

¿Vivimos en una distopía ética? Reflexiones sobre los supuestos y las implicaciones teóricas que subyacen en la toma de decisiones del Minsa

Are we living in an ethical dystopia? Reflections on the assumptions and theoretical implications that underlie the decision-making of the MINSA

Mike Christian Cruzado Torre¹

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

mike.cruzado@unmsm.edu.pe

ORCID: 0000-0002-5263-5660

Citar como: Cruzado Torre, M. C. (2022). ¿Vivimos en una distopía ética? Reflexiones sobre los supuestos y las implicaciones teóricas que subyacen en la toma de decisiones del Minsa. *Desde el Sur*, 14(1), e0014

RESUMEN

El presente ensayo intenta brindar una reflexión filosófica constructiva al documento «Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19» (C.E.) elaborado por el Grupo de Trabajo en Aspectos Bioéticos del Ministerio de Salud (Minsa, 2020). En él se realizan una serie de recomendaciones científicas, tecnológicas y, sobre todo, éticas, que se deben tener en cuenta al momento de usar eficazmente los escasos recursos disponibles para aumentar el bienestar de los pacientes en un escenario de crisis sanitaria. En este escenario, se resalta lo que consideramos llamar una «distopía ética»; es decir, una situación en donde se nos dificulta tomar decisiones, dado que nuestras intuiciones morales no suelen resolver los dilemas y dificultades éticas; peor aún, muchas veces estas decisiones son contradictorias. Asimismo, el utilitarismo y la deontología son las teorías éticas que, en términos generales, subyacen

1 En 2021 obtuvo el grado de magíster en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) con la tesis *La psicología evolucionista: una evaluación epistemológica con nota summa cum lauden*. Ha sido docente de Filosofía, Antropología y Realidad Nacional en la Universidad de San Martín de Porres (USMP). Es miembro del grupo de investigación Episteme (UNMSM) y miembro del Comité Editorial de la revista de filosofía *Análitica* (CESFIA). Sus áreas de interés son la filosofía de la ciencia, filosofía de la mente y ética.

nuestras intuiciones morales y las que han permeado al C.E. Finalmente, a la luz de estas consideraciones, se pondrá nuestra distopía ética; qué problemas, dilemas y contradicciones morales subyacen al documento C.E. y cómo responden las teorías éticas antes mencionadas ante estas dificultades que la crisis sanitaria ha puesto de relieve y que nos fuerza a encarar.

PALABRAS CLAVE

Distopía ética, utilitarismo, deontologismo, crisis sanitaria, dilemas morales

ABSTRACT

This essay attempts to provide a constructive philosophical reflection on the document «Ethical considerations for decision-making in health services during the COVID-19 pandemic» (E.C.) prepared by the Working Group on bioethical aspects of the MINSA (2020). In it, a series of scientific, technological and, above all, ethical recommendations are made that must be taken into account when effectively using the scarce resources available to increase the well-being of patients in a health crisis scenario. In this scenario, what we consider to call an ethical dystopia is highlighted; that is, a situation where it is difficult for us to make decisions, since our moral intuitions do not usually resolve ethical dilemmas and difficulties, worse still, many times these decisions are contradictory. Likewise, utilitarianism and deontology are the ethical theories that, in general terms, underlie our moral intuitions and those that have permeated the E.C. Finally, in the light of these considerations, our ethical dystopia will be exposed; what problems, dilemmas and moral contradictions underlie the E.C. and how the aforementioned ethical theories respond to these difficulties that the health crisis has highlighted and that forces us to face.

KEYWORDS

Ethical dystopia, utilitarianism, deontologism, health crisis, moral dilemmas

Introducción

En su libro *Tras la virtud* (2004), el filósofo Alasdair MacIntyre expone el siguiente experimento mental:

Imaginemos que las ciencias naturales fueran a sufrir los efectos de una catástrofe. La masa del público culpa a los científicos de una serie de desastres ambientales. Por todas partes se producen motines, los laboratorios son incendiados, los físicos son linchados, los libros e instrumentos, destruidos. Por último, el movimiento político Ningún Saber toma el poder y victoriosamente procede a la abolición de la ciencia que se enseña en colegios y universidades, [y apresaa y ejecuta] a los científicos que restan. Más tarde se produce una reacción contra este movimiento destructivo y la gente ilustrada intenta resucitar la ciencia, aunque han olvidado en gran parte lo que fue [...] La hipótesis que quiero adelantar es que, en el mundo actual que habitamos, el lenguaje de la moral está en el mismo grave estado de desorden que el lenguaje de las ciencias naturales en el mundo imaginario que he descrito (pp. 12-13)

Peor aún, en este mundo imaginario, las personas se llegan a acostumbrar al estado de desorden y confusión, ya que banalizaron y normalizaron la catástrofe que habían padecido. Si uno piensa que este experimento mental filosófico es exagerado y que en el mundo real la ética no pasa por un momento similar, según MacIntyre, es el mismo tipo de respuesta de quien ya se ha acostumbrado a la confusión y el desorden de nuestro pensamiento moral actual; es decir, a la distopía ética².

Pienso que el diagnóstico es, en líneas generales, correcto, pues muchas personas ven los problemas y dilemas morales no como algo complejo y difícil de resolver, sino como sencillos e intuitivos y que no deberíamos complicarnos la vida buscando más de lo ya evidente. Me gustaría hacer hincapié en las presuposiciones éticas de nuestros juicios morales, pues, lejos de ser coherentes y sistemáticos (como solemos pensar, ya que «actuamos de acuerdo con nuestros principios»), suelen ser contradictorios y, si reflexionamos con mayor detalle, nos llevan a posturas que descartaríamos automáticamente.

En ese sentido, usaré el documento elaborado por el Grupo de Trabajo en Aspectos Bioéticos (Minsa, 2020a) para mostrar las dificultades éticas

2 Se suele diferenciar entre *moral* y *ética* (Guariglia, 2007; Beauchamp y Childress, 1999). El primer vocablo se refiere a las normas (explícitas e implícitas) sobre lo correcto e incorrecto, bueno o malo, justo o injusto, etc., de una sociedad en particular, mientras que el segundo reflexiona sobre las normas de esa sociedad o de distintas sociedades. Para los fines del presente ensayo, no es necesario establecer esta distinción tan tajante, de modo que se usarán ambos términos indistintamente.

que atravesamos como producto de la pandemia por covid-19 (escasez de recursos tecnológicos, saturación de los servicios de la salud, escasez de médicos en diversas regiones del país, poco tiempo disponible para investigar y brindar atenciones eficientes, etc.), y las dificultades por encontrar principios éticos no contradictorios, justos y razonables. Estas reflexiones no buscan desacreditar el documento, sino mostrar las dificultades subyacentes al momento de encarar problemas bioéticos, explicitar los supuestos morales subyacentes y las consecuencias que se siguen de ellos a partir de dos teorías éticas: el deontologismo y el consecuencialismo. Ello con el objetivo de tener una visión más general y ponderar con más claridad estos enrevesados dilemas.

Agente moral, la teoría del deber y la teoría de las consecuencias

En filosofía existen dos grandes tradiciones éticas³ (O'Neill, 2004; David, 2004 y Lazari-Radek y Singer, 2017): la deontológica y la utilitarista. Ambas buscan responder a las preguntas de cómo debo vivir y cómo comportarme hacia los demás, pero ante los mismos problemas responden de forma distinta. Empezaremos por definir un agente moral, y luego explicaremos y discutiremos ambas teorías.

Un agente moral es una persona racionalmente competente que realiza una acción susceptible de evaluación ética. Por ejemplo, un niño de 2 años realiza una acción incorrecta (baja la palanca general de la electricidad, por lo que su abuelo fallece). Por su constitución, no estaríamos en condiciones de juzgarlo éticamente, debido a que no es un agente moral. Lo mismo sucede si una persona que sufre esquizofrenia daña a otra persona, incluso hasta la muerte, ya que no es racionalmente competente para comprender la magnitud de sus acciones.

Teoría del deber

Un agente moral, desde la visión deontológica, *actúa éticamente* cuando es consciente —y actúa de acuerdo con ello— de que existen ciertas *reglas que colocan límites* tanto a la prosecución del *propio interés* como a la prosecución del *bien en general* (Rachels, 2006).

3 En un nivel de abstracción, existe una variedad de éticas tanto desde la tradición occidental como desde la oriental. Cada una tiene sus distintas características y particularidades. En otro nivel de abstracción, es posible reunir a una parte considerable de ellas en estas dos tradiciones: la consecuencialista y la deontológica. Así, habrá distintas variedades en cada una. Por ejemplo, el consecuencialismo de Mill no es idéntico al de Bentham o al de Peter Singer. Análogamente, sucede lo mismo con el deontologismo. Es en este último nivel de abstracción que abordaré en el presente ensayo, con el fin de mostrar las diversas asunciones, implicaciones y criterios que usan para resolver problemas morales.

Si postulo para obtener una beca donde solo pueden ingresar dos personas y sabes que tu mejor amigo es uno de los favoritos, sería incorrecto colocarle diazepam a su bebida para que duerma antes de la prueba, aunque esa acción iría acorde con la prosecución de tu propio interés. Si se ofreciera un millón de dólares por asesinar al pastor de una iglesia porque tiene tendencias socialistas y te dijeran que con ese dinero se va a donar a varios orfanatos, desde esta perspectiva, aunque iría alineado con la prosecución del bien en general, no sería correcto. Asimismo, el actuar de Gandhi es elogiado por millones de personas, entregar tu vida al bien de los demás es una acción sumamente valiosa, pero no actuar como Gandhi no sería incorrecto. Si él se despoja de toda su riqueza y solo vive con un atuendo y pequeños objetos, por más loable que sea su acción en beneficio de los más desvalidos, no estamos éticamente obligados a imitarlo. Esta última acción se cataloga como *supererogatoria*, una acción sumamente ética y loable, pero que no estamos éticamente obligados a realizar. En suma, hay límites éticos al momento de perseguir nuestro propio interés, así como nuestra obligación moral hacia otras personas.

El deontologista considera que existen *acciones que son incorrectas en sí mismas*; es decir, al margen de las consecuencias positivas que surjan de llevar a cabo tal acción (David, 2004). En ese sentido, los juicios éticos de la forma «no debes realizar X» son prohibiciones absolutas (no admiten excepciones contextuales) y esos serían los límites de nuestras acciones. V. g., «No debes matar», «no debes humillar», «no debes torturar» son acciones incorrectas incondicionalmente; es la línea que no debemos pasar y, por ello, se la prohíbe totalmente.

Todos podemos nombrar muchas acciones correctas (ser amable, ser honesto, cumplir las promesas, etc.) y evaluar que algunas son más correctas que otras (donar un sol a un mendigo, donar sangre a un familiar o donarle un riñón a un desconocido, hay gradación de una acción correcta). Sin embargo, como mencionamos anteriormente, no todos podemos ser Gandhi, así que una acción correcta es, en primer lugar, *cuando un agente se abstiene de realizar acciones malvadas* (incluso aunque generen mayor daño o menor bien)⁴. Asimismo, si una *acción genera daño, pero no es mi intención* ni finalidad, tampoco se considera incorrectos. Si compro una hamburguesa y a los segundos un niño me la pide y resulta que muere envenenado, aunque yo le haya dado al niño la hamburguesa, no ha sido esa mi intención (solo se buscaba mitigar su hambre).

4 Desde luego, este es un breve resumen de la teoría deontológica. Para información más detallada, puede consultar O'Neill (2004), David (2004) y Dancy (2004).

Igualmente, si un niño me pide ayuda para cruzar la calle, pero yo no realizo ninguna acción y el niño cruza y lo atropellan, tampoco es mi acción (el hecho de quedarme de brazos cruzados o permanecer estático) incorrecta (no fue mi finalidad que él tuviera ese accidente).

En conclusión, el *agente moral* tiene como principal deber el *no realizar acciones incorrectas* (al margen de las consecuencias) y, en segundo plano, el deber de realizar acciones correctas. Asimismo, *una acción solo es incorrecta cuando tenemos la intención de generar un mal, pero no es incorrecta cuando no tenemos la intención de provocar un daño*. Esta concepción de la ética se le ha denominado deontológica (del griego *deón* que significa *deber*) y es compatible con una visión tanto secular (Dancy, 2004) como religiosa (Preston, 2004).

La regla «no matar» o «no humillar» puede ser fundamentada apelando a que son acciones incorrectas, ya que se denigra la dignidad humana o porque solo Dios puede terminar con nuestras vidas y nadie más. En ambos casos, *la vida humana es considerada como sagrada* y de un valor único e incalculable. Ninguna vida humana es mejor o peor que otra, la vida en sí misma es el más alto valor ético que deberíamos tener en cuenta. De modo que, por ejemplo, un joven con síndrome de Down y un joven atlético poseen vidas valiosas, ninguna es mejor que otra ni más valiosa, simplemente son vidas distintas.

La teoría de las consecuencias

En contraste, el utilitarismo sí toma en cuenta las consecuencias de nuestras acciones y presta menos atención a las intenciones de un agente moral. Para esta postura, no solo basta evitar realizar acciones malvadas, sino también hay que realizar acciones buenas (Lazari-Radek y Singer, 2017). En ese sentido, no basta no hacer el mal, también hay que hacer el bien (estamos éticamente obligados a hacer el bien cuando tenemos la oportunidad de hacerlo, haríamos mal si cerramos nuestros ojos y evadimos el problema).

En el ejemplo clásico de Peter Singer, un niño de 2 años se cae a un charco de agua frente a mí, yo no lo he empujado, pero estoy apurado por ir al trabajo y también tengo mis zapatos nuevos muy caros. Ciertamente, el niño se puede ahogar y no ha sido esa mi intención al dejarlo en esa situación e ir a laborar, pero aunque no sea esa mi intención, ¿acaso basta con no hacer el mal?, ¿no estamos en una situación así éticamente obligados a actuar y hacer el bien? En ese sentido, según el utilitarismo en su sentido clásico, una *acción correcta* es aquella que aumenta la *felicidad* de todos los involucrados por esa acción y la felicidad es aquello que nos causa placer. Una *acción incorrecta* disminuye la felicidad y nos causa *dolor*.

De ahí que se busca *generar el mayor número de felicidad posible* (Singer, 1995).

Si la Policía encuentra que un terrorista ha implantado una bomba en un tren y se rehúsa a hablar, desde esta postura, no es éticamente incorrecto torturarlo para que diga la verdad, pues está en juego el daño que se producirá hacia otras personas. Si colocamos el asunto en una *balanza moral*, el dolor que sufrirá el terrorista es menor en comparación con la cantidad de dolor que padecerán todos los que sean afectados por la bomba, así que si tienes dos acciones incorrectas (dos acciones que producen dolor), es mejor optar por la alternativa que genere menos dolor. Salvar muchas personas de la bomba genera menos dolor que torturar a una sola persona, por lo que no es éticamente incorrecto aplicarle la tortura para que diga dónde está el explosivo. Desde esta postura, no existen reglas absolutas del tipo «no matarás» o «no torturarás», pues cada acción se mide en función de las consecuencias en cada contexto.

Si bien el utilitarismo parte de una base hedonista (bueno = placer, malo = dolor), no cae en el egoísmo, no se basa en mi propio interés. *V. g.*, si deseo cazar extranjeros con un arma y eso me causa placer, esta teoría no nos dice que hacerlo sea correcto. Al contrario, cazar extranjeros va contra los intereses de ellos, pues, en términos generales, el *interés más básico*, según esta teoría, es *no sentir dolor arbitrariamente*. El sujeto siente placer en asesinar extranjeros, pero el dolor del extranjero pesa más en términos morales; es decir, se debe dar mayor prioridad al dolor del cazado que al placer del cazador, ya que el placer de cazar es un *interés secundario*, no primario.

Asimismo, imaginemos que un sujeto llamado Junior siente curiosidad por probar carne humana y va en busca de indigentes para cortarles el brazo. Tal acción estaría mal no porque atente contra la dignidad, sino porque el interés por saborear carne humana es secundario comparado con el interés primario de no sentir dolor injustificado (Lazari-Radek y Singer, 2017). Junior podría replicar: «Entonces, si lo corto sin que sufra, ¿justificaría mi acción?». Si él está convencido de ello, al menos teóricamente, cuando vuelva a casa luego de trozar el brazo de un mendigo y encuentre a toda su familia sin brazos, pero sin haber padecido dolores gracias a una inyección, no podría reprocharle nada a quien realizó tal acción. Por ello, si Junior es consistente con su pensamiento y considera repudiable lo que se hizo con su familia, aunque sea sin dolor, también es incorrecto que él lo haga con un mendigo.

Además, aunque la acción no haya causado dolor en el momento de los hechos, sí que causará padecimientos posteriores. Junior tendrá sus 10

minutos de satisfacer su curiosidad culinaria, pero el mendigo tendrá toda su vida por delante disminuida, con problemas para comer o valerse por sí mismo. Así que, de una u otra forma, la acción de Junior no es justificable en términos utilitarios.

¿Y por qué se incide en que no sentir dolor arbitrariamente? ¿Acaso hay acciones que causen dolores que no son incorrectas o incluso que sean correctas? Desde luego, muchas personas tienen miedo de la vacuna y están tan nerviosas que sentir la aguja les causa dolor, pero sería un dolor justificado, dado que previene muchas otras enfermedades que pueden causar un dolor más profundo o incluso la muerte. Asimismo, si alguien tiene una pierna con gangrena que debe ser cortada para que no se expanda rápidamente por el cuerpo y le cause la muerte, pero no hay los implementos médicos, hacerlo con una sierra se justificaría, ya que le salvaría la vida. Aquí no sería una acción incorrecta, pues el dolor es justificado.

Esta teoría es compatible con la perspectiva que considera la *calidad de vida*, más que la vida en sí misma (Singer, 1997). Imaginemos un accidente automovilístico que deja graves a dos pasajeros y que ocurre en un poblado alejado de la ciudad, donde solo es posible operar a una persona. El primer pasajero es un hombre mayor con una expectativa de vida de 5 años y con parálisis permanente. El segundo pasajero es un joven con una expectativa de 30 años y con una leve cojera. El utilitarista, en tal circunstancia, elegiría salvar al segundo. Asimismo, si una persona padece una enfermedad degenerativa que la tiene postrada, le causa dolores constantes, no hay forma de recuperación y le pide a un doctor que lo desconecte y este lo hace, no sería una acción incorrecta la acción de poner fin a su vida, pues no se considera la vida sagrada, sino la calidad de vida y esta se relaciona con el bienestar que puede tener; es decir, si su bienestar es poco o nulo y el sufrimiento es mayor y constante, con base en ello se tomarán las decisiones.

Por último, si una persona, a causa de una balacera, queda en un coma permanente e irreversible, carente de consciencia y sin tener la capacidad de sentir placer o dolor, en términos utilitaristas, no estamos comprometidos éticamente a realizar todos los esfuerzos en que permanezca con vida biológica, sobre todo cuando hay otro paciente que necesita la cama y tiene mayores posibilidades de recuperarse y tener una vida normal. Dado que el primero no siente dolor ni placer ni es consciente y no es posible su recuperación, la acción de desconectarlo no es incorrecta, ya que no le produce ningún daño y mantenerlo con vida no le produce ningún bienestar.

En resumen:

- Todos los seres humanos poseen diversos intereses (libertad, felicidad, diversión, etc.).
- El interés más básico es el de no sufrir injustamente y el de maximizar la felicidad.
- No importa el color de la piel, tu sexo biológico, tu religión o el partido político al que pertenezcas; todos los intereses de los individuos cuentan por igual, es decir, tienen el mismo peso desde un punto de vista ético.
- Una acción es moralmente correcta cuando la consecuencia de esa acción produce mayor felicidad o menor sufrimiento (o ambas), y es moralmente incorrecta cuando la consecuencia de esa acción produce mayor sufrimiento y menor felicidad (o ambas).
- Si hay dos acciones que generan consecuencias buenas, se elige la que genera mayor bienestar. Si hay dos acciones que generan consecuencias malas, se elige la que genera menor sufrimiento.

Conviviendo con la distopía ética

Una moraleja que se puede extraer del experimento mental de MacIntyre es que no debemos perder de vista ni minimizar lo que se podría catalogar como una distopía ética; es decir, una serie de problemas y dilemas éticos tan complejos que nuestras teorías, intuiciones o modos de soluciones tradicionales resultan ineficaces y perjudiciales para resolverlos eficaz y coherentemente.

Ahora, ¿qué clase de teoría ética subyace al documento (C.E.) presentado por el Minsa? Analizaré algunos puntos que considero pertinentes para la discusión⁵. Cabe enfatizar que no se tomarán en cuenta los aspectos legales, pues detrás de toda norma legal subyacen fundamentos éticos. Si en un país se considera que robar un trozo de pan acarrea la pena de muerte, esa norma legal se sustenta en un fundamento ético que dicta que la vida de cualquier ladrón es mínimamente valiosa. En ese sentido, discutiremos los fundamentos éticos, no las normas legales⁶, puntualizando en los aspectos más tensos y controversiales.

Sobre la dignidad

El C.E. resalta que la ética se vuelve más apremiante cuando atravesamos por una crisis sanitaria como la actual; en la que, debido a la

5 Existe otro nivel de análisis que está estrechamente relacionado: el sistema capitalista de nuestra coyuntura. Véase Mora (2021) y Ayala-Colqui (2020) para un examen crítico al respecto.

6 Cabe siempre recordar que una acción legal puede ser éticamente incorrecta (v.g., hubo un tiempo en que la esclavitud era legal o las mujeres no podían votar por ley).

pandemia, el país se encuentra con recursos sumamente precarios para atender a toda la población (escasez de monitoreo, falta de camas UCI, personal médico disminuido, saturación de pacientes en los hospitales, etc.). En ese contexto se deben tomar decisiones que conllevan a suministrar los escasos recursos a ciertas personas y denegarles a otras. ¿Qué criterios usarán las autoridades médicas? Esta guía tiene el objetivo de ofrecer una orientación ética ante tales conflictos y decisiones que debe tomar el personal de salud. No se realiza de forma mecánica o automática, sino teniendo en consideración la singularidad de cada paciente. Veamos cómo, a pesar de las buenas consideraciones, es inminente la tensión ética; es decir, la vacilación que surge entre optar por una ética del deber o una ética consecuencialista.

Este documento se rige por el respeto a los derechos fundamentales de toda persona y principios éticos. Entre estos derechos y principios destacan los de dignidad personal, equidad y protección de los más vulnerables, justicia, no discriminación, solidaridad, no maleficencia, proporcionalidad, información, transparencia y eficiencia en el uso de recursos para sanar y salvar vidas humanas.

En ocasiones, los derechos y principios entran en conflicto y deben establecerse las prioridades a la vista de las características de cada caso concreto [...] Bajo tales consideraciones, los objetivos de este documento son los siguientes:

1. Ofrecer atención médica respetando la *dignidad* y condición humana de los pacientes;
2. Contribuir a *salvar el mayor número de vidas humanas* en una *situación de catástrofe sanitaria*;
3. Apoyar a los profesionales de salud en la toma de decisiones coleccionadas en una situación de catástrofe sanitaria;
4. Proteger al personal de salud en función de criterios de justicia (Minsa, 2020a, p. 17). [Las cursivas son mías].

¿Cómo hacer coherente realizar acciones que tomen en cuenta la dignidad de la persona y salvar el mayor número de vidas humanas? Eso dependerá de lo que consideremos por dignidad. Si se asume que la *dignidad* es una condición absoluta del ser humano y por la cual todos somos iguales ética y legalmente, al margen de nuestras diferencias físicas, ¿por qué escogemos salvar a unas personas en lugar de otras? No son pocos los casos de médicos conmovidos por realizar una elección dolorosa.

Por ejemplo, al elegir a un joven de 35 años en vez de una abuelita de 95 (Chávez, 2020). La decisión parece sencilla, pero es difícil conciliar el punto 1 y 2. Se podría apelar al contexto y afirmar que en un estado crítico

como el actual se deben tomar estas decisiones; sin embargo, la dignidad, como se la suele entender, no sabe de contextos. No depende de situaciones particulares, de países, de culturas o de nivel socioeconómico, es absoluta. No resulta satisfactorio sostener que hoy todos aceptamos la dignidad, pero si hay un terremoto mañana, entonces ya la dejamos de lado.

No obstante, tampoco resulta satisfactorio cruzarnos de brazos o lavarnos las manos y no tomar ninguna decisión por temor o angustia. La norma 14 y 16 son claras al respecto:

14. Todos los ingresos a cuidados intensivos deben estar sujetos a reevaluación constante de los objetivos y proporcionalidad de los tratamientos. *Si se considera que un paciente tiene mal pronóstico por no evidenciar una respuesta favorable al tratamiento instituido, a pesar de haberse agotado las propuestas curativas, no debe posponerse la decisión de disminuir la terapia y la reasignación del paciente de cuidados intensivos a un lugar digno para su estadía que permita un manejo paliativo [...]*

16. El equipo médico responsable del paciente es el único calificado para decidir las implicancias de la decisión de su manejo clínico (Minsa, 2020a, pp. 20-21). [Las cursivas son mías].

En situaciones dramáticas quizá se justifique tomar decisiones dramáticas; en otras palabras, en un contexto de crisis sanitaria se eligen opciones que en otra situación no las tomaríamos, pero si este es el caso, hay una consecuencia no deseada respecto al concepto de dignidad como una propiedad absoluta. Recordemos que su fuerza radica en que no depende de contextos; si dependiera de situaciones, se perdería su esencia. En ese sentido, pareciera que relativizar la dignidad mellará su potencia como un concepto ético y legal sumamente valioso, pero debemos cuidar de que aferrarnos a la idea de *dignidad* en términos absolutos no nos vuelva un poco menos sensible al sufrimiento de muchas personas, al dejarlos fallecer para no tener que elegir morir a algunas. Análogamente, debemos evitar que la indiferencia y la insensibilidad se apoderen de nosotros como para querer sacrificar a cualquier persona con tal de salvar a muchas. Sea cual fuere la decisión que tomemos, estas tienen consecuencias profundas en nuestros sentimientos, juicios morales y nuestra visión de la sociedad en la que vivimos.

Asimismo, la dignidad no solo hace referencia a una situación de vida o muerte, sino al trato que se le da al paciente y el estado de los médicos. Por un lado, ha sido lamentable ver cada semana a personas abarrotadas dentro y fuera de los hospitales esperando, incluso hasta desfallecer, una

cama UCI o con respirador⁷ (Barreto y Mejía, 2021; Toledo-Leyva, 2021; Jabiél, 2021). Por otro lado, médicos exhaustos trabajando más de 10 horas diariamente con horas de sueño muy reducidas, con el temor diario de contraer un virus que puede ser letal tanto para ellos como para sus familiares y, como todo ser humano, conmovidos al ver día a día a sus pacientes desfallecer ante sus ojos sin poder hacer nada al respecto (Castañeda, 2021; Ojo Público, 2020; Jimenez, 2021). Ni los pacientes ni los médicos están siendo tratados debidamente en esta pandemia.

Finalmente, analizaré el término *dignidad* con más detalle. El texto menciona *dignidad* o sus derivados (*digno*) al menos 6 veces, pero este concepto parece no ayudar a esclarecer problemas éticos. En el caso anterior, decir que todo paciente debe ser tratado con dignidad parece significar ser tratado con cuidado, respeto y pensando en su bienestar. Si ese es su sentido, dignidad no adiciona nada nuevo. Incluso la distinguida filósofa Ruth Macklin, especialista en bioética, ha afirmado que «la dignidad es un concepto inútil en la ética médica y puede ser eliminado sin ninguna pérdida de contenido» (2003, p. 2).

En el caso de la eutanasia, quienes piensan que es incorrecto apelan a la *dignidad* para sostener que quitarle la vida a una persona, incluso aunque ella lo autorice sin coacción, es una acción indigna, pues solo Dios es quien tiene el derecho de quitarnos la vida, así que lo mejor sería dejar que los procesos naturales sigan su propio curso sin intervención humana. Quienes arguyen que no es incorrecto aducen que morir con dignidad significa morir sin padecer sufrimientos innecesarios y respetando la voluntad del paciente. ¿Cuál de ambos significados de *dignidad* es el correcto?

Apelar al significado que da la Declaración de los Derechos Humanos en su artículo primero no parece de mucha ayuda: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros». A pesar de que la dignidad es la base de los derechos humanos, su significado es muy ambiguo. En un artículo titulado «Nuestra respuesta al covid-19 debe respetar los derechos y la dignidad de las personas de edad» escrito por António Guterres, secretario general de las Naciones Unidas, se dice lo siguiente: «En primer lugar, ninguna persona, joven o vieja, es prescindible. Las personas de edad tienen los mismos derechos

7 El hecho de que esta situación haya disminuido en la actualidad no significa que ya no exista o que el problema es menor. Dada la generación de nuevas variantes, es muy apresurado creer que la pandemia ya terminó y que no habrá más situaciones similares, sobre todo en nuestro país.

a la vida y a la salud que todos las demás. Al adoptar decisiones difíciles respecto a la atención médica para salvar vidas, se deben respetar los derechos humanos y la dignidad de todos» (2020, p. 1).

Ciertamente, son palabras muy emotivas y ¿quién en su sano juicio no estaría de acuerdo? Pero por más emotivas que sean, no ayuda a resolver ni esclarecer las difíciles decisiones que debe encarar a diario el personal de salud ante escasos recursos disponibles.

Con todo, el significado que se puede extraer de la *dignidad* es que es un concepto absoluto que no depende del contexto ni de otras particularidades. El valor de la vida en sí misma está más allá de cualquier discusión. Sin embargo, esta idea choca con la teoría consecuencialista que considera que la calidad de la vida del paciente posee más relevancia que la vida biológica. Si debemos elegir entre salvar a un paciente que se mantendrá por lo menos 10 años postrado en una cama, entubado y con escasa posibilidad de recuperación, o un paciente que tendrá solo 2 años de vida, pero en tranquilidad y bienestar, con muy pocas molestias físicas y psicológicas, esta teoría elige la segunda opción.

En conclusión, el análisis de los puntos 1 y 2 muestran cómo las teorías éticas subyacentes son difíciles de conjugar y se hace más patente en la situación actual.

Sobre la voluntad de vivir

El esfuerzo de los doctores que arriesgan sus vidas para estar en primera línea y salvar a personas que apenas conocen es absolutamente loable y no es mi intención menospreciar su esfuerzo. El análisis va por otro lado y apunta a lo que se llama «la doctrina del paternalismo médico», en contraste con «la doctrina del consentimiento informado» (Laudan, 2002). El primero se refiere a que los médicos piensan que es su deber tomar decisiones que consideran la mejor alternativa, dados sus conocimientos, para el paciente, sin consultarle cuál es su opinión. El segundo muestra al paciente cuáles son las consecuencias, los riesgos, las opciones terapéuticas viables y las razones del tipo de tratamiento que han considerado antes de aplicarlo, para que él pueda evaluarlo. Veamos qué afirma el documento del Minsa al respecto.

el escenario normal de atención de salud ha variado para convertirse en uno de catástrofe sanitaria, situación que internacionalmente se aplica cuando el incremento rápido de las necesidades de atención supera las posibilidades de respuesta del sistema sanitario [...] En medio de la urgencia y gravedad de las circunstancias, no olvidar nunca que los enfermos que tratan son seres humanos: dignos, libres, iguales en su esencia, personas que tienen familias, que han vivido

una historia, que poseen una dimensión que trasciende los aspectos meramente físicos, que son dueños de una vida espiritual y que, por ende, quieren sobrevivir (Minsa, 2020a, p.15). [Las cursivas son mías].

El documento carece de alguna guía o norma que permita escuchar la voz de los pacientes. En el pueblo belga de Binkom, una mujer de 95 años dio positivo al covid-19 y fue hospitalizada. Sabía que los respiradores artificiales eran escasos y voluntariamente afirmó: «No quiero usar una respiración artificial. Guárdala para los pacientes más jóvenes. Yo ya he tenido una buena vida» (Heimke, 2020, p. 1). A los pocos días falleció. ¿Cuántos pacientes hubiesen querido tomar una decisión parecida? Quizá muy pocos, pero eso no es el punto, sino que la vulneración de la autonomía de los pacientes.

Tal vez los doctores le digan que hay probabilidades de que se salve, pero tendrá que vivir sin un pulmón o con ambos pulmones muy comprometidos, no morirá, pero ya no podrá moverse por sí mismo o tendrá que vivir postrado en una cama en su casa. A algunos no les importará vivir en estas condiciones, pero a otras personas sí. Unos estarían dispuestos a aceptar métodos invasivos (el cuerpo es *invadido* con agujas, sonda, dispositivo o endoscopio), mas otros no. Al menos en estos casos, ¿no se debería priorizar el enfoque de la doctrina del consentimiento informado y dar relevancia a la autonomía de las personas y no verlas como incompetentes respecto a la toma de decisiones sobre sus propias vidas?

¿Y qué sucede cuando los pacientes están en un punto crítico, en el cual no sea posible que puedan expresar sus deseos? ¿No deberían sus familiares más allegados tener la potestad de tomar una decisión respecto a su bienestar presente y futuro, o al cese de su vida, debido a que ellos conocen mejor cómo es su manera de pensar, sus sentimientos, su religión o su filosofía de vida? Después de todo, si el informe médico comunica que el paciente estará postrado de por vida y los familiares deciden llevarlo a casa, ellos correrán con todos los gastos y serán los encargados de su cuidado permanente. Esta es una decisión sumamente difícil, no solo por toda la carga emocional de por medio, sino porque los recursos económicos escasean. Quienes poseen más recursos tendrán menos dificultades; quienes no, podrían llegar a endeudarse al extremo de estar en una peor situación. No son pocas las familias que han vendido todo por intentar salvar a un ser querido o conseguir medicamentos para sus secuelas. Ante semejante responsabilidad, ¿por qué los médicos y el Estado deben tener la última palabra?

Quizá se apele al juramento hipocrático, los principios éticos que guían al médico en su desenvolvimiento de la profesión, para negar la

eutanasia. Este es el controvertido pasaje que justificaría el rechazo de los médicos ante semejantes pedidos: «No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos»⁸.

Primero, cabe resaltar que los médicos no juran de acuerdo con la versión original, en el cual se hace referencia a varios dioses y diosas griegos, pues en aquella época eran politeístas. Segundo, si colocamos el texto en el contexto en el cual fue escrito (la Grecia del siglo V a. C.), el pasaje alude a la práctica común de usar a médicos como si fueran asesinos a sueldo para eliminar personas por intereses políticos (BBC, 2020)⁹. Tercero, la Asociación Médica Mundial (AMM) ha actualizado el juramento en varias ocasiones. La primera actualización se realizó en la Declaración de Ginebra de 1948, durante la Segunda Guerra Mundial, como reacción ante los crímenes médicos de aquel entonces (Sanchez-Salvatierra y Taype-Rondan, 2018). Otras enmiendas continuaron en 1968, 1983 y 1994, 2005, 2006, y la última es la de 2018. Veamos qué se dice en esta última actualización¹⁰:

Promesa de médico:

COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE dedicar mi vida al servicio de la humanidad;

VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;

RESPECTAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana. [Las cursivas son mías].

Aquí la autonomía ocupa un lugar relevante y es compatible con el enfoque del consentimiento informado. Ciertamente, el Estado peruano penaliza la eutanasia y los médicos, por más buena voluntad que tengan, están maniatados por las leyes. Sin embargo, ¿no es este un buen momento para reflexionar sobre los límites del Estado sobre la regulación de la vida de sus ciudadanos?

8 En el siguiente enlace se encuentra una traducción de las muchas que existen del griego antiguo. Cabe destacar que las interpretaciones han de tomarse en el tiempo y el contexto en que se realizaron. <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Comit%20de%20tica/C%C3%B3digos%20de%20C3%89tica%20M%C3%A9dica/JURAMENTO%20HIPOCR%C3%81TICO%20CL%C3%81SICO.pdf>

9 Incluso la segunda parte del fragmento indicaría que la prohibición del aborto no sería absoluta, solo estaría restringida a los pesarios (trozo de lana empapado que se coloca dentro de la vagina para inducir el aborto), ya que la práctica del aborto era común y legal (BBC, 2020).

10 La versión actualizada se puede encontrar en <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-ginebra/>

El caso de Ana Estrada, la valiente psicóloga peruana de 44 años que padece de polimiositis, lucha a favor de que se le pueda practicar la eutanasia, en un hecho paradigmático en nuestro país a nivel ético, social y legal. El 22 de febrero de 2021 el Décimo Primer Juzgado Constitucional de la Corte Superior de Justicia de Lima ordenó al Ministerio de Salud y a EsSalud respetar su decisión de poner fin a su vida a través del procedimiento técnico de la eutanasia¹¹. Es un momento ideal para pensar y reflexionar sobre el valor y la autonomía de la vida humana.

Sobre la discriminación

Ante una situación crítica de vida o muerte, entre la prioridad de elegir vacunar, atender o aplicar procedimientos médicos a ciertas personas en detrimentos de otras, dada la escasez subyacente, ¿qué criterios nos deben guiar para realizar discriminaciones no arbitrarias?

El presente documento está diseñado para servir de orientación ética a los operadores del sistema nacional de salud. En él se señalan los principios y recomendaciones a observar y aplicar en su difícil labor dentro de los diferentes centros de salud, cuyos recursos son limitados. Los principios mencionados, tanto legales como éticos, son los que rigen la profesión médica y la provisión de los servicios básicos de salud. Se trata de *principios universales y libres de discriminación*, cuya presencia es necesaria para el uso justo de implementos clínicos, actuaciones óptimas y decisiones fundadas del personal médicos en momentos críticos. (Minsa, 2020a, p. 16). [Las cursivas son mías].

Apelando al principio de caridad, el cual nos indica que debemos interpretar de la mejor manera la afirmación de una persona con el fin de no caricaturizar su posición, debemos concluir que cuando se señala enfáticamente la carencia de discriminación estamos hablando de eliminar la discriminación arbitraria, no la discriminación racional y éticamente justificada. Esta distinción es importante, porque nos permite distinguir entre acciones genuinamente discriminatorias de otras que no lo son.

Por ejemplo, imaginemos que se va a realizar la biografía del popular comediante Melcochita y un actor blanco de ojos azules y cabello rubio va a realizar la audición. El director, al ver sus facciones, le dice: «No eres apto para el papel por los rasgos físicos que posees». ¿Podría afirmar el actor que es discriminado por su color de piel? Desde luego, está siendo discriminado, pero justificadamente. De igual manera, si se realiza la biografía

11 Podemos leer la sentencia completa en <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2021/02/Expediente-00573-2020-LP.pdf>

del actor Andrés Wiese, de facciones europeas, y a un actor afrodescendiente se le niega a participar de la audición, lo están discriminando por su color de piel, aunque con base en razones no arbitrarias.

Por ello, es coherente sostener que el texto, a pesar de realizar una serie de discriminaciones, es decir, otorgar criterios para brindar atención a ciertos pacientes y denegarla a otros, no se da de manera injustificada. En el «Anexo 1. Criterios de priorización para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI)» nos indican que los pacientes con un beneficio mínimo o improbable, o cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su fallecimiento, no están generalmente indicados para permitirles el ingreso a UCI (catalogados como pacientes con prioridad 4); mientras que aquellos de los que se aguarda un beneficio potencial y reversibilidad esperable son aptos para ser atendidos en UCI (nombrados como pacientes con prioridad 1 o 2) (Minsa, 2020b, p. 23).

Además, en las normas 12 y 13 se señala lo siguiente:

12. Los trabajadores de salud y actividades afines que hayan adquirido ocupacionalmente la COVID-19 tendrán prioridad de ingreso a la UCI, siempre y cuando se encuentren dentro de los criterios establecidos para tal efecto.

13. El criterio de prioridad de ingreso a la UCI utilizado en el numeral 12 se aplica también a las mujeres gestantes (Minsa, 2020a, p. 20).

Desde una perspectiva deontologista, es difícil aceptar 12, ya que alguien podría replicar que «la vida de un médico no vale más que la vida de cualquier ciudadano». Suena bien y si uno lo dice delante de un público podría recibir muchos aplausos por su impacto emocional. Por Internet incluso es posible leer que «el médico es como el capitán de un barco, se hunde con él, no se salva primero». Desde la visión consecuencialista, 12 es éticamente plausible, debido a que (i) el médico arriesga su vida al estar en constante contacto con pacientes con covid-19 así que, como modo de retribución, debe dársele prioridad; (ii) de no ser vacunado primero pone en riesgo a su propia familia o a otros colegas; y (iii) su vida ayuda a salvar más vidas: menos médicos se traduce en menos vidas salvadas.

¿Qué pasaría si solo hay una cama disponible y existe una mujer gestante y un médico de primera línea que necesitan cuidados intensivos? El texto no menciona cómo resolver este dilema, pero si seguimos lo que indica al principio del documento, podremos arrojar luz sobre este problema:

Resulta urgente poner en obra los valores que permitan utilizar los recursos disponibles con criterios transparentes y principios normativos establecidos, de modo que se pueda *reducir al mínimo los daños*

y garantizar el máximo de beneficios (Minsa, 2020a, p. 13). [Las cursivas son mías].

Por último, estas consideraciones pueden extrapolarse hacia las nuevas medidas tomadas por el Minsa (2020b) respecto al Plan Nacional de Vacunación (PNV). Aquí también se hacen diversos tipos de discriminaciones respecto a quién tiene prioridad o quiénes deben esperar.

La norma señala que primero se buscará proteger la integridad del sistema de salud y la continuidad de los servicios básicos; segundo, reducir la morbilidad severa en la población de mayor riesgo; y tercero, disminuir la transmisión de la infección en la continuidad y generar la inmunidad de rebaño.

Inicialmente se vacunará al personal de salud (sector público y privado), a los miembros de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, bomberos, Cruz Roja, personal de seguridad, serenazgo, brigadistas, personal de limpieza, estudiantes de salud y miembros de las mesas electorales. Luego se inmunizará a los adultos mayores, personas con comorbilidad, población de comunidades nativas e indígenas, personal del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y personas privadas de la libertad; y, finalmente, a la población de 18 a 59 años (Minsa, 2020a, p. 1).

El análisis del PNV excede las pretensiones del presente artículo; no obstante, es válido realizar algunas preguntas. ¿Por qué tienen prioridad odontólogos, psicólogos o médicos ocupacionales (quienes están incluidos en el personal de salud) que no están trabajando directamente con pacientes covid-19, estudiantes de salud que no son población de alto riesgo o personas privadas de la libertad?¹². Es posible que estas normas posean buenas justificaciones, pero los organismos encargados no han sido claros. La transparencia en la toma de decisiones es relevante para un debate ético y social fructíferos.

Finalmente, el caso Vacunagate; es decir, la aplicación en secreto de una posible vacuna fuera del ensayo clínico a cientos de personas, que incluían al expresidente Vizcarra y sus más cercanos allegados, es una muestra de cómo el poder sirve para favorecer a cierto grupo privilegiado y donde la transparencia en las decisiones políticas y de salud brillan por su ausencia (Ojo Público, 2021).

12 Se nos escapan varias aristas de este problema. Por ejemplo, los casos de amigos o conocidos del personal de salud que acceden subrepticamente a camas UCI. El centralismo de Lima respecto a las vacunas, los siempre olvidados pueblos originarios, etc. Al final, quienes más padecen la pandemia son los más pobres. Todos sufrimos la pandemia, pero unos sufren mucho más que otros.

Conclusiones

La pandemia por covid-19 ha generado una situación crítica donde los recursos de diversa índole son escasos, por lo que se deben tomar decisiones que involucren elegir a quién salvar, qué criterios usar para discriminar justificadamente a qué paciente atenderlo y a quién no o hasta qué momento brindarle apoyo médico. A pesar de la incertidumbre, se deben tomar decisiones y formular criterios que nos permitan encarar estos problemas. A través del documento «Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19», el Minsa (2020) ha llevado a cabo esta labor, pero —cabe resaltar— dentro de un contexto de crisis sanitaria que ha desencadenado o hecho patente una *distopía ética*; esto es, una serie de problemas y dilemas éticos tan complejos que nuestras intuiciones resultan ineficaces para resolverlos eficaz y coherentemente.

Por ejemplo, muchas personas consideran que la vida en sí misma es valiosa y es un error analizar las cualidades de los individuos que reflejan su calidad de vida para ver a quién debemos ayudar o no o a quién brindar más recursos y a quién menos. Sin embargo, esas mismas personas no consideran incorrecto si se privilegia la vida de un niño a costa de la vida de un anciano. El razonamiento podría ser: «el anciano ya ha vivido lo suficiente, posee enfermedades de la edad y el niño recién empezará a tener experiencias fructíferas, pues está lleno de energías», pero esta consideración analiza la cualidad de un individuo y deja de lado su visión del valor de la vida en sí misma, con lo cual su postura es contradictoria o por lo menos ambigua.

Además, en líneas generales, detrás de nuestras intuiciones y, sobre todo, detrás de las posturas y criterios usados por el Minsa subyacen las teorías éticas del deber y de las consecuencias. La primera enfatiza la idea de que existen acciones incorrectas absolutas y que no está bien realizarlas al margen de que puedan traer con el tiempo algún tipo de utilidad. Esta postura también defiende la vida como un valor en sí mismo. El segundo resalta que las acciones correctas o incorrectas están en función de si aumentan o disminuyen el bienestar de las personas involucradas en esas acciones y sustentan la calidad de vida más que la vida en sí misma.

Finalmente, se analizan tres cuestiones éticas respecto a la dignidad, la voluntad de vivir y la discriminación. Se muestra que las decisiones y los criterios tomados por el Minsa, a pesar de toda la buena fe que se haya tenido, no escapan a ambigüedades, contradicciones o aspectos sumamente discutibles. No obstante, el Minsa no es culpable de estos resultados, pues las discusiones teóricas poseen larga data y la misma situación ha

llevado resultados similares en otros países. Sin embargo, hace falta mayor precisión e información, dado que algunas recomendaciones son muy generales y los ciudadanos necesitamos saber qué decisiones puntuales están tomando las autoridades sobre la vida y el bienestar de la población peruana. Aunque a veces se vean las discusiones teóricas (sobre todo las filosóficas) como irrelevantes para la práctica, sucede todo lo contrario. Cuando podemos ver con más claridad cuáles son los supuestos e implicancias teóricos de nuestras intuiciones morales, se avizoran nuestras perspectivas, alternativas y se descartan otras, de modo que se puedan tomar mejores decisiones y los criterios sean más transparentes.

Contribución de autoría

Mike Christian Cruzado Torre fue el único autor.

Fuente de financiamiento

Autofinanciado.

Potenciales conflictos de interés

Ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Médica Mundial (9 de octubre de 2018). Declaración de Ginebra. Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/>

Ayala-Colqui, J. (2020). Viropolitics and capitalistic governmentality: On the management of the early 21st century pandemic. *Desde el Sur*, 12(2), pp. 377-395.

Barreto, C. y Mejía, M (2021, 11 de enero). Perú: Unidades de cuidados intensivos saturadas por COVID-19. AP News. <https://apnews.com/article/noticias-62804ebdceb2e982e09e373504843922>

BBC (28 de marzo de 2020). Coronavirus: en qué consiste el juramento hipocrático, el origen del aplaudido espíritu médico que desafía la pandemia. BBC Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52066995>

Beauchamp, T. y Childress, J. (1999). Principios de ética biomédica. Masson.

Castañeda, S. (25 de marzo de 2021). Perú vive peor momento de segunda ola coronavirus con récord diario de contagios. Reuters Staff. <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-peru-idLTAKBN2BH2DQ>

Chávez, C. (2021). La difícil elección para sobrevivir: a quién le otorgan una cama UCI. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/1978/eleccion-para-sobrevivir-el-dilema-de-la-ultima-cama-uci>

David, N. (2004). La deontología contemporánea. En P. Singer (ed.), *Compendio de ética* (pp. 291-308). Alianza Editorial.

Dancy, J. (2004). La ética de los deberes *prima facie*. En P. Singer (ed.), *Compendio de ética* (pp. 309-322). Alianza Editorial.

Guariglia, O. (Ed.) (2007). Cuestiones morales. Trotta.

Guterres, A. (1 de mayo de 2020). Nuestra respuesta al COVID-19 debe respetar los derechos y la dignidad de las personas de edad. Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/respuesta-covid-19-de-be-respetar-derechos-dignidad-personas-mayores>

Heimken, A. (1 de abril de 2020). Muere por coronavirus una belga de 90 años tras ceder su respirador a un paciente más joven. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/03/31/5e83ad92fdddf631b8b4648.html>

Jabiel, S. (22 de mayo de 2021). La odisea de salvar a un familiar de la covid-19 en Perú. *El País*. <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-05-23/la-odisea-de-salvar-a-un-familiar-de-la-covid-19-en-peru.html>

Jimenez, N. (11 de marzo de 2021). Un año de pandemia: el sacrificio y dolor eterno de nuestros médicos héroes [video]. Andina. <https://andina.pe/agencia/noticia-un-ano-pandemia-sacrificio-y-dolor-eterno-nuestros-medicos-heroes-video-836660.aspx>

Laudan, L. (2002). Medicina coercitiva: paternalismo y salud pública. En O. Hansberg y M. Platts (ed.), *Responsabilidad y libertad. México* (pp. 87-100). Universidad Autónoma de México.

Lazari-Radek, K. y Singer, P. (2017). *Utilitarianism. A very short introduction*. Oxford University Press.

Macklin, R. (20 de diciembre de 2003). Dignity is a useless concept. *British Medical Journal*, 327(7429), pp. 1419-1420. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC300789/>

Mcintyre, A. (2004). *Tras la virtud*. (2ª ed.). Crítica.

Ministerio de Salud (2020a). Documento técnico. Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19. Ministerio de Salud. http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/consideraciones_eticas.pdf

Ministerio de Salud (2020b). Minsa aprobó Plan Nacional de Vacunación para inmunizar a 22.2 millones de personas contra la COVID-19. Ministerio de Salud. <https://www.minsa.gob.pe/newsletter/2020/edicion-40/nota4/index.html#:~:text=Inicialmente%20se%20vacunar%C3%A1%20a%20personal,miembros%20de%20las%20mesas%20electorales.>

Mora, R. (2021). Pandemia global, crisis económica y política. *Desde el Sur*, 13(1), e0007.

Naciones Unidas, ONU. (10 de noviembre de 2018). Artículo 1: Libres e iguales en dignidad... <https://news.un.org/es/story/2018/11/1445521>

Ojo Público (12 de abril de 2020). Diario de la cuarentena: la historia de todos. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/1745/diario-de-la-cuarentena-las-historias-de-todos>

Ojo Público (2021). *Vacunagate. Historia secreta de la vacunación irregular en el Perú*. Aguilar.

O'Neill, O. (2004). La ética kantiana. En P. Singer (ed.), *Compendio de ética* (pp. 253-266). Alianza Editorial.

Pighi, P. (2021). Ana Estrada y la eutanasia en Perú: «Me están diciendo "tranquila, ya nadie va a ser culpable si decides morir"». BBC Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56248478>

Preston, R. (2004). La ética cristiana. En P. Singer (Ed.), *Compendio de ética* (pp. 145-164). Alianza Editorial.

Rachels, J. (2006). *Introducción a la filosofía moral*. Fondo de Cultura Económica.

Sanchez-Salvatierra, J. M. y Taype-Rondan, A. (2018). Evolución del juramento hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? *Revista Médica de Chile*, 146(12), pp. 1498-1500. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498>

Singer, P. (Ed.) (2004). *Compendio de ética*. Alianza Editorial.

Singer, P. (1997). *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Paidós.

Singer, P. (1995). *Ética práctica* (2.ª ed.). Cambridge University Press.

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. (2000). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. SEMICYUC. https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

Toledo-Leyva, C. (26 de enero de 2021). Perú, sin camas UCI ni oxígeno en plena segunda ola de coronavirus. Deutsche Welle. <https://www.dw.com/es/per%C3%BA-sin-camas-uci-ni-ox%C3%ADgeno-en-plena-segunda-ola-de-coronavirus/a-56354212>

Recepción: 14/1/2022

Aceptación: 14/3/2022