



Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSN: 0443-5117

ISSN: 2448-5667

revista.medica@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

México

García-Cortés, Luis Rey; Ramos-Valle, David; Ramos-Ortega, Gregorio

El papel de la ética de la salud pública en la pandemia COVID-19

Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 58, núm. 2, Sup., 2020, pp. 334-339

Instituto Mexicano del Seguro Social

Distrito Federal, México

DOI: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000148>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457769376027>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El papel de la ética de la salud pública en la pandemia COVID-19

The role of public health ethics in the COVID-19 pandemic

Luis Rey García-Cortés^{1*}, David Ramos-Valle² y Gregorio Ramos-Ortega³

Resumen

El propósito de este ensayo es señalar que los principios éticos en salud pública se asientan en los conceptos de seguridad y solidaridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social, ideas que México aportó al mundo en 1943. Se enfatiza que el modelo principialista genera confusión para resolver los dilemas éticos que ocurren ante la pandemia COVID-19, y se esboza la pertinencia de seguridad, solidaridad, responsabilidad óntica y responsabilidad diacónica como principios éticos de la salud pública con orientación hacia la vulnerabilidad, con lo que se clarifica su correspondencia en el actuar ético ante la pandemia COVID-19 causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Palabras clave: Infecciones por Coronavirus; Ética; Salud Pública; COVID-19; SARS-CoV-2

Abstract

The purpose of this essay is to point out that the ethical principles in public health are based on the concepts of security and social solidarity of the Instituto Mexicano del Seguro Social (Mexican Institute for Social Security), ideas that Mexico contributed to the world in 1943. It is emphasized that the principlism model generates confusion to solve the ethical dilemmas that occur in the face of COVID-19 pandemic, and the pertinence of security, solidarity, ontic responsibility, diachronic responsibility as ethical principles of public health with orientation towards vulnerability is outlined, clarifying their correspondence in ethical behavior in the face of COVID-19 pandemic caused by the novel SARS-CoV-2 coronavirus.

Keywords: Coronavirus Infections; Ethics; Public Health; COVID-19; SARS-CoV-2

“Al lado de la conciencia de la justicia social y la solidaridad se aparejaron la incomprensión, la hostilidad y los malos augurios”

Ricardo García Sáinz en IMSS 1943-1983, 40 años de historia

La enfermedad COVID-19 ha ido invadiendo progresivamente todas las naciones del mundo. Hoy en día, esta pandemia, de gran calado en la historia de la humanidad, trasciende porque su historia natural y su cadena epidemiológica son seguidas por la humanidad

en tiempo real a través de comunidades virtuales y redes sociales. Así, en el portal del buscador de Google se publica en tiempo real la serie de casos más grande hasta la fecha de la enfermedad COVID-19 en el mundo (3.19 millones de casos confirmados y 228 000 defunciones, actualizados hasta abril 30 de 2020), cifras que contrastan con cerca de 2 900 000 000 resultados de búsqueda de información sobre esta enfermedad. Es indudable que estas noticias e información científica que se presentan al mundo son prácticamente imposibles de apreciar críticamente para

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Estado de México Oriente, Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud. Naucalpan; ²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 72, Coordinación Clínica de Cirugía. Tlalnepantla; ³Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 57, jubilado. Cuautitlán Izcalli. Estado de México, México

Correspondencia:

*Luis Rey García Cortés

E-mail: luis.garciaco@imss.gob.mx

2448-5667 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permayer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 02/05/2020

Fecha de aceptación: 16/06/2020

DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000148

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58 Supl 2:S334-339

<http://revistamedica.imss.gob.mx/>

discernir cuál evidencia científica resulta útil para enfrentar la pandemia de COVID-19. La influenza y, en particular, la COVID-19 han planteado dilemas éticos para el Estado, los sistemas de salud, los profesionales de la salud, las personas con la enfermedad y para toda la sociedad.¹ ¿Cómo distribuir equitativamente los escasos insumos, las camas de cuidados intensivos y los ventiladores mecánicos, ya que la respuesta determinará quién vive y quién muere? El solo planteamiento de esta pregunta causa incompreensión, discrepancia y hasta malos presagios para los profesionales de la salud, así como para las personas con la enfermedad y toda la sociedad, en tanto que su respuesta solamente sea argumentada y resuelta desde un enfoque de la ética clínica sin considerar el enfoque de la ética de la salud pública.^{2,3,4}

Dilemas éticos en salud pública desde la ética clínica

En la pandemia por COVID-19, la atención médica practicada en la mayoría de los países del mundo se ha centrado en un enfoque clínico y utilitario, y se ha concentrado en la relación riesgo/costo-beneficio, en la que los principios éticos, como la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia,⁵ tienden a adaptarse, preponderantemente, en todas las acciones para atender la *emergencia sanitaria* generada por el virus SARS-CoV-2. A estos principios se incorpora el principio de dignidad humana y los derechos humanos⁶ y se aprecia una convergencia en cuatro valores: utilización de recursos para salvar la mayor cantidad de vidas posible; trato a las personas por igual; asignación de recursos a las personas con mayores necesidades médicas o las que están en mayor riesgo, y asignación de recursos a aquellos que tienen ciertas habilidades o talentos que pueden salvar vidas.^{7,8,9,10} Bajo este enfoque, centrado en el individuo, ocurren conflictos y dilemas éticos en los que se reconoce que el principalismo responde y resuelve la mayor parte de ellos. Sin embargo, esta práctica ya ha sido severamente criticada, entre otros, por Clouser en 1990, para quien “los principios no funcionan ni como sustitutos adecuados para las teorías morales, ni como directrices orientadoras o guías de acción moral”,¹¹ y por Holm en 1995,¹² quien refiere que el principalismo no debe ser considerado como modelo universal, dado que surge de una fracción de la ética común norteamericana y, por lo tanto, no refleja los contextos que ocurren en otras naciones.

COVID-19, abordaje desde la salud pública y la clínica

¿El abordaje de COVID-19 desde la salud pública es distinto al abordaje desde la clínica? El abordaje desde la salud pública pone el énfasis en prevenir la ocurrencia de la enfermedad en los individuos; su alcance es más amplio que el del abordaje clínico porque no hay una estructura de un encuentro clínico para delimitar el tiempo para el diagnóstico o la intervención, y la variedad de las personas y sus situaciones en una comunidad multiplican el rango de factores que pueden afectar la salud. Hoy en día la salud pública se preocupa por el cuidado de la sociedad, la protección del ambiente y el aprovechamiento del desarrollo tecnológico científico para encauzar el futuro de la población.¹³ La particularidad de los problemas éticos que se presentan en la salud pública ha sido abordada —la mayoría de las veces— adaptando al contexto de la salud comunitaria el modelo principalista, hecho ya criticado por Lachmann en 1998.¹⁴

En el caso de la atención médica a la enfermedad COVID-19 hay una considerable superposición entre los dos abordajes, como en la fase 3 de esta pandemia, en la que se ofrecen muchas oportunidades para los servicios de cooperación y complementación, pero también emergen acusaciones de acciones de duplicación y luchas por espacios. Así pues, los primeros esfuerzos en la fase 1 y el abordaje clínico se centraron en describir el curso clínico, contar los casos graves y tratar a los enfermos. Mientras que el abordaje de salud pública, con base en la experiencia con el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS: *Middle East respiratory syndrome*), la influenza y otros brotes, permitió que algunos países se orientaran hacia una política pública de salud, pues estaba claro que en la medida en que evolucionara la epidemia enfrentarían una necesidad urgente de expandir sus estrategias de salud pública para mitigar la transmisión de la enfermedad con acciones de vigilancia, detección, aislamiento y distanciamiento social, para comprender la epidemiología del nuevo virus y caracterizar su impacto potencial, uno de ellos: la ética en la pandemia.¹⁵

Dilemas éticos en salud pública desde la seguridad y la solidaridad social

El *principio de seguridad social*, implícito en la exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1973¹⁶ conceptualiza la *seguridad* como la protección, el resguardo o la cobertura de necesidades esenciales de

los derechohabientes, entre otras, la salud. Como principio de salud pública, la seguridad consiste en cuidar a la población con el propósito de prevenir enfermedades y fomentar un medio ambiente saludable. A este respecto, el Gobierno de México declaró el 24 de marzo de 2020 el inicio de la fase 2 de la pandemia COVID-19, al pasar de la contención a la mitigación de casos de origen comunitario, con el objetivo de disminuir el número de contagios de persona a persona y por ende la propagación de la enfermedad, con especial énfasis en grupos vulnerables, lo cual permitió, además, que la carga de la enfermedad esperada no se concentrara en unidades de tiempo reducidas, con el subsecuente beneficio de garantizar el acceso a la atención médica hospitalaria para los casos graves esperados en la fase 3. En el marco de este *principio de seguridad*, se ofrece la posibilidad ética de acciones destinadas a cubrir necesidades sanitarias sociales impostergables para ejercer la protección a través de acciones programadas; también se justifica dominar sobre el principio de autonomía los requerimientos del bienestar colectivo, sin contemplar excepciones. La legitimidad de estas acciones sanitarias y la inevitable restricción de la autonomía individual constituyen características del acto de seguridad social; la seguridad alcanza así una forma de poder *sui generis*, sustentada en el *principio de responsabilidad* y caracterizada, como se ha señalado, por la postergación de obligaciones frente a los individuos.

El principio de solidaridad social

Se le atribuye a Pierre Leroux (1797-1871) el concepto de *solidaridad*, cuya característica antropológica social la convierte en la base de la vida social, porque supera la división del humano en naciones, familias y propiedades, con lo que se restablece la unión entre los hombres.¹⁷ Esta idea trasciende hacia el pensamiento político social de la Revolución Mexicana y es así que se conforma el papel del individuo, la sociedad y el Estado para el México del siglo XX, hecho que se cristaliza en el proyecto del general Lázaro Cárdenas del Río y culmina con la expedición de la Ley del Seguro Social el 31 de diciembre de 1942. En esa ley se interpreta la solidaridad social como la distribución de las cargas económica y su administración tripartita para hacer viable la seguridad social en México.¹⁸ Este principio es de mayor relevancia en un episodio colectivo de imposible resolución individual. La solidaridad se centra en la importancia de la seguridad de las personas como miembros de grupos o poblaciones, en

la idea de que todos los seres humanos somos iguales y que tenemos el deber de apoyarnos y ayudarnos mutuamente y, en particular, en dirigir la atención ética a las personas más *vulnerables*.¹⁹ A este respecto, Consejo y Chapela evidenció en 2012 que la idea de *vulnerabilidad* no es algo evidente para la ética y cuando se lleva a este plano, debe considerarse que es una condición existencial del ser humano presente en grupos poblacionales en determinadas circunstancias de desamparo. Tal es el caso de personas hospitalizadas con padecimientos graves ya que, al iniciar, mantener, limitar o suspender un tratamiento que extienda su vida, se suscitarán conflictos éticos que se deben analizar desde *la ética de la vulnerabilidad y de la responsabilidad*.²⁰

Responsabilidad, del verbo *responder*, significa en ética hacerse cargo de su actuar frente al afectado, consecuencia del cuidar de otro ser humano cuando este está amenazado en su *vulnerabilidad*. De lo anterior se deducen dos tipos de responsabilidad, teóricamente plausibles, vinculados a la ética en salud pública: la *responsabilidad óntica* de Hans Jonas (*responsabilidad para consigo mismo*) y la *responsabilidad diacónica* de Emmanuel Levinas.

Responsabilidad óntica

La *responsabilidad para consigo mismo* es indisoluble de la que debe tenerse en relación con todos los demás. Busca de la *solidaridad* para conectarse con todos los hombres y con la naturaleza que rodea a uno mismo. Para Jonas el ser humano requiere de contestar con su propio ser a una noción más amplia y radical de la *responsabilidad*, la referente a la naturaleza humana y a la del mundo que lo rodea en el actual *imperativo tecnológico*, como un principio ético para evidenciar la *vulnerabilidad* que la acción humana suscita a partir del momento en que el ser humano se presenta ante la fragilidad natural de la vida.²¹

Responsabilidad diacónica

La *responsabilidad para con el otro* no es resultado de un acto de autorreflexión, sino que se suscita por la aparición del otro en la vida de uno, es decir, el sujeto no es el origen de sus pensamientos ni de sus actos, sino que es constituido por el otro —apertura a aquello que no es él—. Es decir, el otro me convoca a asumir por él una *responsabilidad* incondicional que solo puede darse en una relación asimétrica y no de reciprocidad, lo cual implica que el yo se define

éticamente en función del otro (también reconocida como ética de la alteridad). La ética de la responsabilidad diacónica se basa en un yo volcado hacia el otro y ocupado en socorrerle sin esperar nada a cambio. Esa obligación hacia los demás se plantea de modo radical, evidente, cuando el yo se confronta de forma directa con el rostro del otro.²²

En estas dos ideas de la *responsabilidad* se ofreció una plausible explicación de la *responsabilidad* y la ética; este razonamiento sintético, teóricamente plausible, se ve contradicho en la práctica, pues resulta difícil entender cómo una *responsabilidad* individual podría trasladarse hacia una *responsabilidad social*, ámbito de la ética de la salud pública. No obstante, en la ética de la salud pública, la *responsabilidad social* está presente, no como realidad visible, sino como un llamado social sensato, cuando se confronta de forma directa con el otro rostro, el rostro del coronavirus SARS-CoV-2, que pide calma, prudencia y equilibrio.

El principialismo ético es vigente en su inmediatez íntima para la estructura clínica diaria, próxima, de los efectos humanos recíprocos médicopaciente. Sin embargo, esta estructura clínica queda superada por la creciente enfermedad de alcance colectivo, comunitario, poblacional, en la cual el agente, la enfermedad y la acción no son lo mismo para la estructura clínica y que, debido a la magnitud de su naturaleza, la enfermedad impone que la ética se ejerza a partir de una visión diferente.

Norma jurídica y principios éticos ante la COVID-19 en México

En México, el 30 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud declaró la epidemia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor. El 31 de marzo de 2020 emitió recomendaciones bioéticas ante el COVID-19 en las que se identifica el *principio de seguridad* en el proceso de atención a la salud, el principio de *solidaridad y responsabilidad* hacia grupos en condiciones de *vulnerabilidad*, así como la gestión de recursos escasos en donde dejó explícitos los principios de *justicia*, *no maleficencia* y *beneficencia*.²³ Ese mismo día publicó en el Diario Oficial de la Federación el *Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2*.²⁴ Como acciones relevantes para mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV-2 en la comunidad, se implementó la suspensión de actividades esenciales del 30 de marzo al 30 de abril de

2020; en actividades esenciales, reuniones de menos de 50 personas, lavado de manos continuo, estornudar aplicando la etiqueta respiratoria y medidas de sana distancia, además de medidas de resguardo domiciliario. El 21 de abril de 2020 la Secretaría de Salud modificó el acuerdo anteriormente referido para adicionar los artículos Tercero, Cuarto, Quinto y Sexto. Para los propósitos de este ensayo, se cita íntegro el artículo Cuarto:

La Secretaría de Salud Federal realizará las adecuaciones que considere necesarias al sistema de vigilancia epidemiológica, y otros sistemas de información, para lograr una vigilancia especial de los pacientes que se encuentren graves y críticos a causa del virus SARS-CoV-2, así como de la demanda y disponibilidad de servicios hospitalarios en el segundo y tercer nivel de atención médica.²⁵

Conclusión

¿El coronavirus SARS-CoV-2 es bueno o es malo? Es un organismo molecular parasitario que devela la *vulnerabilidad* de la población y revela dilemas éticos diferentes a los que habitualmente afrontamos.

A la luz de la pandemia COVID-19, los profesionales de la salud y la población en general debemos asumir una actitud razonable y rescatar los principios históricos propios de *seguridad y solidaridad social* que México aportó al mundo, porque en ellos se asienta el principio de *responsabilidad social* ante el otro rostro —los *grupos vulnerables*—. Si bien los dilemas éticos no quedarán del todo resueltos, al menos se esclarece el enfoque teórico suscitado en buena medida por la confusión conceptual de los principios éticos de la salud pública, confusión que ocurre y se exacerba cuando, en forma acrítica, se extrapola el modelo principialista del ámbito interpersonal al comunitario.⁸

Es evidente que en la fase 3 la atención al paciente se enfoca en la unidad de cuidados intensivos y, por lo tanto, en un dilema ético que por su abordaje clínico, el principialismo ético —utilitarista—, es dominante por su inmediatez íntima e individualista, propia del encuentro médicopaciente. Sin embargo, no se debe olvidar que en ese momento ocurre la propagación de la enfermedad de alcance comunitario, en la cual el agente, la enfermedad y la acción no se comportan de la misma manera que en el encuentro clínico, lo cual hace pensar que este enfoque ético debe ser superado y deberá orientarse hacia una visión ética de la salud pública.²⁶

Conflicto de intereses

Los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflicto potencial de intereses del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

- White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med.* 2009;150(2):132-8.
- Consejo de Salubridad General. Comité de Ética del Consejo de Salubridad General. Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 10 de abril de 2020. Disponible en: https://lauriximenez.files.wordpress.com/2020/04/1-guia_bioetica_final_10_abril2020_v1.pdf [Consultado el 23 de abril de 2020].
- Consejo de Salubridad General. Comité de Ética del Consejo de Salubridad General. Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 13 de abril de 2020. Disponible en: https://lauriximenez.files.wordpress.com/2020/04/2-guia_bioetica_final_13_abril2020_v2.pdf [Consultado el 23 de abril 2020].
- Consejo de Salubridad General. Comité de Ética del Consejo de Salubridad General. Proyecto Guía de Triage para la Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 15 de abril de 2020. Disponible en: https://lauriximenez.files.wordpress.com/2020/04/3-guia_bioetica_15abril2020_v3.pdf [Consultado el 23 de abril de 2020].
- Beauchamp TL, Childress, JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th Ed. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO; 19 de abril de 2005. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058_and_URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Kim SYH, Grady C. Ethics in the time of COVID: What remains the same and what is different. *Neurology.* 2020;94(23):1007-8. doi: 10.1212/WNL.00000000000009520.
- Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2049-55. doi: 10.1056/NEJMs02005114.
- Hastings Center. Ethical Framework for Health Care Institutions and Guidelines for Institutional Ethics Services responding to the novel coronavirus pandemic. Garrison, New York, USA: Hastings Center; 16 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/ethical-frameworkcovid19/>
- World Health Organization. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority setting. WHO; 20 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-covid-19-resource-allocation.pdf?ua=1>
- Clouser KD, Kopelman LM. Philosophical Critique of Bioethics: Introduction to the Issue. *J Med Philos.* 1990;15(2):121-4. doi:10.1093/jmp/15.2.121
- Holm S. Not just autonomy--the principles of American biomedical ethics. *J Med Ethics.* 1995;21:332-8.
- Chilton M, Jones S. The Rights of Nature and the Future of Public Health. *Am J Public Health.* 2020;110(4):459-60. doi: 10.2105/AJPH.2020.305582
- Lachmann PJ. Public health and bioethics. *J Med Philos.* 1998;23(3):297-302.
- Lipsitch M, Swerdlow DL, Finelli L. Defining the epidemiology of covid-19 - studies needed. *N Engl J Med.* 2020;382:1194-6. doi: 10.1056/NEJMp2002125
- Álvarez EL. Exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1973. *Revista de Administración Pública.* 1987;69(70):255-7.
- Amengual G. La solidaridad como alternativa. Notas sobre el concepto de solidaridad. *Revista Internacional de Filosofía Política.* 1993;1:135-152. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:filo-poli-1993-1-EDC02288-AC9D-03F8-48A4-C7CA-B120E112&dsID=solidaridad_alternativa.pdf
- Rabasa GE. El IMSS: Salud, seguridad y solidaridad social. *Revista de Administración Pública.* 1987; 69(70):157-70.
- Prainsack B, Buyx A. Solidarity: Reflections on an Emerging Concept in Bioethics. London: NcoB; 2011. Disponible en: https://www.nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Solidarity_report_FINAL.pdf
- Consejo-y Chapela C. Adultos mayores, vulnerabilidad y relaciones de poder: discusión desde una ética de la vulnerabilidad [internet]. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2011. Disponible en: <http://www.siiic-salud.com/des/expertoimpreso.php/124909> [Consultado el 25 de abril de 2020].
- Jonas H. El Principio de Responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
- Giménez A. Emmanuel Levinas: humanismo del rostro. *Escritos.* 2011;19(43):337-49. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v19n43/v19n43a04.pdf> [Consultado el 26 de abril de 2020].

23. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. Recomendaciones Bioéticas ante el COVID - 19. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/546480/RECOMENDACIONES_BIOETICAS_ANTE_EL_COVID-19_Final.pdf [Consultado el 26 de abril de 2020].
24. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS CoV 2. México: Secretaría de Salud; 31 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914 and fecha=31/03/2020
25. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se modifica el similar por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2, publicado el 31 de marzo de 2020. México: Secretaría de Salud; 21 de abril de 2020. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592067&fecha=21/04/2020
26. Consejo de Salubridad General. Comité de ética del Consejo de Salubridad General. Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud; 30 de abril de 2020. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf [Consultado el 30 de abril de 2020].

Cómo citar este artículo:

García-Cortés LR, Ramos-Valle D, Ramos-Ortega G. El papel de la ética de la salud pública en la pandemia COVID 19. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58 Supl 2:S334-339.