veracruz de Ignacio de La Llave	4.24	36.07	38.86	
Michoacán de Ocampo	4.15	22.95	39.54	
Puebla	3.93	56.28	63.53	
San Luis Potosí	3.22	30.59	27.55	
Baja California	2.55	25.58	21.60	
México	2.39	36.86	69.73	100.00
Morelos	2.38	36.86	65.91	
Tlaxcala	2.08	23.01	30.12	
Sonora	1.21	37.65	32.66	
Yucatán	0.64	9.51	14.84	
Baja California Sur	0.00	31.20	33.45	
Campeche	0.00	5.02	5.60	
Chiapas	0.00	6.98	9.56	
Quintana Roo	0.00	11.24	19.43	

Nota. *Para el 01 de abril de 2020, que fue la fecha en que se iniciaron a generar estas estadísticas, solo se contaban con los datos de Ciudad de México, Guanajuato, México y Oaxaca. Los datos se presentan de forma descendente con base a los resultados para el día 11 de febrero de 2023.

Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Información de la Red IRAG de la UNAM³².

Tabla 3. Ocupación de camas con ventilador para el período 2020-2023 en las entidades federativas (%).

Entidad Federativa	11/02/2023	11/02/2022	11/02/2021	01/04/2020
Colima	6.66	24.61	47.42	
Tlaxcala	5.88	20.00	54.36	
Oaxaca	5.55	32.22	48.55	
Chihuahua	4.87	19.52	23.70	
Coahuila de Zaragoza	4.25	17.91	29.66	
Nuevo León	3.77	28.62	53.25	
Hidalgo	3.44	27.55	46.34	
Tamaulipas	2.94	20.28	23.29	
Tabasco	2.73	10.90	34.31	
Aguascalientes	2.56	44.09	50.43	
Morelos	2.56	21.12	45.66	
México	2.16	26.90	58.48	16.66
Querétaro	2.12	28.10	40.12	
Sonora	1.96	24.09	22.83	
Puebla	1.70	16.77	42.51	
Ciudad de México	1.60	35.45	66.19	65.82
Yucatán	1.09	10.63	25.38	
Veracruz de Ignacio de La Llave	0.68	18.09	42.92	
Jalisco	0.56	33.79	39.92	
Guanajuato	0.53	12.33	34.88	7.69
Baja California	0.00	21.64	35.35	
Baja California Sur	0.00	20.25	26.63	
Campeche	0.00	2.36	5.88	
Chiapas	0.00	6.09	13.04	
Durango	0.00	17.18	24.36	
Guerrero	0.00	12.57	37.89	
Michoacán de Ocampo	0.00	15.31	40.77	
Nayarit	0.00	23.33	30.76	
Quintana Roo	0.00	3.58	17.67	
San Luis Potosí	0.00	20.00	39.50	
Sinaloa	0.00	18.46	27.56	
Zacatecas	0.00	12.04	30.45	

Nota. *Para el 01 de abril de 2020, que fue la fecha en que se iniciaron a generar estas estadísticas, solo se contaban con los datos de Ciudad de México, Guanajuato, México y Oaxaca. Los datos se presentan de forma descendente con base a los resultados para el día 11 de febrero de 2023.

Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Información de la Red IRAG de la UNAM³².

De acuerdo con la tabla 2, al inicio de la pandemia, entre los años 2020 y 2021, la Ciudad de México, el Estado de México, Morelos, Guanajuato, Oaxaca, Puebla y Morelos fueron los estados del país con mayor ocupación de camas en hospitalización general. Para 2023, con los esfuerzos realizados, el porcentaje en las entidades disminuyó drásticamente y las entidades de Aguascalientes, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit e Hidalgo son las que lideran este indicador.

Con base en la tabla 3, se observa que ha disminuido con rapidez el porcentaje de camas con ventilador ocupadas. En las entidades de Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Durango, Guerrero, Michoacán de Ocampo, Nayarit, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa y Zacatecas actualmente no se encuentran ocupadas las camas de este tipo disponibles.

Con respecto a la tabla 4, actualmente, las únicas entidades federativas donde se cuenta con ocupación de camas con ventilador en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son Baja California, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Puebla y Guanajuato, es decir, solo en el 19% de los estados de la república, cuando para 2020 la ocupación era generalizada en todo el país.

Con el contexto que presentan las tablas anteriores, debe considerarse, que la pandemia, puso en evidencia una serie de prácticas y omisiones que arriesgaron la protección y el ejercicio de los derechos humanos, lo que se reflejó en mayores problemas de atención a la discriminación, la desigualdad de los pueblos indígenas y adultos mayores, el maltrato hacia la población migrante, la violencia de género, el deficiente acceso a los servicios de salud, a la vivienda y a la seguridad social.

Si bien, ya se habían vivido periodos de crisis social en décadas anteriores, la naturaleza de esta, y que se ilustra en la situación hospitalaria; ocasionó un cambio en los paradigmas de las políticas públicas. Cada país, adaptó sus propias medidas, con gobiernos que asumieron su compromiso y protagonismo en contener la enfermedad; no solo considerando su financiamiento sino también su gestión y evaluación. En los servicios de salud, el Estado mantuvo desde el inicio una presencia activa protegiendo a todos los individuos sin importar su condición. No obstante, uno de los retos fue vigilar el cumplimiento de estas políticas que buscaban proteger la vida y la integridad de los habitantes; ya que no podía hablarse de una sanidad selectiva, debido a que es inaceptable en estos tiempos de gobernanza.

La contención del virus tomó entonces un giro público complejo; donde se buscó disminuir el impacto de la COVID-19 en los sistemas de salud. A la fecha, siguen apareciendo nuevas variantes del virus, con mayor letalidad y nivel de

Tabla 4. Ocupación de camas con ventilador en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para el período 2020-2023 en las entidades federativas (%).

Entidad Federativa	11/02/2023	11/02/2022	11/02/2021	01/04/2020
Baja California	33.33	18.75	45.33	
Chihuahua	20.00	30.55	34.78	
Durango	7.69	33.33	52.85	
Nuevo León	6.66	45.49	70.54	
Puebla	4.44	38.88	63.82	
Guanajuato	2.38	40.00	58.51	7.69
Aguascalientes	0.00	65.00	64.94	
Baja California Sur	0.00	0.00	28.57	
Campeche	0.00	6.66	8.82	
Chiapas	0.00	0.00	17.64	
Ciudad de México	0.00	69.67	87.66	65.82
Coahuila de Zaragoza	0.00	27.27	28.57	
Colima	0.00	0.00	26.08	
Guerrero	0.00	12.50	37.27	
Hidalgo	0.00	46.15	47.43	
Jalisco	0.00	57.54	44.00	
Michoacán de Ocampo	0.00	28.57	30.76	
Morelos	0.00	0.00	57.14	
México	0.00	29.33	72.36	33.33
Nayarit	0.00	0.00	6.66	
Oaxaca	0.00	35.29	70.09	
Querétaro	0.00	58.82	80.00	
Quintana Roo	0.00	0.00	28.00	
San Luis Potosí	0.00	34.28	30.58	
Sinaloa	0.00	19.67	36.44	
Sonora	0.00	40.47	20.63	
Tabasco	0.00	29.54	50.00	
Tamaulipas	0.00	39.43	45.29	
Tlaxcala	0.00	0.00	75.00	
Veracruz de Ignacio de La Llave	0.00	27.86	45.91	
Yucatán	0.00	20.83	76.31	
Zacatecas	0.00	22.22	80.00	

Nota. *Para el 01 de abril de 2020, que fue la fecha en que se iniciaron a generar estas estadísticas, solo se contaban con los datos de Ciudad de México, Guanajuato, México y Oaxaca. Los datos se presentan de forma descendente con base a los resultados para el día 11 de febrero de 2023.

Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Información de la Red IRAG de la UNAM³².

contagio. Pese a que se han minimizado las restricciones y otras estrategias como el uso del cubrebocas, aun en algunos países es latente el riesgo de volver a los niveles de inicio de la pandemia. La vacunación, fue otra política que marcó un

antes y un después en este período histórico. Por otro lado, hay naciones que aún están haciendo esfuerzos sobrehumanos para que la atención a la salud llegue a toda su población³³.

Durante la pandemia COVID-19, se produjeron violaciones al derecho a la salud, debido a la falta de provisiones para el tratamiento intensivo que se realiza en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), debido a la falta de disposición de camas, la nula asistencia y poca disponibilidad de respiradores mecánicos. De igual forma, se suscitaron casos de discriminación para el acceso a la salud. Las barreras en el acceso a los servicios básicos y a derechos sustanciales como los vinculados a la salud, generaron una crisis hospitalaria que afectó a todo el sistema de salud³⁴.

En México, el gobierno federal y de las entidades federativas, de acuerdo con sus facultades formularon medidas sanitarias propiciadoras de mejor entorno de bienestar y de protección de la integridad de las personas, que no solo se centraron en el ámbito de la salud y hospitalario, sino que incluyeron aspectos como la movilidad, la gestión empresarial, el empleo y el comercio. En lo que concierne al tema de la salud, las políticas y las instituciones existentes buscaron generar un escenario propicio en la práctica médica, pese a las amenazas y daños a la infraestructura hospitalaria. En algunos casos, la población se manifestó en contra de que hospitales se convirtieran en centros de atención COVID-19, ya que representaron un foco de contagio. No obstante, la atención de la salud no pudo detenerse, debido a la obligación legal del Estado.

La discriminación no solo afectó a los usuarios de los servicios de salud, sino también a los profesionales de la salud, como médicos y personal de enfermería; lo que puso en riesgo su integridad y vida. Para abril de 2020, en el Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) se recibieron 159 quejas vinculadas con esta pandemia, por agresiones y actos delictivos contra personal del sector salud³⁵.

La protección de los derechos humanos en tiempos de pandemia, requirió la intervención de toda la comunidad, dejando de lado toda forma de discriminación y estigmatización, garantizando el acceso gratuito a las pruebas de detección de COVID-19 y eliminando las barreras del acceso a la salud en las comunidades más alejadas de las ciudades.

A como la pandemia iba avanzando, las experiencias y condiciones modificaron las políticas de salud, siempre buscando la atención integral, servicios y diagnósticos necesarios para quienes fueron víctimas de esta enfermedad, siendo esencial el papel de los funcionarios de salud³⁶.

En México, la Ley General de Salud regula la política en materia de emergencia sanitaria, donde el Consejo de Salubridad General deberá implementar las medidas adecuadas para la

seguridad en salud, con base en los estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud. Esta legislación en comento, define el papel de las autoridades y los particulares en caso de pandemia³⁷. Como se observó, el personal de salud fue el más involucrado en la atención directa de los enfermos de COVID-19. Su atención enfrenta diversos retos, donde se han identificado los denominadas “tres p”, que son el pandemónium, procedente de la celeridad del avance de la pandemia y del caos inicial para dar respuesta; la precariedad del sistema de salud para resolver un problema de salud pública de estas características, y la paranoia nacida en la respuesta social del temor ante lo desconocido³⁸.

La COVID-19 ocasionó un cambio en la organización y asistencia del sistema sanitario que impactó de forma directa a la gestión de su comunicación de los hospitales, tanto interna como externa. De forma interna, la ética y la moral, buscaron humanizar la atención de la salud, ofreciendo información oportuna y aplicando los mejores mecanismos para empatizar con los usuarios de los hospitales y sus familiares. Externamente, se dejó de lado la desinformación, difundiendo las medidas de prevención y atención de la COVID-19 y las enfermedades relacionadas con ella, y las que presentan como secuela. Aquí, el papel de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) fue esencial para la apropiación del conocimiento de la salud y el intercambio de información entre las instituciones de salud y los grupos de interés a su alrededor. Al igual, la llamada telemedicina, se manifestó como una nueva vía de comunicación entre el médico y el paciente³⁹. Las áreas de urgencias y hospitalización, que tuvieron un papel más activo en la pandemia, se beneficiaron de estas estrategias, al tiempo que su personal se capacitó para gestionar de forma eficiente la presión y el estrés al que fueron expuestos³⁹.

En el caso de las secuelas por COVID-19 que requieren atención, se encuentran la debilidad muscular y los problemas respiratorios, que necesitan de rehabilitación y terapia, ya sea en casa o en alguna institución especializada⁴⁰.

Con esta dirección, las investigaciones sobre la COVID-19, deben incluir el estudio de las secuelas posteriores y los efectos de esta pandemia a nivel físico y psicológico, debido a que existen personas que estas secuelas les impiden su recuperación total, lo que deteriora su integridad y su vida cotidiana, incluyendo su capacidad para trabajar. Los problemas a la salud que surgen post COVID-19 incluyen síntomas del tracto respiratorio, trastornos psiquiátricos, neurológicos, ansiedad y algunas lesiones inflamatorias, por lo cual se deben generar los protocolos y medidas para su atención antes que se vuelvan problemas severos de salud pública⁴¹.

Así, la OMS, formuló la definición de lo que se conoce como la enfermedad pos-COVID-19, la cual contraen los individuos que han tenido infecciones, confirmadas o probables, de coronavirus, aparece noventa días después del inicio de los síntomas de coronavirus, durando sus síntomas hasta dos meses más. Por su reciente conceptualización, no existen muchas investigaciones que lo estudien y tratamientos que lo ataquen. Sus síntomas incluyen la fatiga, dificultad para respirar y disfunción cognitiva. Esto deja en claro que la COVID-19, tiene efectos en el largo plazo, principalmente en el sistema pulmonar, cardiovascular y nervioso, incluyendo también efectos psicológicos. Estos cuadros de esta nueva enfermedad, se dan con mayor frecuencia en mujeres, personas de mediana edad y en aquellos que mostraron más síntomas al inicio de estar contagiados.

La definición de esta enfermedad, es un avance para su estandarización y reconocimiento, para que el personal médico y sanitario la reconozca en sus pacientes y realicen la intervención pertinente, a través de modelos sanitarios integrales. Un reto es que no existen pruebas para detectar las afecciones posteriores a la COVID-19, por lo que sus causas no son completamente claras⁴².

A través de estos paradigmas, los derechos humanos en tiempos de COVID-19, en los servicios de salud y hospitalarios, no terminan cuando el paciente tiene una prueba negativa, sino continúan con la atención de las afecciones posteriores que puedan presentarse. A la fecha, los sistemas de salud deben formular las políticas necesarias atendiendo no solo los síntomas de quienes se contagian, sino también en como integrar nuevamente a su vida cotidiana a quienes presentan secuelas, respetando en todo momento su integridad y dignidad humana.

Al hablar de la ética en el servicio médico, debe comprenderse que el fin de este último es propiciar un bienestar físico y mental, curar y aliviar enfermedades, desde un sentido humanista. El médico, debe ser un profesional con competencias surgidas a partir del conocimiento científico y las verdades actualizadas. La ética médica, es una disciplina que busca el beneficio del paciente, privilegiando su dignidad y su vida, con un alto sentido de alta responsabilidad⁴³. Hipócrates, fue uno de los primeros pensadores de la ética médica, que sigue siendo vigente desde la Asociación Médica Mundial (AMM) teniendo como pilares la ética y los derechos humanos en la práctica de esta profesión⁴⁴.

Hoy en día, la telemedicina y otras tecnologías, han evolucionado la relación médico-paciente, pero siempre basándose en la reflexión filosófica y en la moral⁴⁵. La medicina, exige trabajo en equipo y coordinado, responsable y digno; donde la comunicación es fundamental para crear un ambiente positivo y prudente. El médico, no solo se involucra

con el paciente, sino también con sus familiares y amigos, para enfrentar la situación que conlleva la enfermedad, siendo capaz de ofrecer toda la ayuda que pueda⁴⁶.

Además, en la práctica médica, el triaje, es un sistema encargado de la selección y clasificación de los pacientes en los servicios de urgencia, el cual se basa en las necesidades terapéuticas y los recursos con que se dispone, diferenciando a los pacientes. Este criterio persistió en la pandemia, pese a la urgencia sanitaria, lo cual evitó injusticias, discriminaciones, vulneraciones o exclusiones de pacientes; con el respeto al derecho fundamental a la salud y la vida. Es una herramienta que privilegia la ética de la salud pública para maximizar el bien social⁴⁷.

En otro sentido, en cuanto a los principios éticos en la atención hospitalaria durante la emergencia sanitaria, es importante mencionar que estos se encuentran vinculados con la protección de los derechos humanos e intrínsecamente ligado a la gestión pública en materia de salud. En este sentido, el brote de la COVID-19, evidenció la carencia y dificultades operativas de los sistemas de protección en salud, lo cual hizo compleja la atención médica durante la pandemia. Aun en estas circunstancias, médicos y personal de salud tenían que continuar laborando bajo un enfoque ético que defienda la dignidad humana.

El derecho a la salud, debe caracterizarse por las prácticas profesionales éticas en todos las instituciones de salud. Al inicio de la pandemia, existió una preocupación por implementar medidas objetivas, criterios fundados y principios éticos con el fin de orientar a los profesionales de la salud y a las organizaciones sobre cómo manejar esta crisis sanitaria, centrándose en la atención y control de la población contagiada y sus familiares.

Este último grupo de población, en esta pandemia, ha sufrido rechazo en ocasiones por su condición de pobreza, estando en una situación de vulnerabilidad. La confidencialidad, ha sido otro de los principios éticos que se han implementado, ya que el personal de salud debe contar con el consentimiento informado de las personas contagiadas antes de utilizar los datos vinculados a la enfermedad del paciente.

La atención ética de la salud en pacientes de COVID-19, incluye que el Estado debe asegurar las vías para ejecutar indagaciones acerca de los errores en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que pueda recibir el paciente⁴⁸.

La práctica clínica en estos últimos años se ha visto entonces envuelta en presiones, adaptándose a las circunstancias y cargas de trabajo extremas, donde el personal debía reflejar su capacidad de enfrentar los nuevos dilemas morales y éticos. Enfoques como la bioética y los derechos humanos desempeñan

en este fenómeno un papel fundamental, empoderando al paciente. El cuidado humano, debe contextualizarse bajo la preocupación auténtica por el prójimo, con amabilidad; lo cual sirve de contrapeso contra el dolor, la ansiedad, la angustia, el sentimiento de pérdida, el temor de lo desconocido y otros sentimientos que afectan al paciente y a sus familiares en estas situaciones de vulnerabilidad.

Pese a que el exceso de pacientes puso en jaque hospitales y demás instituciones de salud, el personal de salud se ha caracterizado por hacer como propios los dolores e incertidumbre que aquejan a los enfermos, comprenden su sufrimiento y miedo. Lo anterior, en un contexto en que las jornadas laborales eran largas debido a la escasez de personal de salud.

Es importante destacar que el aislamiento hizo más fuerte esta vulnerabilidad por el miedo de contagio de los familiares de los pacientes. Así, la humanización de la atención de la salud fue fundamental para atender la pandemia, trabajando con empatía, comunicación y compasión.

La COVID-19 representó un punto de cambio frente a la seguridad económica y sanitaria, ya que ningún país estaba preparado para afrontar una situación de esta magnitud. En este, la ética y los derechos humanos propiciaron una respuesta adecuada conforme a las libertades y el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la salud y a la vida, entre otros, basando el gobierno su atención en los valores⁴⁹.

Discusión

La pandemia de la COVID-19 no representó una excusa para la realización de actos de violación de los derechos humanos. Las acciones en el sector hospitalario y de la salud en general, se implementaron respetando los estándares internacionales, las mejores prácticas y el conocimiento disponible⁵⁰.

Las recomendaciones y estrategias para controlar la pandemia, abarcaron del ámbito internacional hasta el local, considerando la inclusión de la población rural en la atención de la enfermedad, el trabajo coordinado para la organización de los equipos de salud y la sistematización de la información, promoviendo una práctica interprofesional y el intercambio de tareas para expandir la capacidad de atención⁵¹. Otra estrategia fundamental, se realizó al buscar que los centros de salud de atención primaria, contarán con los elementos de información, prevención, atención y tratamientos esenciales para adelantarse a la atención de los casos graves. Las áreas de hospitalización y emergencia deberían contar con capacidad de atención, lo que incluye ambulancias, camas, espacios adecuados y medios para facilitar el traslado oportuno de pacientes, quienes también tienen derecho a la protección,

manejo adecuado y conocimiento de su historial médico. En casos extremos, los países deberían considerar los cuidados paliativos en casos graves.

Por otro lado, los pacientes que sobrevivan al virus, en algunos casos necesitarán de rehabilitación y seguimiento de las secuelas. La población de las regiones rurales y de lugares alejados a los centros de población, son los que tuvieron mayores dificultades para tener acceso a estas acciones.

Un criterio de aplicación general durante la pandemia para todos los países, fue el derecho de los pacientes y sus familiares a contar por parte de los prestadores de servicios médicos de una información oportuna, completa, comprensible y clara sobre su situación médica; informándole de igual manera sobre su diagnóstico, las alternativas, beneficios, posibles efectos y riesgos sobre su tratamiento.

Desde el otro lado de la moneda, cuando se abordan los derechos del personal de salud, uno de ellos estriba en la búsqueda de su estabilidad laboral, descanso y remuneración adecuada, ya que se sometieron a largas jornadas de trabajo llenas de presiones y exposición a este virus. A lo que también era necesario que contaran con todo lo necesario para su protección personal y bioseguridad.

En los casos de fallecimiento que se suscitaron, los familiares tuvieron en todo el momento el derecho de que fuera respetada su integridad personal y salud mental, recibiendo información sobre sus seres queridos; teniendo asimismo el derecho de poder llevar su duelo y realizar sus ritos mortuorios, a la vista de sus tradiciones y religión, bajo las recomendaciones de las autoridades de salud para proteger la salud de los mismos familiares¹⁸.

En México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) efectuó las acciones y ajustes necesarios para vigilar y dar seguimiento a los acuerdos y medidas de seguridad sanitaria establecidos por la Organización Mundial de la Salud y demás organismos en la materia. Atendiendo de manera prioritaria las quejas recibidas por probables violaciones a los derechos humanos a consecuencia de la COVID-19. Al inicio de la pandemia en el año 2020, la CNDH generó discusión y opinión sobre las acciones emprendidas por los gobiernos⁵².

Otra medida que fue fundamental para la gestión de la pandemia, fue la reconversión hospitalaria, la cual se realizó de forma temprana en una labor conjunta entre las autoridades hospitalarias y el personal de salud. Se incrementaron las áreas de terapia intensiva y se buscaron recursos, a fin de equipar dichas áreas conforme a las necesidades del momento. No obstante, los materiales y equipos como los de ventilación eran insuficientes con respecto a la demanda, haciendo más compleja la atención hospitalaria⁵³.

A partir de estos escenarios, es que los sistemas de salud se vieron obligados a buscar apoyo de toda la sociedad civil, el sector privado, académico y de investigación; con el propósito de trabajar en conjunto para prevenir, detectar, dar tratamiento y ayudar a la recuperación de los enfermos. Sin embargo, la tarea del sector salud continúa, ya que además que se siguen suscitando casos de COVID-19, existen pacientes que aún tienen secuelas y que deben ser atendidas sin importar condiciones de cualquier tipo⁵⁴.

Como se analizó al inicio de esta investigación, organismos la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud, emitieron recomendaciones y estrategias para proteger el derecho humano a la salud de la población en general y de los contagiados por esta enfermedad. A lo que paralelamente, el Gobierno de México, en estos últimos tres años, ha emitido decretos y acuerdos para mitigar los efectos de la pandemia, proteger la integridad de la población, proteger el acceso a los servicios hospitalarios, generar entornos seguros para los grupos vulnerables, promover la vacunación, proteger la seguridad del personal médico y hospitalario, y dar paso a la conocida nueva normalidad.

Más aún, la toma de conciencia, la corresponsabilidad y la ética, si bien no fueron motivo de regulación por el gobierno mexicano; su ejercicio fue significativo para contar con servicios de calidez en los hospitales y demás instituciones de salud. La protección de los derechos humanos en la COVID-19 incluyen recibir información objetiva, atención sanitaria y un tratamiento oportuno, acceso a servicios para la prevención y atención de la violencia, acceso a programas de seguridad alimentaria, protección ante los riesgos de contagio, respeto a la identidad de género en el ámbito hospitalario, a la disponibilidad de servicios públicos y a la atención post hospitalaria⁵⁵.

Al mismo tiempo, la moral, fue primordial en la COVID-19, dando pie a la toma de decisiones bajo el concepto del juramento hipocrático en la práctica médica, con fundamentos como el triaje y demás precepción del orden de la ética médica. El personal médico, tuvo la tarea de identificar las situaciones de riesgos que podrían vulnerar los derechos humanos para fomentar en ellos los valores y la corresponsabilidad⁵⁶.

La COVID-19 ha trazado dilemas éticos para los gobiernos, sus sistemas sanitarios, los profesionales de la salud, las personas con la enfermedad y para la sociedad en su conjunto, los cuales fueron gestionados desde la moral y los valores⁵⁷. La ética, desde sus comienzos, se ligó a la medicina, siendo la ética médica un núcleo que contextualiza los principios morales que se aplican a la práctica clínica, a partir de conceptos y guías basadas en valores. Durante la pandemia, estos elementos revistieron la acción médica y hospitalaria,

hacia un cuidado respetuoso y digno, con trabajo en equipo, reciprocidad, flexibilidad, capacidad y toma de decisiones. La COVID-19 ha sido la base para una nueva cultura social y ha dejado entrever nuevos desafíos éticos a los que se enfrenta la medicina⁵⁸.

La ética y la moral, han sido aliados en la protección de los derechos humanos, en un ambiente complejo debido al aislamiento, la cuarentena, la crisis médica y hospitalaria. El liderazgo, ha sido fundamental en la respuesta al coronavirus, donde fue necesaria la intervención activa de toda la sociedad, en un entorno de corresponsabilidad.

La ética, es un componente necesario para las decisiones políticas, que conlleva al compromiso hacia todas y todos, que en esta emergencia que aún no termina, debe seguir siendo la base para el rumbo de su atención, que debe centrarse en su impacto y sus efectos⁵⁹.

Conclusiones

El ejercicio ético y la protección del derecho humano, sin importar las circunstancias del momento, deben prevalecer en cualquier sociedad, por lo que desde el inicio de la emergencia sanitaria por la COVID-19, fueron la base para el establecimiento de las medidas y políticas necesarias para atender y combatir los efectos negativos de esta pandemia.

En materia de salud, no solo se centró la atención en su acceso, sino a la disponibilidad, calidad, eficiencia, rapidez y trato durante la misma; concientizando al personal médico y de hospitales para que sus actos se realizarán con pleno respeto de la dignidad humana, amabilidad, empatía y comprensión.

Aunado, se consideró en la acción pública vinculada con la COVID-19, el papel que juegan los familiares de los pacientes, cuando estos fueron atendidos, hospitalizados y en los peores casos en los que fallecieron. Fue un escenario complejo que requirió del fortalecimiento de la ética y la moral, considerando que el fin último era proteger la vida humana.

Hoy, a más de dos años del inicio de la pandemia, aún continúan apareciendo nuevos casos, nuevas variantes del virus y nuevos fenómenos como las enfermedades que el coronavirus deja como secuela en el sistema respiratorio, inmunológico, nervioso y en la salud mental. Pese a que organismos internacionales como la OMS y la CIDH, por mencionar algunas, han generado discusión sobre estas temáticas; es necesario que las Instituciones de Educación Superior y los Centros de Investigación orienten parte de sus investigaciones en caracterizar y comprender esta nueva normalidad, para aprender de esta pandemia y mejorar la respuesta ante ellas en el futuro.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización y diseño, L.P.C.; Metodología, L.P.C.; Adquisición de datos y Software, L.P.C.; Análisis e interpretación de datos L.P.C.; Investigador Principal, L.P.C., Investigación, L.P.C.; Redacción del manuscrito—Preparación del borrador original, L.P.C.; Redacción revisión y edición del manuscrito, L.P.C.

Referencia

1. A. Alves Cunha, A. Quispe Cornejo, A. Ávila Hilari, A. Valdivia Cayoja, J. Chino Mendoza y O. Vera Carrasco, «Breve historia y fisiopatología del covid-19,» Cuadernos Hospital de Clínicas, vol. 61, n° 1, pp. 130-143, 2020.
2. Amnistía Internacional, «Amnistía Internacional,» Siete maneras en que el coronavirus afecta a los derechos humanos, 05 febrero 2020. [En línea]. Disponible: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/02/explainer-seven-ways-the-coronavirus-affects-human-rights/>. [Último acceso: 20 enero 2023].
3. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, «Los derechos humanos en tiempos de coronavirus,» Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, México, 2020. [En línea] Disponible: https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2020/07/2020_Ciudad_defensora_7.pdf [Último acceso: 20 enero 2023]
4. M. Zeind Chávez, «Nexos,» Suspensión de derechos o declaratoria de emergencia sanitaria, ¿cuál es la vía idónea para enfrentar el Covid-19? , 18 marzo 2020. [En línea]. Disponible: <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/suspension-de-derechos-humanos-o-declaratoria-de-emergencia-sanitaria-cual-es-la-mejor-figura-para-enfrentar-el-covid-19-en-mexico/> [Último acceso: 20 enero 2023].
5. F. Valdés Ugalde, «La Covid-19 y el vacío de la postpolítica. Hacia un Estado más allá de la nación,» Revista mexicana de ciencias políticas y sociales, vol. 66, n° 242, pp. 85-108, 2021. doi.org/10.22201/fcyps.2448492xe.2021.242.79329.
6. L. Lara Romero y V. Castellanos Suárez, «Derecho a decir adiós, muerte en soledad y duelo crónico en la pandemia COVID-19,» Publicaciones e Investigación, vol. 14, n° 2, pp. 1-14, 2020.
7. Organización Mundial de la Salud, «COVID-19: cronología de la actuación de la OMS,» Organización Mundial de la Salud, 27 abril 2020. [En línea]. Disponible: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>. [Último acceso: 23 noviembre 2022].
8. L. Ríos Vega y I. Spigno, Los derechos humanos en los tiempos de la pandemia COVID-19, Madrid: Tirant lo Blanch, 2022. [En línea] Disponible: <https://editorial.tirant.com/mex/libro/los-derechos-humanos-en-los-tiempos-de-la-pandemia-covid-19-luis-efren-rios-vega-9788413975788> [Último acceso: 20 enero 2023]
9. Human RightsWatch, «Dimensiones de derechos humanos en la respuesta al COVID-19,» Human RightsWatch, 31 marzo 2020. [En línea]. Disponible: <https://www.hrw.org/es/news/2020/03/31/dimensiones-de-derechos-humanos-en-la-respuesta-al-covid-19>. [Último acceso: 17 noviembre 2022].
10. Organización de las Naciones Unidas, «La protección de los derechos humanos durante la crisis del COVID-19,» Organización de las Naciones Unidas, 2022. [En línea]. Disponible: <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/proteger-derechos-humanos-coronavirus>. [Último acceso: 15 noviembre 2022].
11. Organización de las Naciones Unidas, «ACNUDH y COVID-19,» Organización de las Naciones Unidas, 2022. [En línea]. Disponible: <https://www.ohchr.org/es/covid-19>. [Último acceso: 18 noviembre 2022].
12. Pacto Mundial, «Derechos Humanos y COVID 19: claves para el sector privado,» Pacto Mundial, 07 mayo 2020. [En línea]. Disponible: <https://www.pactomundial.org/noticia/lared-espanola-anima-a-las-empresas-adoptar-un-enfoque-de-derechos-humanos-en-la-lucha-contra-la-covid-19-para-no-dejar-a-nadie-atras/>. [Último acceso: 21 noviembre 2022].
13. A. Guterres, «La pandemia expone y explota desigualdades de todo tipo, incluida la de género,» Organización de las Naciones Unidas, 30 abril 2020. [En línea]. Disponible: <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/guterres-covid-19-expone-desigualdad-genero> [Último acceso: 20 enero 2023].
14. Organización de las Naciones Unidas, «El COVID-19 agravó la desigualdad de forma “escandalosa”, advierte Bachelet,» Organización de las Naciones Unidas, 28 septiembre 2021. [En línea]. Disponible: <https://news.un.org/es/story/2021/09/1497602>. [Último acceso: 19 enero 2023].
15. A. I. Canales y D. Castillo Fernández, «Desigualdad social y étnico-racial frente a la covid-19 en Estados Unidos,» Migración / Desarrollo, vol. 18, n° 35, pp. 129-145, 2020.

16. P. López-Roldán y S. Fachelli, Metodología de la Investigación Social Cuantitativa, Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona, 2017 [En línea] Disponible: https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163564/metinvsoccua_a2016_cap1-2.pdf [Último acceso: 20 enero 2023]
17. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, «Resolución No. 1/2020,» OEA, Washington D. C., Estados Unidos, 2020 [En línea] Disponible: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf> [Último acceso: 18 enero 2023]
18. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, «Resolución No. 4/2020,» OEA, Washington D. C., Estados Unidos, 2020 [En línea] Disponible: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/resolucion-4-20-es.pdf> [Último acceso: 18 enero 2023]
19. Organización Mundial de la Salud, «Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19,» Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2020 [En línea] Disponible: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52729/OPSIMSHSSCOVID-19200032_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Último acceso: 18 enero 2023]
20. Gobierno de México, «Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19),» Diario Oficial de la Federación, México, 2020 [En línea] Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020#gsc.tab=0 [Último acceso: 19 enero 2023]
21. Gobierno de México, «Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante d,» Consejo de Salubridad General, México, 2020 [En línea] Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5617650&fecha=06/05/2021#gsc.tab=0 [Último acceso: 19 enero 2023]
22. Gobierno de México, «Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19),» Presidencia de la República, México, 2020 [En línea] Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020#gsc.tab=0 [Último acceso: 19 enero 2023].
23. Gobierno de México, «Acuerdo por el que se prohíbe la incineración de cuerpos no identificados e identificados no reclamados fallecidos a consecuencia de la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) y se sugieren medidas para el registro de las defunciones en el marco de l,» Secretaría de Salud y Secretaría de Gobernación, México, 2020 [En línea] Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5591880&fecha=17/04/2020#gsc.tab=0 [Último acceso: 19 enero 2023].
24. Gobierno de México, «Información para disminuir el estigma y discriminación durante la pandemia de COVID-19 al personal médico y paramédico,» Secretaría de Salud, México, 2020 [En línea] Disponible: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental_EstigmaDiscriminacion.pdf [Último acceso: 19 enero 2023].
25. Gobierno de México, «Acuerdo por el que se emite como acción extraordinaria ante la epidemia de COVID-19, y como una medida preventiva en beneficio de toda la población, la impartición de contenidos que fomenten y promuevan estilos de vida saludables,» Secretaría de Educación y Secretaría de Salud, México, 2020. [En línea] Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5599525&fecha=01/09/2020#gsc.tab=0 [Último acceso: 19 enero 2023].
26. Gobierno de México, «Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México,» Secretaría de Salud, México, 2021 [En línea] Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609647&fecha=08/01/2021#gsc.tab=0 [Último acceso: 19 enero 2023].

27. Gobierno de México, «Acuerdo por el que se establecen brigadas especiales, como una acción extraordinaria en materia de salubridad general, para llevar a cabo la vacunación como medida para la mitigación y control de la enfermedad COVID-19, en todo el territorio nacional.» Secretaría de Salud, México, 2021[En línea] Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5610149&fecha=21/01/2021#:~:text=%2D%20E1%20presente%20Acuerdo%20tiene%20por,COVID%2D19%2C%20en%20todo%20e1[Último acceso: 19 enero 2023].
28. Gobierno de México, «Acuerdo por el que se da a conocer el medio de difusión de la nueva metodología del semáforo por regiones para evaluar el riesgo epidemiológico que representa la enfermedad grave de atención prioritaria COVID-19.» Secretaría de Salud, México, 2021 [En línea] Disponible: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5624896&fecha=27/07/2021#gsc.tab=0[Último acceso: 19 enero 2023].
29. Gobierno de México, «ACUERDO por el que se da a conocer el medio de difusión de los Lineamientos para la Continuidad Saludable de las Actividades Económicas ante COVID-19.» Secretaría de Salud, México, 2020[En línea] Disponible: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5667605&fecha=07/10/2022#gsc.tab=0[Último acceso: 19 enero 2023].
30. R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio, Metodología de la investigación, México: Mc Graw Hill, 2014
31. C. Smith, «¿Cómo contarán esta pandemia los libros de historia?», BBC News, 05 septiembre 2021. [En línea]. Disponible: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-58407354>. [Último acceso: 21 noviembre 2022].
32. Gobierno de México, «Información General.» COVID-19 México, 11 febrero 2023. [En línea]. Disponible: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>. [Último acceso: 12 febrero 2023].
33. UNAM, «Sistema de Información de la Red IRAG.» UNAM, 11 febrero 2023. [En línea]. Disponible <https://www.gits.igg.unam.mx/red-irag-dashboard/reviewHome>. [Último acceso: 12 febrero 2023].
34. CEPAL, «COVID-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión» CEPAL, México, 2020[En línea] Disponible: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46182/1/S2000743_es.pdf[Último acceso: 21 enero 2023].
35. L. Pazmiño Freire, «Derecho a la salud y Covid-19. Una lectura en clave de derechos humanos: indivisibles, interdependientes y no regresivos.» Corte Interamericana de Derechos Humanos, San José de Costa Rica, 2020[En línea] Disponible: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/noticias/Derecho%20a%20la%20salud%20y%20Covid%2019-PPF.pdf>[Último acceso: 21 enero 2023].
36. Secretaría de Gobernación, «Observaciones sobre violaciones a derechos humanos durante la contingencia sanitaria por COVID-19.» Gobierno de México, México, 2020[En línea] Disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/561060/OBSERVACIONES_SOBRE_VIOLACIONES_A_DERECHOS_HUMANOS_DURANTE_LA_CONTINGENCIA_SANITARIA_POR_COVID-19_II_VF_OK.pdf[Último acceso: 21 enero 2023].
37. Organización de las Naciones Unidas, «Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19 Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad.» ONUSIDA, Ginebra, 2020[En línea] Disponible: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/noticias/Derecho%20a%20la%20salud%20y%20Covid%2019-PPF.pdf>[Último acceso: 21 enero 2023].
38. E. López Gavito, J. Mariñelarena Mariñelarena, J. Choy Gómez y A. Morales Aguirre, «La visión legal en México de la contingencia por COVID-19.» Cirujano general, vol. 42, n° 2, pp. 109-115, 2021. [En línea] Disponible: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992020000200109#:~:text=De%20acuerdo%20con%20las%20disposiciones,afectadas%20por%20las%20enfermedades%20epid%C3%A9micas. [Último acceso: 21 enero 2023].
39. Á. Deschamps Perdomo, M. Garrafa Núñez, M. Meza Caballero, G. Patricio Villanueva, Y. Salgado Balbas y J. Sánchez Paniagua Castillo, «Características clínicas de COVID-19 en trabajadores sanitarios de tres hospitales de Madrid durante la primera ola de la pandemia.» Medicina y Seguridad del Trabajo, vol. 67, n° 262, pp. 11-23, 2021. doi: [org/10.4321/s0465-546x2021000100002](https://doi.org/10.4321/s0465-546x2021000100002).
40. UACH «1 de cada 3 pacientes post Covid necesita rehabilitación: especialista UACH.» Universidad Autónoma de Chihuahua, 25 octubre 2021. [En línea]. Disponible: <https://uach.mx/noticias/2021/10/25/1-de-cada-3-pacientes-post-covid-necesita-rehabilitacion-especialista-uach/>. [Último acceso: 21 noviembre 2022].

41. D. Ortega Paniagua, L. Rodríguez Hernández, J. Hernández Aguilar, M. Jiménez Lemus, A. Herrera Rivas, M. Fernández Moya y O. Jaramillo Morales, «Impacto en la calidad de vida a causa de secuelas post-COVID-19,» *Jóvenes en la ciencia*, n° 16, pp. 1-8, 2022. [En línea] Disponible: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3515> [Último acceso: 21 noviembre 2022].
42. O. Vera Carrasco, «La ética en la práctica médica,» *Cuadernos Hospital de Clínicas*, vol. 56, n° 1, pp. 07-08, 2015.
43. CONAMED, «Manual de Ética Médica,» CONAMED, México, 2018 [En línea] Disponible: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin21/manual_etica.pdf [Último acceso: 21 enero 2023].
44. C. Viesca, «La ética médica y su problemática actual,» UNAM, 2002. [En línea]. Disponible: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_may_2k2.html. [Último acceso: 12 febrero 2023].
45. P. A. Reyes y R. Delong Tapia, «Algunos dilemas éticos en la práctica médica,» *Archivos de cardiología de México*, vol. 80, n° 4, pp. 338-342, 2010.
46. R. Camargo Rubio, «Triage en la pandemia COVID-19: un abordaje con perspectiva de derechos humanos,» *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, vol. 22, n° 3, pp. 182-190, 2022.
47. Organización de las Naciones Unidas, «Definen el síndrome post COVID-19 o “COVID-19 de larga duración” como enfermedad,» Organización de las Naciones Unidas, 08 octubre 2021. [En línea]. Disponible: <https://news.un.org/es/story/2021/10/1498072>. [Último acceso: 20 noviembre 2022].
48. M. Regalado Chamorro y A. Medina Gamero, «COVID-19: ética y derechos humanos en la práctica clínica,» *RevEspAnestesiolReanim*, vol. 68, n° 10, pp. 612-613, 2021. doi. 10.1016/j.redar.2021.03.002.
49. A. Barreiro Vázquez, «La ética ante las crisis sanitarias a propósito de la COVID-19,» *Revista Cubana de Medicina Militar*, vol. 50, n° 1, 2021 [En línea] Disponible: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/939/744> [Último acceso: 21 enero 2023].
50. Amnistía Internacional, «COVID-19: No es excusa para violar derechos humanos,» Amnistía Internacional, 31 marzo 2020. [En línea]. Disponible: <https://amnistia.org.mx/contenido/index.php/covid-19-no-es-excusa-para-violar-derechos-humanos/>. [Último acceso: 18 noviembre 2022].
51. Banco Interamericano de Desarrollo, «Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemiónium, precariedad y paranoia,» BID, 18 mayo 2020. [En línea]. Disponible: <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>. [Último acceso: 12 febrero 2023].
52. Comisión Nacional de Derechos Humanos, «Actuaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos frente a la pandemia de COVID-19,» Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2022. [En línea]. Disponible: <https://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=60102>. [Último acceso: 21 noviembre 2022].
53. C. Mendoza Popoca y M. Suárez Morales, «Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19,» *Revista mexicana de anestesiología*, vol. 43, n° 2, pp. 151-156, 2020. doi.org/10.35366/92875
54. Gobierno de México, «Derechos humanos en tiempos de COVID-19 ¿Qué son los derechos humanos?,» Gobierno de México, México, 2020. [En línea] Disponible: <https://www.gob.mx/censida/documentos/derechos-humanos-en-tiempos-de-covid-19> [Último acceso: 21 noviembre 2022]
55. C. Costa Sánchez y M. López Golán, «Impacto de la COVID-19 en la comunicación de los hospitales en España. Adaptaciones y evaluación de sus profesionales,» *Revista de Comunicación*, vol. 21, n° 69-90, p. 2, 2022. doi.org/10.26441/rc21.2-2022-a4.
56. L. García Cortés, D. Ramos Valle y G. Ramos Ortega, «El papel de la ética de la salud pública en la pandemia COVID-19,» *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 58, n° 2, pp. 334-339, 2020.
57. C. Ñique Carbajal, M. Cervera Vallejos, R. Díaz Manchay y C. Domínguez Barrera, «Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19,» *Revista Médica Herediana*, vol. 31, n° 4, pp. 255-265, 2020. doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3860
58. R. Alarcón Guzmán, «Perspectivas éticas en el manejo de la pandemia COVID-19 y de su impacto en la salud mental,» *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 83, n° 2, pp. 97-103, 2020. doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3757
59. A. Barreiro Vázquez, «La ética en tiempos de COVID-19,» *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 46, n° 4, pp. 1-5, 2020. [En línea] Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400019&lng=es [Último acceso: 20 noviembre 2022].