

LA DÉCADA COVID
EN MÉXICO

Los desafíos
de la pandemia
desde las ciencias sociales
y las humanidades

Reflexiones desde la **ética** y la **filosofía**

Paulina Rivero Weber
Juan Antonio Cruz Parcero
(Coordinadores)



Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Rivero Weber, Paulina, editor. | Cruz Parceró, Juan Antonio, editor.

Título: Reflexiones desde la ética y la filosofía / Paulina Rivero Weber, Juan Antonio Cruz Parceró, (coordinadores).

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Filosóficas : Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Bioética, 2023. | Serie: La década COVID en México : los desafíos de la pandemia desde las ciencias sociales y las humanidades ; tomo 11.

Identificadores: LIBRUNAM 2204750 (impreso) | LIBRUNAM 2204775 (libro electrónico) | ISBN 9786073074919 (impreso) | ISBN 9786073074926 (libro electrónico).

Temas: COVID-19 -- Aspectos morales y éticos. | Bioética. | Justicia distributiva -- Aspectos morales y éticos. | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Aspectos morales y éticos.

Clasificación: LCC RA644.C67.R44 2023 | LCC RA644.C67 (libro electrónico) | DDC 614.592414—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por pares académicos expertos y cuenta con el aval del Comité Editorial del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la Universidad Nacional Autónoma de México para su publicación.

Imagen de forros: Fernando Garcés Poó

Gestión editorial: Aracely Loza Pineda y Ana Lizbet Sánchez Vela

Cuidado editorial del tomo: Zyanya P. Ruíz Chapoy

Primera edición: 2023

D. R. © 2023 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

Instituto de Investigaciones Filosóficas

Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n

Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

www.filosoficas.unam.mx/

ELECTRÓNICOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7492-6 Título: Reflexiones desde la ética y la filosofía

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6883-3 Título: La década COVID en México

IMPRESOS:

ISBN (Volumen): 978-607-30-7491-9 Título: Reflexiones desde la ética y la filosofía

ISBN (Obra completa): 978-607-30-6843-7 Título: La década COVID en México

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.



Se autoriza la copia, distribución y comunicación pública de la obra, reconociendo la autoría, sin fines comerciales y sin autorización para alterar o transformar. Bajo licencia creative commons Atribución 4.0 Internacional.

Hecho en México

Contenido

	Presentación	11
	<i>Dr. Enrique Graue Wiechers</i>	
	Prólogo	13
	<i>Guadalupe Valencia García</i>	
	<i>Leonardo Lomelí Vanegas</i>	
	<i>Néstor Martínez Cristo</i>	
	Introducción: Reflexiones desde la ética y la filosofía	21
	<i>Paulina Rivero Weber</i>	
1	Sobre modelos y epidemiología en tiempos de pandemia	27
	<i>Atocha Aliseda</i>	
2	¡Resistir es existir! Testimonios de talleres de filosofía con personas privadas de su libertad para afrontar la COVID-19	47
	<i>Ángel Alonso Salas</i>	
3	Temas de la justicia distributiva aplicados a la COVID	71
	<i>Paulette Dieterlen</i>	
4	Sobre la moralidad del turismo de vacunación	97
	<i>Juan Espíndola</i>	
	<i>Moisés Vaca</i>	
5	La necesidad de una bioética cosmopolita ante la pandemia de COVID-19	119
	<i>Jorge Enrique Linares Salgado</i>	

6	Ocaso <i>Francisco Mancera</i>	139
7	El concepto de evidencia en teorías de políticas públicas <i>Sergio Martínez</i>	151
8	Bioética, globalización y pandemia <i>Gustavo Ortíz Millán</i>	175
9	<i>Malgré tout</i> : un sentido para el sinsentido <i>Paulina Rivero Weber</i>	185
10	Ética. Meditación filosófica en torno a la moral y sus implicaciones <i>Gilles Deleuze: por una moral del acontecimiento</i> <i>Sonia Torres Ornelas</i>	203
11	La pandemia desde la filosofía política de las ciencias. Hacia un nuevo paradigma <i>Ambrosio Velasco Gómez</i>	219
12	<i>Terrae incognita</i> . Subjetividades y emplazamientos éticos en el mundo que nos dejó la COVID <i>Zenia Yébenes Escardó</i>	247

Paulette Dieterlen

Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM

INTRODUCCIÓN

En el texto pretendemos explicar cómo la justicia distributiva nos ayuda a tomar decisiones, lo más correctas posibles, sobre los servicios curativos y preventivos de la pandemia de la COVID-19, por presentarse en una situación de escasez. Empezaremos con una breve mención de lo que sucedió. Una vez expuestos los temas de la justicia distributiva explicaremos dos etapas de la enfermedad: la curativa y la preventiva.

El 31 de diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, en China, las autoridades sanitarias avisaron que un virus llamado SARS-CoV-2 había surgido y se estaba propagando con rapidez. La COVID-19 se transmite sobre todo a través de las gotículas generadas cuando una persona infectada tose, estornuda o respira. Además de ello, estas gotículas son demasiado pesadas para permanecer suspendidas en el aire y caen rápidamente sobre el suelo o las superficies, lo que incrementó los contagios.

A partir de esa fecha, la Organización Mundial de la Salud empezó a colaborar con expertos mundiales, gobiernos y asociaciones médicas para ampliar y generar conocimientos científicos. El objeto de dichos conocimientos era rastrear su propagación y su virulencia en los países, así como prevenir

a las personas sobre medidas de protección para evitar el contagio e impedir la propagación del virus.

Las instituciones y organismos que se ocupan de la salud exigieron a los ciudadanos usar cubrebocas, lavar las manos con frecuencia, usar gel antibacterial, guardar la sana distancia y no asistir a lugares cerrados y mucho menos a eventos masivos. El consejo fue, en la medida de lo posible, suspender clases y eventos de trabajo presenciales y quedarse en casa. Sin embargo, el virus se propagó y ocasionó que un gran número de personas murieran.

A medida que los contagios aumentaron, la situación fue empeorando, en México no había suficientes hospitales, en ellos no había los ventiladores necesarios, tampoco camas, y aquellos que se ocupan de atender a los enfermos (médicos, enfermeras, camilleros, personal de limpieza, y más personas que colaboran en los hospitales, clínicas y demás centros de salud) se contagiaron.

Prácticamente en todos los países se instruyó a las personas para que llevaran a cabo las acciones preventivas mencionadas con anterioridad.

Alguien puede contagiarse de COVID al respirar, al acercarse a una persona infectada o si toca una superficie contaminada y también si alguien se toca de manera repetida los ojos, la nariz y la boca. El virus se propaga con más facilidad en espacios interiores públicos como cines, escuelas, oficinas y centros comerciales.

Los primeros signos del contagio son los siguientes: fiebre, dolor de cabeza, dolor o ardor de garganta, ojos rojos, dolores en músculos o articulaciones; todo lo cual propicia un malestar general.

En los casos más graves las personas tuvieron dificultades para respirar o experimentaron falta de aire en sus pulmones, razón por la cual murieron.

Para tratar de evitar más contagios, la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Salud deberían haber sido las instancias permanentes de coordinación entre las entidades federativas de la república mexicana con el fin de consolidar el Sistema Nacional de Salud, para impulsar el análisis de la programación y el presupuesto de la salud pública, la concertación de mecanismos de cofinanciamiento y la evaluación de la prestación de servicios. En este

sentido, el Consejo Nacional de Salud debería haber sido un foro relevante para planear distintas estrategias. No podemos hablar de todo lo que sucedió en los diferentes países que se paralizaron, cerraron fronteras y efectuaron ciertas medidas coercitivas. Lo que vamos a tratar de hacer es explicar lo que pasó en México con los escasos recursos que se tenían para atender los casos de gravedad. Esto lo haremos desde el punto de vista de la justicia distributiva en materia de salud, para tratar de programar y evaluar acciones que fortalezcan la integración y consolidación del Sistema Nacional de Salud. La percepción de algunos especialistas en el tema fue que tanto el que detenta el Poder Ejecutivo como el subsecretario de Salud minimizaron la situación. El primero, negándose a usar cubrebocas, el segundo dando datos que no convencían a los médicos ni a los periodistas que se dedican a cuestiones de salud. Esto causó que el problema se politizara.

Antes de explicar el tema de la justicia distributiva veamos lo que dice al respecto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos sobre la protección de la salud:

Artículo 4: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución: que a la letra dice:

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

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

3ª. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

4ª. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.¹

Una vez que conocemos las obligaciones del Estado respecto a la salud establecidas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos veremos cómo puede aplicarse la justicia distributiva a los problemas de la salud.

1. JUSTICIA DISTRIBUTIVA

La justicia distributiva es la rama de la filosofía que se ocupa de estudiar la forma más justa en la que un Estado o una institución distribuye a las personas ciertos recursos, bienes o servicios que son relativamente escasos. La escasez relativa de los recursos es una condición indispensable, pues si no la hubiera los criterios de justicia serían innecesarios. Por otro lado, si fuera absoluta sólo dominaría la ley del más fuerte.

La justicia distributiva se apoya en diferentes ramas de la filosofía, como la filosofía política, la filosofía de la economía y la ética. Está relacionada con la ética ya que comprende una visión moral de los seres humanos. También tiene que ver con una visión del Estado y de las preferencias políticas de las personas. Ejemplo de estas visiones puede ser preferir un Estado mínimo en el que las personas prefieren pagar sus servicios públicos, y creen que el objetivo del Estado es la defensa contra las arbitrariedades y las acciones violentas. De igual modo existe el estado de bienestar, aquel que proporciona protección y

1 <<https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-tercero/capitulo-ii/seccion-iii/#articulo-73>>.

servicios públicos como la salud y la educación. Estos modelos presuponen que las personas prefieren pagar impuestos, siempre y cuando tengan garantizados los servicios de protección, pero, además exigen que con sus impuestos se subsidien bienes como la salud y la educación, entre otros.

La filosofía de la economía, por su parte, está relacionada con la manera en la que se reparten, se intercambian y se obtienen los bienes; éstos, como veremos más adelante, por lo general son el mercado, los derechos económicos y sociales y las necesidades.

En la tradición filosófica los temas que se refieren a las políticas justas de distribución siempre han estado presentes. Aristóteles en el libro V de la *Ética Nicomaquea* distinguió la justicia legal de la distributiva, y precisó que la última es aquella que tiene que ver con la igualdad de los ciudadanos de una *polis*. En la Edad Media surgió la discusión sobre el derecho de quienes se encontraban en una necesidad extrema de recibir bienes por parte de quienes tenían demasiado. En la modernidad, John Locke en el siglo XVIII nos proporcionó un criterio para saber cuándo podemos disponer legítimamente de nuestras propiedades. El filósofo escocés David Hume (siglo XVIII) introdujo la pertinencia de plantear la existencia de un mecanismo de distribución cuando los bienes son escasos. En el siglo XIX, Marx propuso un criterio de distribución y, aun cuando pensó que bajo otras condiciones de propiedad de los medios de producción se generaría un estado de abundancia, creyó que cada quien podría recibir según sus necesidades y dar según sus capacidades. Por su parte, los liberales de los siglos XIX y XX pensaron que era la sociedad, formando grupos privados de atención, y no el Estado, la que debía ocuparse de la distribución de ciertos bienes a las personas menos favorecidas.

Si bien la justicia distributiva nunca dejó de preocupar a los filósofos, fue a partir de la publicación, en 1971, del libro de John Rawls *Teoría de la justicia*, que el tema ocupó prácticamente la mayor parte de las discusiones en la ética, la filosofía política y la filosofía de la economía. Rawls propuso dos principios de justicia que debían regir en una sociedad bien ordenada, es decir en una democracia liberal. Estos principios son:

- 1) Cada persona tiene derecho al más amplio esquema de libertades básicas compatible con un esquema similar de libertades para todos.
- 2) Las desigualdades económicas y sociales han de satisfacer dos condiciones:
 - a) tienen que ser para el mayor beneficio de los miembros menos favorecidos de la sociedad y, b) estar adscritas a cargos y posiciones accesibles a todos en condiciones de equitativa igualdad de oportunidades. (Rawls 1986, p. 189).

El primer principio se refiere a la libertad que deben poseer todas las personas, y la igualdad formulada por el acceso igualitario a una equitativa igualdad de oportunidades que es el principio más discutido en la obra de Rawls. El segundo principio tiene dos partes, el llamado “principio de la diferencia” que postula un incremento en la situación de las personas menos favorecidas de la sociedad. Este principio ha sido debatido, porque en el caso de las enfermedades es difícil saber quién es el menos favorecido, sobre todo en una pandemia como la que enfrentamos en la actualidad. El otro principio se refiere a la equitativa igualdad de oportunidades.

Las cuestiones relacionadas con la distribución justa son, en esencia, cómo adquirimos los bienes y los servicios que necesitamos o deseamos, cómo los transferimos y cómo rectificamos injusticias pasadas, es decir, cómo podemos compensar ciertas diferencias originadas por las desigualdades socioeconómicas, por problemas genéticos, de raza, de sexo, de etnia o por algún tipo de accidente. Pero quizá el aspecto más importante de la justicia distributiva sea la respuesta a la pregunta formulada por el economista hindú Amartya Sen: “¿Igualdad de qué?” (Sen 1979). Las respuestas han marcado las discrepancias entre las diferentes teorías. Según Amartya Sen lo que debemos igualar son las capacidades, según John Rawls (1971) los bienes primarios, según Ronald Dworkin (1981) los recursos y, de acuerdo con Thomas Pogge (2012), los derechos humanos, sobre todo los económicos y los sociales que descansan en las necesidades básicas de las personas.

1.1. Sujetos de la distribución: los que reciben

La justicia distributiva está comprometida con el estudio de tres temas: los sujetos de la distribución, los objetos y los mecanismos mediante los cuáles ésta se lleva a cabo.

El tema de los sujetos se refiere a la manera de concebir y de identificar a las personas que son susceptibles de recibir algún bien, recurso o servicio. Por ejemplo, si pensamos que los individuos de escasos recursos son seres pasivos e incapaces de decidir pondremos en marcha políticas paternalistas. Dichas políticas consisten en percibir a los sujetos de la distribución, es decir a las personas, como si fueran menores de edad que ignoran lo que quieren y lo que necesitan y que, por lo tanto, es indispensable decidir por ellos.

Otra manera de verlos es como maximizadores de utilidad, en este caso, las personas que requieren que ciertos bienes o servicios les sean distribuidos son consideradas como poseedoras de ciertas unidades de utilidad y la distribución contribuiría a que las personas las incrementen. Si las personas se ven de esa manera, la forma más adecuada de tratarlas es por medio del método conocido como triaje (*triage*). Para aplicar el triaje, se forman grupos de personas con distintas medidas de gravedad y se le asigna un valor a su estado. Este método nos permite conocer cómo vamos a obtener más utilidades con el menor gasto. El triaje se implementó en las guerras napoleónicas y tiene por objetivo obtener la mayor utilidad al menor costo. Por ejemplo, durante la COVID-19, a las personas consideradas muy graves no las admitían en los hospitales, porque probablemente morirían y atenderlas exigía mucho gasto en una cura que quizá no se daría. En otros casos, los hospitales y clínicas de la Ciudad de México ofrecieron el triaje como método de aceptación para los enfermos que aguantaban tratamientos médicos invasivos.

En cuestiones de salud, aparte del triaje, es posible concebir a las personas con una idea más kantiana, no sólo como medios, sino también como fines, y así tal vez propongamos políticas que tomen en cuenta una amplia gama de condiciones económicas y sociales que proporcionen alternativas para que los beneficiarios de éstas lleven a cabo, en la medida de lo posible,

sus planes de vida. Durante la pandemia fue difícil aplicar este criterio, pues el método usado fue la urgencia consistente en atender a las personas más graves, como iban llegando, pero con posibilidad de curarse. Nos parece que en el caso de la COVID-19 no hubo mucha claridad acerca de los criterios utilizados para admitir a las personas en los hospitales y clínicas. Entre otras cosas, los enfermos no podían comunicarse con sus familiares y éstos no tenían manera de saber el grado de gravedad de aquéllos.

1.2. Sujetos de la distribución: los que dan

Otro tema que se discute cuando hablamos de los sujetos de la distribución se refiere a quienes tienen la responsabilidad de otorgar los bienes, servicios y recursos. Al respecto hay, en esencia, tres posiciones. La primera consiste en afirmar que el Estado tiene una responsabilidad con los ciudadanos y, si consideramos con seriedad, el derecho a la protección de la salud que se encuentra en nuestra Constitución tiene la obligación de evitar que existan grandes desigualdades. La desigualdad puede ser combatida si se establece un mecanismo de impuestos justos que permitan que el Estado recupere recursos que se empleen en la redistribución de los bienes y servicios para otorgárselos a los ciudadanos menos aventajados de la sociedad. Esta posición conlleva una visión del Estado como respetuoso de la ciudadanía y preocupado por ella.

La segunda posición juzga que el Estado no tiene por qué llevar a cabo acciones de redistribución, puesto que su único compromiso debe ser la seguridad de los ciudadanos. Esto se logra favoreciendo ciertas instituciones como, por ejemplo, la policía y el ejército y aquellas que se encargan de impartir justicia, como los juzgados, los tribunales y las cárceles. Asimismo, tiene la obligación de asegurar que se cumplan los contratos. Quienes defienden esta posición piensan que un Estado que se compromete a poner en práctica políticas redistributivas impone cargas fiscales injustas a quienes han obtenido legalmente sus bienes. Con una adecuada oferta de posibilidades fiscales, las personas que se encuentran en una situación económica privilegiada podrían

abrir instituciones que distribuyan ciertos bienes y servicios ya sea por filantropía o por negocio.

Un tercer punto de vista, acaso el más generalizado en los países democráticos, es una mezcla de las posturas antes mencionadas. Los que defienden esta posición piensan que el Estado, tiene la obligación de establecer políticas redistributivas, pero no ven con malos ojos que los particulares, mediante organizaciones no gubernamentales o empresas particulares, conjuguen esfuerzos para mejorar la situación de los ciudadanos. Estas acciones están relacionadas con la filantropía y la caridad como medios de distribución de bienes y servicios, pero admiten que, a fin de cuentas, la responsabilidad es del Estado.

En el caso de la pandemia, en México la institución rectora fue el Estado. Todos los días el subsecretario de Salud daba un informe de cómo iba la situación. Más adelante veremos lo que pasó con sus informes. Sin embargo, también ciertos hospitales privados tuvieron zonas COVID-19, aunque no rebajaron los precios que cobran de manera habitual; la pandemia se tradujo en un aumento de la desigualdad, misma que constituye un problema lacerante en México.

1.3. Principios de la distribución

El tercer tema de la justicia distributiva se refiere a los principios de la distribución. Dado que las teorías de la justicia, como lo advirtió Hume, se mueven en un trasfondo de escasez, es de suma importancia que los criterios sean objetivos, públicos, transparentes y eficientes. La objetividad se refiere a que tanto las características de los sujetos a quienes se distribuyen como los bienes y servicios, deben ser fácilmente reconocibles. Dichas características no deben depender de la apreciación de las personas sobre sí mismas, sino de la situación en la que están. Un ejemplo de estos elementos objetivos son las condiciones de salud en la que se encontraban las personas por la COVID-19. Como ya lo señalamos se podía tener desde una tos con dolor de cabeza hasta

una falta de oxigenación severa. La publicidad se relaciona con el acceso a la información sobre las medidas que se tomaron para asignar los recursos de salud a las personas que los necesitaban.

Un problema con los criterios de objetividad, publicidad, eficiencia y transparencia lo causaron las comparencias del subsecretario de Salud, incluso se formaron grupos de médicos especialistas en el tema de la COVID-19 que dudaron de los datos proporcionados por el funcionario, ya que, según ellos, la situación era mucho más grave de lo que él afirmaba. Además, se exigió, ante la gravedad del caso, que la asignación e intento de curación fuese eficiente. Estos temas todavía siguen discutiéndose en la arena médica.

Después de analizar las características que deben tener los mecanismos de distribución se examinarán tres posibles criterios de asignación de recursos: el mercado, los derechos y las necesidades básicas.

Algunos pensadores opinan que el mercado constituye una distribución justa porque depende de las acciones voluntarias de los individuos que adquieren bienes y servicios libremente y usan sus habilidades para hacerlo. Además, el mercado cumple con creces el criterio de eficiencia referido con anterioridad, ya que establece una relación entre productores y consumidores sin ninguna interferencia. Sin embargo, al hablar de justicia distributiva es fundamental recordar que el mercado no sólo depende de la distribución real de los recursos económicos, sino que también implica un costo de lo que cuesta. Esto significa que a ciertos bienes y a ciertos males no es posible asignarles un costo, porque no se puede cuantificar su respectivo grado de deseo o de rechazo. Por otro lado, nuestras valoraciones morales rechazan la idea de los costos. No es posible transformar el valor de una vida plena y de las actividades que son indispensables para llegar a ella como una simple cuestión de dinero. El dinero ha sido crucial durante la pandemia porque los recursos no fueron suficientes para afrontar el SARS-CoV-2 y, además, atender otras enfermedades. En los países en desarrollo como México, pacientes con VIH o con cáncer empezaron a sufrir el desabasto de medicamentos porque la mayoría de los recursos médicos se emplearon para combatir la COVID-19.

Una tesis para defender la distribución justa de la salud es la de los derechos humanos y sobre todo el derecho a la salud, que están consagrados en nuestra Constitución. Como bien dice Juan Antonio Cruz Parceró: “El reto que tenemos quienes estamos interesados en los derechos sociales y en transformar nuestra sociedad es poder concebirlos como genuinos derechos justiciables y, a su vez, poderlos integrar en un proyecto social y democrático. El reto es también por la misma democracia y por los derechos humanos en general” (Cruz Parceró 2007, p. 36).

Otros autores como Buchanan y Hessler sostienen que:

[...] cuando se afirma la existencia de un derecho humano a la salud se está planteando una afirmación moral muy fuerte: que todas las personas del mundo independientemente de su nacionalidad, cultura, país de ciudadanía o alguna otra característica distintiva pueden demandar la titularidad moral a tener ciertos servicios médicos y a recibir servicios de salud pública. (2009, p. 209)

La defensa de los derechos económicos y sociales, entre ellos el derecho a la salud, permite una exigencia de éste ante el poder judicial.

Por último, otro mecanismo de distribución que parece ser adecuado cuando hablamos de justicia es el de las necesidades básicas no satisfechas. Éstas han sido estudiadas buscando una definición en la que aparece la noción de daño, lo que significa que cuando se carece de algún bien o servicio se produce un daño en las personas, el cual puede tener resultados catastróficos. Por ejemplo, si alguien padece de desnutrición, su cuerpo y su mente sufrirán una afectación que en la mayoría de los casos es irreparable. Otros autores prefieren elaborar una lista de aquellos elementos considerados esenciales y que las personas pueden desarrollar como tales. La dificultad que tiene la distribución de acuerdo con las necesidades, según algunos teóricos, es que dada la heterogeneidad de las personas éstas tienen diferentes formas para transformar los bienes necesarios para la satisfacción de necesidades básicas no satisfechas. Sin embargo, el criterio de éstas ha sido un elemento importante para las

teorías de la justicia distributiva, por ejemplo, la necesidad de tener servicios de protección de la salud incrementa la equitativa igualdad de oportunidades.

2. LAS CUESTIONES FUNDAMENTALES²

Un estudio pionero relativo a las cuestiones principales de la justicia distributiva y la salud ha sido la obra de Norman Daniels que, como buen discípulo de Rawls, ha intentado aplicar los principios de la justicia al problema de la salud. Daniels se basa en el principio rawlsiano de la equitativa igualdad de oportunidades.

Para comenzar, es necesario distinguir entre dos conceptos de salud: uno amplio y otro estrecho. La definición amplia de salud la encontramos en la siguiente cita de Max Charlesworth (tal como afirmó Hafdan Mahler, exdirector general de la Organización Mundial de la Salud):

Siempre parece que aquellos que trabajan en la salud consideran que el mejor cuidado de la salud es aquel en el que todo lo que se sabe acerca de la medicina se aplica a cada individuo, por los científicos médicos mejor entrenados, en las instituciones más especializadas. Contra esta “medicalización” de la salud, la estrategia de “Salud para todos” implementada por la Organización Mundial de la Salud ha puesto el énfasis en la interdependencia que existe entre la salud y el desarrollo socioeconómico y en la importancia de los cuidados de la salud primarios: esto es, en la conciencia y la respuesta de las personas sobre los problemas de su propia salud y sobre el reconocimiento de que la salud depende de las condiciones de las viviendas, de la pureza del agua y de su distribución, del transporte, de los medios de comunicación y de cosas similares. Otra vez, el énfasis se ha puesto en asuntos de justicia social y poder social. La Nueva Salud Pública, ha dicho, va más allá del paradigma convencional de la enfermedad como el resultado de los asaltos de los patógenos, de la desnutrición, de las

2 Para leer una exposición más amplia sobre las cuestiones fundamentales y las preguntas focales, véase Dieterlen 2005, cap. II.

adiciones, de las condiciones de vida o predisposiciones genéricas, para referirse a la Salud. (Charlesworth 1993, pp. 118–119)

Norman Daniels sostiene una definición estrecha de salud. Él defiende el siguiente modelo biomédico: “la idea básica es que la salud es la ausencia de enfermedad, y la enfermedad (incluye deformaciones y discapacidades que resultan de algún trauma) son desviaciones de la organización funcional natural de un miembro típico de una especie” (Daniels 1995, p. 24). El concepto de enfermedad que sostiene Daniels nos da una explicación teórica del diseño de un organismo. Según él:

El objeto de caracterizar la organización funcional típica de la especie y el punto de partida que representa es la misma para los hombres y los animales no humanos con dos complicaciones. Primero, requerimos para los humanos una explicación de la organización funcional típica de la especie que nos permita perseguir metas biológicas en tanto animales sociales. De esta manera debe haber una forma de caracterizar el aparato típico de la especie que subyace a las funciones tales como la adquisición del conocimiento, la comunicación lingüística, y la cooperación social en el amplio y cambiante rango del medio ambiente en el que la especie vive. Segundo, al añadir las enfermedades mentales en la caracterización que estamos haciendo, lo cual es necesario, [se] complica más el asunto. Tenemos una teoría menos desarrollada de la organización funcional mental típica de la especie. El modelo biomédico claramente presupone que eventualmente podemos desarrollar la explicación faltante y una parte razonable de lo que tomamos como una enfermedad psicopatológica dentro del modelo. La dificultad de extender el modelo biológico a lo mental no nos desanima para asumir la extensión. Podemos anticipar el resultado de esta extensión: la sicopatología cubre un caso importante de clases de enfermedades que generan necesidades médicas mayores, muchas de ellas no son satisfechas por nuestros sistemas de cuidado de la salud. (Daniels 1995, p. 28)

La seguridad social mexicana considera a la salud no sólo como un bien necesario, sino también como un factor indispensable para un buen desarrollo

económico y social del país, y toma en cuenta la distribución de los recursos con fundamento en la definición dada por la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, existen otras teorías de la distribución que se basan en los derechos. Esta teoría es fundamental pues, como lo vimos, en los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la salud está establecido en la carta magna. Según Gonzalo Moctezuma Barragán, especialista de la salud en México: “el citado artículo constitucional, adicionado en 1983, con el propósito de consagrar el derecho a la protección de la salud, es el fundamento de un sólido e integrado Sistema Nacional de Salud, el cual pretende que, en el mediano plazo, todos los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de los niveles de salud...” (Moctezuma Barragán 2000, p. 6) La Constitución mexicana fue pionera al prever, desde 1917, la futura incorporación de los derechos sociales. El problema con los derechos es que no han tenido fuerza suficiente como criterios de distribución.

En la actualidad existe una gran discusión sobre la posibilidad de que los derechos económicos y sociales, entre los que está el derecho a la salud, puedan ser sujetos de exigencia. Si esto se logra, pasarían de ser normas programáticas para convertirse en derechos y, por lo tanto, generarían una obligación por parte del Estado.

No obstante, filósofos como Daniels prefieren abordar el tema de la protección de la salud desde las necesidades más que desde los derechos. A continuación, nos referiremos a su posición.

3. LAS CUESTIONES FUNDAMENTALES

Para encontrar la relación del principio rawlsiano de la equitativa igualdad de oportunidades Daniels recurre a tres preguntas que llama *cuestiones fundamentales*.

Las cuestiones fundamentales se refieren a servicios que van más allá del cuidado de la salud, tanto a los servicios médicos y a las medidas de salud pública, como los servicios médicos para considerar las políticas sociales y las prácticas fuera del sector salud, pero que afectan a la población. Estas cuestiones fundamentales tienen de fondo la pregunta ¿qué nos debemos los unos a los otros cuando hablamos de salud? Ahora bien, cuando nos referimos a las cuestiones fundamentales tomamos en cuenta factores socialmente controlables que afectan el nivel de salud de una población.

Las cuestiones fundamentales también aluden a la obligación que tenemos de atender los niveles globales de salud de la población, como aquellas desigualdades provenientes de la raza, género o clase social. Una teoría relacionada con los servicios de salud debe poner atención en la existencia de esas desigualdades.

Por tales razones, el ámbito de las cuestiones fundamentales tiene que ver con la promoción de la salud en la población, con la oportunidad o con la capacidad de las personas para funcionar como ciudadanos libres e iguales. Pensar así es considerar lo que nos debemos los unos a los otros como miembros de una sociedad.

Para responder a las preguntas fundamentales, que abarcan muchos ámbitos de la salud, como el medio ambiente o las condiciones de trabajo de las personas, las *preguntas focales* se aplican exclusivamente al ámbito de la salud y son las siguientes:

- a) ¿Tienen la salud, la atención a ella y otros factores que la afectan una importancia moral mayor que cualquier otro bien? Para responder a esta pregunta es necesario examinar la relación que tienen la satisfacción de las necesidades de la salud con otras metas de la justicia. La salud tiene una mayor importancia porque su ausencia limita sensiblemente la equitativa igualdad de oportunidades.
- b) ¿Cuándo son injustas las desigualdades con relación a la salud? La respuesta a esta pregunta exige la comprensión de aquellas desigualdades a las que debemos prestar una atención mayor. En este caso la atención generada por la aparición de la COVID-19 fue prioritaria.

c) ¿Cómo podemos satisfacer las necesidades de la salud equitativamente si los recursos para hacerlo son limitados? Dado que las personas persiguen bienes muy variados, los recursos para satisfacer las necesidades de la salud siempre serán limitados. Para responder a esta pregunta es conveniente examinar nuestros acuerdos y desacuerdos sobre la manera de establecer prioridades para distribuir aquellos recursos que cubran las necesidades de la protección de la salud. (Daniels 2008, p. 109)

Es relevante considerar que todas las investigaciones proceden del planteamiento de algunas preguntas, por ello nos referimos a las focales cuando hablamos de las teorías de la justicia distributiva sobre la salud. Hay autores que sostienen respuestas diferentes, por ejemplo, respecto a la segunda pregunta, argumentan que hay desigualdades que no son injustas porque son el resultado de elecciones propias de los individuos o de los grupos. Ahora bien, quizá estas interrogantes no sean la única manera de llevar a cabo una investigación sobre las teorías de la justicia distributiva con relación a la salud, pero sí pueden ayudarnos a juntar las “piezas del rompecabezas”. Lo que Daniels asevera es que cada una de las cuestiones surge de observaciones sobre lo que sucede en el ámbito de la salud. Su estrategia consiste en describir brevemente las interrelaciones entre las tres cuestiones y sugerirá, más tarde, futuras guías de investigación médica.

La diferencia entre las preguntas fundamentales y las focales es que mientras las primeras investigan la salud y su relación con otras circunstancias, como el medio ambiente y las condiciones de trabajo, las focales se dedican a explicar únicamente las preocupaciones por la salud.

3.1. La primera pregunta focal

En lo que sigue veremos el rumbo por el que debemos seguir nuestra investigación. La pregunta pertinente es si la salud, la atención a ella y otros factores que la afectan tienen una importancia moral mayor que cualquier otro bien.

Con frecuencia observamos que existe una gran indignación cuando ciertas personas no tienen acceso a los servicios de salud y a una atención médica, simplemente porque no pueden pagarla. También es fácil observar que a menudo ciertas sociedades toleran la existencia de algunas desigualdades en diferentes aspectos de la vida, pero rechazan que las haya en el ámbito de la salud. Para evitar esta situación organizan esquemas públicos y privados para distribuir recursos y servicios médicos de una manera más equitativa.

Según Daniels, cuando satisfacemos las necesidades de salud, no sólo proporcionamos a las personas servicios de salud, sino, también, estamos distribuyendo de una forma adecuada los factores socialmente controlables que afectan a la salud de una población. A continuación, explicaremos algunos términos necesarios para responder a la primera pregunta con el objeto de relacionar el concepto de salud con el de oportunidad (Daniels 1995, p. 20).

Con todo, Daniels piensa que el modelo biomédico plantea una propuesta más profunda consistente en afirmar que ciertas organizaciones funcionales biológicas pueden prescindir de juicios de valor. Por ejemplo, “necesitamos ser capaces de distinguir las variaciones genéticas de las enfermedades, y debemos especificar el rango del medio ambiente que tomamos como ‘natural’ con el objeto de encontrar disfunciones” (Daniels 1985, p. 30). Para Daniels, el modelo biomédico nos permite establecer una distinción entre los servicios médicos usados para prevenir y tratar enfermedades de otros que se implementan para lograr ciertas metas sociales. Según Daniels esta propuesta ayudaría a las instituciones de salud a focalizar la prevención y la atención de enfermedades y a detectar quiénes son los individuos que necesitan atención médica. Éstos serían aquellos que carecen de lo necesario para “mantener, restaurar, o proveer equivalentes funcionales (en donde sea posible) para lograr el funcionamiento normal de las especies” (Daniels 1985, p. 28). Una situación como la pandemia del SARS-COV-2 nadie la esperaba.

Norman Daniels, como ya lo establecimos, sostiene que debemos considerar las necesidades básicas como: “Necesidades de curso de vida que son aquellas necesidades que ‘las personas tienen a lo largo de toda su vida, o en ciertos periodos de la vida que necesariamente tienen que pasar’. Estas

necesidades no reflejan deficiencias cuando se satisfacen. Pero una deficiencia con relación a ellas ‘pone en peligro los funcionamientos normales del sujeto de la necesidad considerado como miembro de una especie natural’” (Daniels 1985, p. 26). Su hipótesis es que: “las necesidades que nos interesan son necesarias para lograr o mantener el funcionamiento normal típico de una especie” (Daniels, *ibid.*). Si estas necesidades no son satisfechas es imposible que las personas alcancen cualquier propósito o meta en la vida. Una ventaja de concebirlas así es que, como ya lo especificamos, son objetivas y fáciles de adscribir. En cuanto a la distribución de los servicios de la salud mediante mecanismos adecuados de focalización, se pueden prevenir ciertas enfermedades y se pueden utilizar recursos para curar otras. Por otro lado, ya existen instrumentos precisos que nos permiten detectar quiénes son las personas enfermas y cómo deben ser tratadas sus enfermedades. Los receptores de los servicios médicos de la salud son aquellos que sufren desviaciones de la organización funcional natural de un miembro típico de una especie.

De esta manera, la pérdida de funciones asociada con la enfermedad y la discapacidad reduce el rango de oportunidades abiertas a las personas. Al proteger las oportunidades podremos tener una estructura general para reflexionar sobre la justicia y la salud.

En el caso de la pronta propagación de la COVID-19 no fue posible escoger aquellas personas que tenían una gama mayor de oportunidades y, así, llevar a cabo sus planes de vida. La salud, como lo hemos visto, abre un rango mayor de oportunidades, por ello debemos abrir una amplia gama de oportunidades. Si la protección de la salud no se logra, nos encontramos en una situación injusta. Por eso Daniels se refiere a la segunda pregunta focal.

3.2. Segunda pregunta focal: ¿cuándo son injustas las desigualdades en la salud?

La segunda pregunta focal surge cuando observamos que las desigualdades en la salud se dan en todos los grupos sociales, ya sea por razones económicas

o por cuestiones de raza, etnia o género. En cada una de las sociedades, por ejemplo, encontramos un “pendiente social” de salud. Los diferentes países tendrán pendientes más o menos favorecedores, en función de muchos factores, entre ellos, la distribución de otros bienes, tales como educación, ingreso, bienestar, vivienda y acceso al cuidado de la salud. Según Daniels, en algunos países, aunque se controlen las desigualdades de ingreso, educación y cobertura de seguros, existen de todos modos desigualdades raciales en cuanto a la expectativa de vida o en la morbilidad. Muchas de las desigualdades que identificamos en grupos raciales, de clase y de género, no pueden explicarse simplemente por la presencia o la ausencia de la pobreza y la privación (Daniels 2008, p. 78).

En los países desarrollados existen, también, algunas desigualdades en materia de salud. De hecho, una cobertura universal de servicios para la salud tiene un efecto modesto en los pendientes de la salud, porque éstos son más sensibles a la distribución de otros bienes. Algunas desigualdades en la salud pueden controlarse o modificarse, pero otras están más asociadas con las políticas sociales que distribuyen otros bienes esenciales, como la educación.

Daniels se pregunta si todas las desigualdades en la salud son injustas y, se pregunta también si podemos considerar algunas de ellas como intercambios aceptables con otras cosas a las que nuestras sociedades otorgan valor. A pesar de que la respuesta de Daniels a la primera pregunta focal sugiere que la salud y el cuidado de la salud tienen una importancia moral especial por su efecto en la oportunidad, ésta, nos dice, no es lo único que se valora. Empero, la segunda pregunta focal es relevante porque nos recuerda que la justicia, en la distribución de los bienes relacionados con la salud y las desigualdades que aceptamos, tiene que ser compatible con una distribución de un rango amplio de bienes sociales como, por ejemplo, la educación.

El acercamiento de Daniels está basado en una observación filosófica que él considera trascendente: los principios generales de la teoría de la justicia como equitativa igualdad de oportunidades de Rawls pueden aplicarse al cuidado de la salud si se sigue la propuesta de Daniels. Si los principios de Rawls constituyen una distribución equitativa de los factores socialmente

controlables que afectan la salud, entonces podremos hacer algún progreso al decidir cuáles desigualdades en la salud son injustas. Con esta aproximación, podemos decir que las desigualdades en la salud que permanecen después de una distribución equitativa de otros bienes deberían contar como desigualdades aceptables o equitativas. Otros, sin embargo, pueden leer la prioridad que Rawls adscribe a la oportunidad como un requerimiento para reducir las desigualdades de la salud.

La respuesta a la segunda pregunta focal sugiere que la idea de la justicia como equidad incrementa las políticas públicas con el objeto de llegar a una universalización. Esta respuesta es en particular interesante una vez que Rawls simplificó el desarrollo de su teoría al postular que todas las personas funcionan habitualmente sobre un tiempo de vida normal en su contrato social. Una teoría que desarrolla una explicación del bienestar político y social puede darnos la pauta para reducir las desigualdades en los servicios de salud.

3.3. Tercera pregunta focal: ¿cómo es posible satisfacer las necesidades de servicios para el cuidado de la salud de una manera equitativa cuando los recursos son limitados?

Nos pide Daniels que supongamos que estamos de acuerdo acerca de la importancia moral que tiene la satisfacción de las necesidades de la salud porque comprendemos la relación que hay entre la salud y la equitativa igualdad de oportunidades. También, nos pide que supongamos que todos aceptamos que existen desigualdades en el estado de la salud de algunos miembros de la población porque le damos prioridad a otros bienes que nos permiten aumentar la gama de nuestras oportunidades. Todavía tenemos que preguntarnos sobre la posibilidad de establecer ciertos límites en la distribución de la salud cuando los otros bienes son relativamente escasos.

El problema que surge al plantearnos la tercera pregunta focal se refiere a que, en ocasiones, no hay consenso para resolver los desacuerdos en cuanto a la mejor manera de distribuir los servicios de protección a la salud, que por

lo general son escasos. Por ejemplo, el principio rawlsiano sobre la obligación especial para promover la salud, a partir de una equitativa igualdad de oportunidades, no es suficientemente determinado para ayudarnos a tomar decisiones sobre a quiénes debemos atender.

Daniels comenta que también se dan desacuerdos morales razonables cuando aquellos que proporcionan servicios de salud, ya sean públicos o privados, niegan cubrir terapias que suelen denominarse de “última oportunidad”, es decir, que ofrecen la única esperanza que tiene un individuo de seguir vivo.

Daniels afirma que cualquier decisión que tomemos sobre la forma en que se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades de salud puede crear ganadores y perdedores. Por esta razón debemos intentar llegar a tomar acuerdos filosóficos razonables, que puedan aplicarse a la realidad, pues los recursos deben distribuirse en un tiempo real y de la mejor forma, es decir, de un modo equitativo y justo.

La tercera pregunta focal nos coloca delante de una controversia, ya que el acceso a los servicios de salud plantea dos interrogantes: ¿qué personas tienen acceso a la salud? Y ¿a qué servicios tiene acceso? La última pregunta constituye el centro de la discusión sobre las políticas públicas. Dicha discusión se centra en los límites que son equitativos y la forma en la que pueden establecerse con equidad.

Daniels plantea una manera de discutir acerca de las prioridades de los límites a la que llama la “responsabilidad para la razonabilidad”. Esta idea consiste en afirmar que necesitamos mecanismos de razonamiento cuyos resultados deben ser sometidos al escrutinio público (Daniels 2008, p. 117). La responsabilidad para la razonabilidad requiere cuatro condiciones:

1. La condición de publicidad. Las decisiones que tienen que ver directa o indirectamente con los límites para satisfacer las necesidades de la salud y la racionalidad de dichas decisiones deben ser públicamente accesibles.

2. La condición de relevancia. Específicamente, una responsabilidad será razonable si hace un llamado a la evidencia, a las razones y principios que son aceptados como relevantes por personas de criterio amplio que están dispuestas a encontrar términos mutuamente justificables de cooperación. Donde sea posible, la relevancia de las razones debe ser sometida a la investigación por los participantes interesados en estas decisiones.
3. La condición para otorgar criterios de apelación. Debe haber un mecanismo para objetar y rechazar las resoluciones que tienen que ver con las decisiones para establecer los límites y, más ampliamente, debe haber oportunidades para revisar y mejorar las políticas a la luz de nueva evidencia o argumentos.
4. Condiciones regulativas. Debe haber una regulación pública de los procesos mediante la cual se exija que se cumplan las condiciones uno a tres.

Si tomamos las cuatro condiciones lograremos que la decisión para distribuir los recursos de la salud, de un modo legítimo y equitativo, salga de “la caja negra”. Asimismo, podremos valorar los planes de la salud y las decisiones de las instituciones públicas a la luz de un punto de vista más amplio sobre la equidad social. Estas condiciones se relacionan con los procesos democráticos deliberativos y con los avances de los procesos educativos.

4. MEDICINA PREVENTIVA

Respecto a la distribución justa para curar y controlar la COVID-19, el problema se solucionó gracias al trabajo de diversos laboratorios y la producción de vacunas que llegaron de varios países. Las principales fueron: Pfizer-BioNTech, CanSino, CoronaVac, Covaxin, Johnson & Johnson, Moderna, Oxford-AstraZeneca, Sputnik de Abdala, Sinopharm BBIBP.

Algunas personas tuvieron reacción a las vacunas como: dolor de cabeza, dolor articular, dolor muscular, dolor en la zona de la inyección, cansancio, escalofríos, fiebre e inflamación en la zona de la inyección. Sin embargo, la

existencia de las vacunas devolvió la confianza en las personas, pero dos nuevas variantes amenazaron otra vez con contagios: la delta y el ómicron.

En lo que respecta a la distribución de las vacunas, ésta fue más transparente. La Secretaría de Salud sugirió que los diferentes estados de la Federación eligieran la manera en que se llevaría a cabo la distribución de las vacunas. En la Ciudad de México la distribución se realizó atendiendo a la edad y la residencia de los ciudadanos.

Sobre este tema podemos decir que el criterio de selección no fueron los años y las expectativas de vida sino el de los menos favorecidos, es decir, según el principio de la justicia de la diferencia de Rawls, que afirma que la distribución debe hacerse en favor del mayor beneficio de los miembros menos favorecidos de la sociedad, que en esta ocasión fueron las personas de la tercera edad.

CONCLUSIONES

Con base en lo expuesto podemos llegar a dos clases de conclusiones respecto al tema de la justicia distributiva y la COVID-19. La pandemia propició una serie de discusiones que nos hicieron pensar en la limitación de nuestras teorías sobre la justicia distributiva y la salud. Es decir, pensar en toda la discusión sobre el tema de la distribución justa, pero que, cuando llegó una pandemia, no se logró, en palabras de Daniels, una responsabilidad para la racionalidad.

También, es necesario contemplar, como ciudadanos, las instituciones que otorgan cuidados para la protección de la salud. Tenemos que pensar en la situación de los servicios de atención a la salud para mejorarlos y para contar con más elementos para proporcionar lo que es necesario y a lo que todos tenemos derecho. Como filósofos interesados en las políticas públicas tenemos que formar parte de los grupos de discusión sobre la protección a la salud.

Las respuestas que demos nos comprometerán con una concepción moral y política de lo que debe ser una teoría de la justicia distributiva en relación con la protección de la salud, así como con una idea del valor moral que tienen los seres humanos. Sin embargo, después de una experiencia como el SARS-CoV-2, tendremos que plantearnos otras formas de reflexionar sobre

cómo tratar a todos los ciudadanos de una manera equitativa y cuestionarnos sobre qué clase de ciudadanos somos y queremos ser, así como, según Daniels, ¿qué nos debemos los unos a los otros en materia de salud?

BIBLIOGRAFÍA

- Buchanan, Allen y Kristen Hessler, 2009, “Specifying the Content of Human Right to Health Care” en Allen Buchanan, *Justice and Health Care. Selected Essays*, Oxford University Press, Oxford, pp. 17-36.
- Charlesworth, Max, 1993, *Bioethics in a Liberal Society*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Cossío, José Ramón, 1998, “Los derechos sociales como normas programáticas y la comprensión política de la Constitución”, en Emilio O. Rabasa (coord.), *Ochenta años de la vida constitucional en México*, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM/Cámara de Diputados. LVII Legislatura, Comité de Biblioteca e Informática, México.
- Cruz Parceros, Juan Antonio, 2007, “Historia y porvenir de los derechos sociales en México”, *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, vol. 3, no. 5, pp. 3-68.
- Daniels, Norman, 2008, *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, Cambridge.
- , 1995, *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Dieterlen, Paulette, 2015, *Justicia distributiva y salud*, Fondo de Cultura Económica/Facultad de Filosofía y Letras-UNAM, México.
- Dworkin, Ronald, 1981, “What is Equality? Part 2. Equality of Resources”, *Philosophy and Public Affairs*, vol. 10, no. 4, pp. 283-345.
- Elster, Jon, 1994, *Local Justice*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Moctezuma Barragán, Gonzalo, 2000, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM/Cámara de Diputados, LVII Legislatura, México.
- Pogge, Thomas, 2012, *World Poverty and Human Rights*, Polity Press, Cambridge.

- Rawls, John, 1986, “Unidad social y bienes primarios”, en *Justicia como equidad*, Madrid, Tecnos, pp. 187-209.
- Sen, Amartya, 1971, “¿Igualdad de qué?”, en Amartya Sen *et al.*, *Libertad, igualdad y derecho*. J. Rawls, Planeta, Barcelona.

Tomo 11

La década COVID en México

Reflexiones desde la ética y la filosofía



¿Podríamos pedirle que “aprenda algo” de esta experiencia a quien perdió a sus seres amados en la pandemia, a quien quedó sin empleo por la crisis que esta desató o a quien quedó afectado al grado de no poder volver a salir de casa? Esas son las experiencias que esta contingencia dejó a muchos. ¿En verdad hay algo que podamos aprender?

Este libro expone la idea de que podemos y debemos pensar a raíz de lo que hemos vivido en estos últimos años de pandemia. Por supuesto, no todos los autores coinciden en cuáles serían las enseñanzas, y he ahí la riqueza de la filosofía: no existe una sola respuesta a pregunta alguna.

En toda la variedad de temas abordados en este libro está presente la veta ética y bioética. Son estas disciplinas las que pueden alumbrar un poco el camino del ser humano. Hoy en día, en nuestro devastado planeta, la ética no alcanza a dar todas las respuestas; de ahí la necesidad de una bioética que se preocupe no solo por la vida humana, sino también por la supervivencia de la vida en su conjunto.



SECRETARÍA GENERAL

Universidad Nacional Autónoma de México



DGCS

Dirección General de Comunicación Social



COORDINACIÓN
DE HUMANIDADES