

ALGUNOS ASPECTOS DEL ENCUENTRO CLÍNICO EN TIEMPOS DE COVID-19*

SOME ASPECTS OF CLINICAL ENCOUNTER IN COVID-19 TIMES

*Guillermina Zabalza***
*María Victoria Schiro****

Resumen: El presente trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre algunas de las implicancias que la pandemia por COVID-19 proyectó sobre el encuentro clínico y, en particular, cómo la actual situación ha influido sobre la confidencialidad. Un estudio desde la Bioética y el Derecho nos permite analizar interrogantes que, o bien la situación de excepcionalidad trajo consigo o bien ya existían, pero fueron develados en este tiempo.

Palabras-clave: Encuentro clínico - Vulnerabilidad - COVID-19 - Confidencialidad.

Abstract: The present work aims to reflect on some of the implications that the COVID-19 pandemic projected on the clinical encounter and, in particular, how the current situation has influenced confidentiality. A study from Bioethics and Law allows us to analyze questions that either the situation of exceptionality brought with it or already existed but were revealed at this time.

Keywords: Clinical encounter - Vulnerability - COVID-19 - Confidentiality.

* Trabajo recibido el 11 de marzo de 2021 y aprobado para su publicación el 5 de abril de 2021.

** Magister en Derecho Privado, Profesora Titular de Derecho de las Familias, Derechos Sucesorio, Bioderecho e Introducción al Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN), e-mail: guiguiz@hotmail.com

*** Doctora en Derecho, Magister en Derecho Privado, Profesora Asociada de Derecho de las Familias, Derecho Sucesorio y Bioderecho de la Facultad de Derecho de la UNICEN, e-mail: victoriaschiro@hotmail.com.

Sumario: I. Reflexiones iniciales. II. El encuentro clínico en tiempos de COVID-19. III. Confidencialidad y COVID-19. IV. Reflexiones finales.

I. Reflexiones Iniciales

Cada narrativa social y cultural presenta sus propias sutilezas y aristas que requieren de respuestas acordes y contestes con esa realidad, se trata *“de reflexionar sobre problemas que, aunque de carácter universal, adquieren un perfil propio”*¹.

La pandemia producto del Virus COVID-19 (coronavirus) de la que somos protagonistas y en la que nos encontramos inmersos, visibiliza la incertidumbre sobre la vida y su devenir, poniendo a Occidente, en particular, de cara con la crudeza de lo frágil y azaroso. Las certezas que conquistamos y construimos hasta hace unos meses, hoy se conmueven ante un virus cuya virulencia y alta contagiosidad es alarmante. Vivimos un tiempo de excepcionalidad y emergencia, donde la rutina de la trama de la vida en general y de la jurídica en particular es interrumpida².

Nuestras reflexiones bioéticas y jurídicas transitaban por andariveles que hoy nos parecen remotos; por ello, aquellos dilemas bioéticos hoy protagonizan la escena desde una perspectiva diferente y con nuevos alcances. En cierta medida, la sobre estimación del principio de autonomía tornó al principio de justicia en un mero cooperante de la teoría principialista. Lo individual asfixió lo colectivo³. En esta exageración del “yo” y subestimación del “nosotros”, la teoría principialista parecía incapaz de poder entender e intervenir en realidades penetradas por profundas disparidades socioeconómicas y sanitarias^{4,5}. De alguna manera, la pandemia refleja

(1) LUNA, Florencia - SALLES, Arleen L.F. “Develando la bioética. Sus diferentes problemas y el papel de la filosofía”, *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, año1, n° 1, 1996, p. 10 y ss.

(2) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Aportes para la Jusfilosofía de la Pandemia por COVID-19”. Disponible en: <http://rephip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/17981/Aportes%20para%20la%20jusfilosof%3%ada%20de%20la%20pandemia%20por%20COVID-19%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Fecha de consulta: mayo de 2020.

(3) En este sentido, se observa que en 1998 la bioética (re)empezó a transitar otros caminos, a partir del tema oficial “Global Bioethics”, del Cuarto Congreso Mundial de Bioética realizado en Tokio, Japón. Hasta este momento temporal, la bioética transitaba por temas más biomédicos que sociales y globales, más individuales que colectivos.

(4) GARRAFA, Volnei - ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA, Leticia. “Epistemología de la bioética-enfoque latino americano”, *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 4, núm. 1, 2009, Redalyc <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189214300004>, p. 80 y ss. Fecha de consulta: diciembre de 2020.

(5) Como hito normativo de una visión global de la bioética, se observa la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005, donde se redefinió la agenda de la bioética, ya que además de los temas biomédicos y biotecnológicos, la Declaración paso a incorporar temas sociales, sanitarios y ambientales. La nueva agenda proyectada para el siglo XXI adquirió un perfil

con crudeza la fragilidad en la que nos expone la globalización y su teorización. Por ello, los clásicos interrogantes y dilemas bioéticos requieren de un abordaje diferenciado ante la realidad que nos interpela. La escasez de recursos sanitarios y el colapso del sistema de salud, nos exhortan a determinar criterios de selección para la definición y atención de los potenciales pacientes, visibilizándose la necesidad de efectuar decisiones de *triage* para el acceso a las Unidades de Cuidados Intensivos en el pico de la enfermedad.

Coincidimos con Casado cuando indica que toda sociedad democrática se basa en la coexistencia de valores y principios, y éstos tienen que ser asumidos también por la bioética, por ello es dable reflexionar sobre una *bioética flexible*⁶, que se sustenta en los principios constitucionales y los derechos humanos, que la enmarcan y la dotan de contenido. “*Se trata de contar con marcos para el acuerdo, no con soluciones dogmáticas ni con consensos generales vacíos de contenido real. Y estamos obligados a elegir sin la garantía a priori de que optamos por el mejor modelo de todos los posibles. No contar con certidumbres previas deja al ser humano más solo e inseguro, pero hay que estar dispuestos a resolver sin muletas y a asumir las consecuencias*”⁷.

La emergencia sanitaria y la excepcionalidad del contexto, trasciende y vislumbra una constante línea de grises, no siendo posible situarnos en polos antagónicos, sino que debemos repensar las posibles respuestas que desde un terreno de penumbra se pueden avizorar. Estos grises nos hacen reflexionar sobre la necesidad de proyectar soluciones intermedias entre los extremos del utilitarismo y la postura deontológica, de modo tal que podamos deliberar sobre los principios que son susceptibles de ser aplicados, armonizando las dos miradas.

Creemos que las medidas a tomar deben ser lo menos intrusivas de la autonomía de la voluntad, más allá del necesario aislamiento social para sosegar los contagios. Además, las medidas de confinamiento, si bien parecen eficaces para evitar la propagación del virus, también visibilizan situaciones de precarización, materializándose con dureza la enorme distancia en la *accesibilidad de bienes y servicios básicos* -como vivienda, alimentación, higiene, salud, educación, entre otros-, marcando una brecha cada vez mayor entre ricos y pobres.

epistemológico defendido por los países periféricos; GARRAFA, Volnei - ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA, Leticia. *Epistemología de la bioética-enfoque latino americano*, ob. cit., p. 81 y ss.

(6) CASADO, María. “¿Por qué bioética y derecho?”, en *Acta bioética*, año VIII, N° 2, 2002, p. 192. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v8n2/art03.pdf>. Fecha de consulta: diciembre 2020

(7) CASADO, María. “¿Por qué bioética y derecho?”, ob. cit., p. 192.

II. El encuentro clínico en tiempos de COVID-19

Un contexto de emergencia sanitaria como el atravesado por la humanidad en este tiempo, nos ha conminado a pensar el Derecho desde la óptica de la excepcionalidad, bajo el entendimiento que hay un Derecho pensado para la “normalidad” o regularidad de la vida social, y otro universo normativo aguardando activarse ante circunstancias excepcionales que, luego de atravesadas, vuelve a su habitual estado de latencia. Si bien ello puede *a priori* leerse en tales términos, resulta difícil en los hechos trazar esa línea demarcatoria, cuando la realidad nos ha demostrado que el mundo está en constante movimiento, interpelando de modo permanente las certezas. ¿Qué es (y qué debiera ser) lo regular y qué lo excepcional? ¿Existe el “riesgo” (somos conscientes de la carga emotiva inmanente en la palabra) de que el estado de excepción se torne en norma? ¿En qué situaciones lo podemos advertir? ¿Ya está ocurriendo en otros casos y la pandemia nos brinda la oportunidad de develarlo?⁸

Esa idea de un “binarismo” jurídico norma/excepción, ha originado una especie de estupefacción ante realidades como la presentada a partir del Covid-19, entendiendo esta situación como única; que si bien en muchos aspectos lo es, también puso en evidencia o profundizó situaciones que ya ocurrían y que la pandemia develó, o bien la colocó en espejo con otras realidades que vienen enfrentando desafíos similares y ante las cuales es necesario pensar de modo permanente.

Las crisis que provoca la pandemia se agudizan por la crisis del sistema de salud, visibilizándose una de las marginaciones que ha realizado el sistema económico y político en la inversión y distribución de recursos. La salud pública, es definida por la OMS como aquella que engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad; el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y funcionamiento de los servicios de salud; la planificación, gestión y educación⁹. El Derecho de la Salud abarca la problemática de la salud, la complejidad científico técnica de las respuestas al respecto y en especial la debilidad de quien transita la enfermedad, constituyéndose en ejes centrales para hacer que los despliegues que resultan comunes en las ramas jurídicas tradicionales deban recibir esta especial consideración¹⁰. Ahora bien, como indica Ciruzzi, *“por mucho tiempo, hasta cada vez que surge una catástrofe natural, una crisis humanitaria, una pandemia, nos han hecho creer que los recursos son para todos y en toda circunstancia, que hablar de derecho a la*

(8) ZABALZA, Guillermina - SCHIRO, María Victoria. “El reconocimiento e impacto jurídico de la ‘rutina’ y la ‘excepción’ en tiempos de Covid-19. Breves notas sobre las familias y la Bioética”, publicado en *SJA* 30/12/2020, 3, *JA* 2021-I. Cita Online: AR/DOC/3735/2020.

(9) CIRUZZI, María Susana. “Algunos apuntes bioéticos, paliativos y legales sobre la pandemia de COVID-19”, *La Ley*, 30/04/2020, Cita Online: AR/DOC/1331/2020.

(10) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Filosofía Trialista del Derecho de la Salud”, *Revista del Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social*, Número 28, 2004 - 2005, pp. 19-20. Disponible en <http://www.centrodefilosofia.org/revcen/RevCent284.pdf>

salud significa un acceso ilimitado y constante a toda práctica médica. Y es el momento en que caemos en esta ‘pequeña’ trampa: siempre se ha sostenido que la asignación de recursos sanitarios es una cuestión de macropolítica que no debemos individualizar en nuestros pacientes. Nuestro máximo criterio de asignación es el beneficio que determinada terapéutica puede brindar al paciente en singular, con el menor costo personal posible para él. Pero en situación de pandemia la exigencia es que empleemos criterios de justicia distributiva para asignar los recursos críticos, que suelen ser lo más escasos. Y esos criterios deben ser justos y equitativos, no ya desde la visión personal e intransferible del paciente, sino desde la óptica de la salud pública y el bien común de la sociedad”¹¹.

Si bien, el avance de la ciencia en los últimos tiempos ha removido diversos límites físicos y psíquicos, subyacen nuevos límites ante la situación de pandemia en la que nos encontramos inmersos. Las barreras sociopolíticas y socioeconómicas son notorias, a tal punto que muchas personas mueren por falta de recursos, incluso sin que medien decisiones para evitarlo. Debemos tener una especial atención a la responsabilidad internacional del Estado en lo que implica la efectividad del derecho de la salud como derecho humano y la necesidad de implementación de políticas públicas que de manera progresiva coadyuven en la accesibilidad y efectividad de dicho derecho, removiéndose así tales límites¹².

El reconocimiento de la coyuntura social sobre la que se desenvuelve la pandemia se torna vital para la correcta identificación y evaluación del problema o del caso y sus posibles soluciones¹³. El entorno actual nos interpela a mirar los diversos despliegues del mundo jurídico, analizando cuántos se enferman, cuántos se curan y cuántos se mueren, para tomar decisiones, pero para decidir hay que *preferir*, y esas preferencias pueden referirse a la justicia, construyendo la justicia en relación con la salud, pero también puede surgir la idea de la economía apareciendo el valor de la utilidad¹⁴. Cada toma de decisión implica un proceso en el que se escoge entre diversas alternativas u opciones. Las decisiones modifican las situaciones y circunstancias existentes construyendo otras situaciones y circunstancias¹⁵.

(11) CIRUZZI, María Susana. “Algunos apuntes bioéticos, paliativos y legales sobre la pandemia de COVID-19”, ob. cit., p. 2.

(12) Algunos de estos límites requieren un análisis mayor desde el principio de justicia, enmarcado en la dimensión dikelógica.

(13) SALMÉN, Gabriel Mauricio. “La dinámica de los repartos”, en *Introducción al Derecho*, Juan José Bentolilla Coordinador, La Ley, 2009, p. 55.

(14) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. Seminario de Profundización en Integrativismo Tridimensionalista Trialista, Organizado por el Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social y la Cátedra “C” de Filosofía del Derecho, UNR, 2020.

(15) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Aportes para la “decisión jurídica” (Aportes jurídicos para la decisión)”, *Investigación y Docencia*, Número 46, 2013, p. 212. Disponible en http://www.centrodefilosofia.org/IyD/IyD46_12.pdf

“La paradoja de la autonomía y de la vulnerabilidad”¹⁶, nos hace repensar en la autonomía¹⁷ como una utopía, quizás en los horizontes de lo posible es que tenemos que pensar en la autonomía, lo posible no parece solo alcanzable por las características de competencia e independencia, ya que aun en estos escenarios se puede carecer de la opción, entonces la cuestión a dilucidar es determinar qué autonomía podría desplegarse ante escenarios de marginación. La vinculación con el entorno, la alteridad y la accesibilidad son claves para poder proyectar la autonomía¹⁸. Los criterios con que se repartirá en materia de salud, requieren de una elaboración consciente y razonada¹⁹ del proceso de toma de decisiones²⁰. Cada decisión se da dentro de un contexto y entorno social, penetrado por la alteridad, con diversos límites que pueden considerarse no sólo en la frontera sino en la identificación del tejido del marco *decisional*²¹. Por ello, despliegues físicos, psíquicos, lógicos, axiológicos, sociopolíticos y socioeconómicos han de ser tenidos en cuenta como partes del “terreno” en el que se construye la decisión repartidora²².

La pandemia produce una fuerte conmoción en la humanidad y sus despliegues, revelando en sí misma la problemática de la vulnerabilidad²³. El contexto actual desnuda una agudización de la fragilidad humana, trascendiendo la atemorizante idea de *finitud* por la enfermedad, escasez de recursos sanitarios y posibilidades de muerte. Las capas de la vulnerabilidad²⁴ se manifiestan con mayor nitidez, re-

(16) RICOEUR, Paul. *Caminos del reconocimiento*, Trotta, Madrid 2005, citado por FEITO, Lidya en “Vulnerabilidad”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 30, Suplemento 3, 2007, disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=en.

(17) Véase O’NEILL, Onora. *Autonomy and trust in Bioethics*, Cambridge University Press, Oxford, 2002; LÓPEZ JARAMILLO, Carlos Alberto - HOLGUIN LEW, Jorge Carlos. “Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O’Neill”, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 42, núm. 1, 2013, Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia, pp. 120-135, disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/806/80626357005.pdf> Fecha de consulta: febrero 2021.

(18) O’NEILL, Onora, *Autonomy and trust in Bioethics*, ob. cit.; LÓPEZ JARAMILLO, Carlos Alberto - HOLGUIN LEW, Jorge Carlos. “Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O’Neill”, ob. cit.

(19) SALMÉN, Gabriel Mauricio. *La dinámica de los repartos*, ob. cit. p. 55.

(20) Véase sobre el tema MEROI, Andrea A. - SALMÉN, Gabriel M. “Seminario sobre Teoría de la Decisión”, *Investigación y Docencia*, Fundación para las Investigaciones Jurídicas, Rosario, N° 38, enero/diciembre 2005, p. 159 y ss., disponible en http://www.centrodefilosofia.org/IyD/iyd38_12.pdf Fecha de consulta: febrero 2021.

(21) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Aportes para la decisión jurídica...”, ob. cit., p. 219.

(22) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “El ámbito de la decisión jurídica (la construcción del caso)”, *Revista del Centro de Investigaciones en Filosofía Jurídica y Filosofía Social*, Vol. 24, 2000, p. 69. Disponible en <http://www.cartapacio.edu.ar/ojs/index.php/centro/article/viewFile/570/470>

(23) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Aportes para la Jusfilosofía de la Pandemia por COVID-19”, ob. cit. p. 2.

(24) LUNA, Florencia. “Vulnerabilidad: la metáfora de las capas”, *Jurisprudencia Argentina*, Cita Online: 0003/014059; FEITO, Lidya. “Vulnerabilidad”, ob. cit.; O’NEILL, Onora. *Towards Justice and Virtue*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, citado por LUNA, Florencia. “Vulnerabilidad:

quiriendo un abordaje multidimensional que desafía la dinámica del ejercicio de la medicina y de los principios bioéticos, trascendiendo en una posible tensión entre autonomía y justicia.

Tomando estas reflexiones, observamos que estas capas interactúan y cobran visibilidad en la actualidad, ocupando un protagonismo escalofriante ante la pandemia, tanto por la potencialidad de estar enfermos por el virus como por las fisuras que refleja el sistema de salud y la precarización social, generando desasosiego y angustia, ya que las respuestas del sistema pueden ser escasas para satisfacer las demandas requeridas. A su vez, esa sensación se acentúa en aquellos que tienen otras dolencias o enfermedades preexistentes a la aparición del virus, ante el temor de que sus tratamientos se discontinúen o paralicen. La coexistencia del virus con otras patologías, nos conduce a analizar de qué manera se sigue dando una respuesta integral desde el servicio de salud²⁵, ya que sino las muertes no acaecerán por el virus sino por el desarrollo de otras patologías que no han sido atendidas en el tiempo oportuno. Como observamos, la pandemia profundiza situaciones de vulnerabilidad, confluyendo diversas capas cuando estamos ante ancianos²⁶ o personas con debilidades especiales²⁷, ya que respecto de éstos el virus es particularmente nocivo, agudizándose sus efectos dañinos ante contextos de vulnerabilidad no solo biológico sino social²⁸⁻²⁹.

Cada toma de decisión implica un proceso en el que se escoge entre diversas alternativas u opciones, aunque hoy el marco de estas alternativas parece más limitado por el contexto local y global. La emergencia sanitaria y el posible colapso

la metáfora de las capas”, ob. cit.: “La Declaración de la Unesco y la vulnerabilidad: la importancia de la metáfora de las capas”, en CASADO, María (Ed.). *Sobre la Dignidad y los Principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco*, pp. 255-266, Ed. Civitas, Navarra, 2009, p. 257; ZABALZA, Guillermina. “Entre lo dado y lo construido... despliegues de la vulnerabilidad”, *RDF*: 86, 10/09/2018, 175, Cita Online: AR/DOC/3362/2018.

(25) Véase el reclamo de Marcelo Mazzarello ante la muerte de su padre; <https://www.infobae.com/teleshows/infoshows/2020/06/10/el-duro-reclamo-de-marcelo-mazzarello-tras-la-muerte-de-su-padre-lo-que-se-genero-con-la-pandemia-es-un-terrorismo-sanitario/> Fecha de consulta: febrero 2021.

(26) LINDO, Elvira. “Viejos muertos de miedo”, en *El País*, 15 de marzo de 2020. https://elpais.com/elpais/2020/03/14/opinion/1584191426_943129.html Fecha de consulta: marzo de 2020.

(27) “Así cambia el riesgo de enfermar de gravedad y morir por el coronavirus según las distintas edades”, en *Infobae*, 24 de marzo de 2020, <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2020/03/23/asi-cambia-el-riesgo-de-enfermar-de-gravedad-y-morir-por-el-coronavirus-segun-las-distintas-edades/>, Fecha de consulta: marzo de 2020.

(28) “Murió Ramona de La Garganta Poderosa: tenía Covid-19 y había denunciado la falta de agua en Villa 31”, <http://www.laizquierdadiario.com/Fallecio-Ramona-integrante-de-La-Poderosa-y-habitante-de-la-villa-31>; <https://www.pagina12.com.ar/266133-asi-se-propaga-el-coronavirus-en-la-villa-31> Fecha de consulta: febrero de 2021.

(29) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Aportes para la Jusfilosofía de la Pandemia por COVID-19”, ob. cit., p. 2.

del sistema de salud redefinen los procesos de decisiones³⁰. El principio relativo al respeto de las personas, cuyo despliegue más emblemático es la autonomía, merece un análisis especial en atención a la persona en consideración de la coyuntura social, del transcurso de la temporalidad, de las afecciones preexistentes y de las sobrevinientes, revelando las posibles capas de vulnerabilidad o hipervulnerabilidades.

El devenir de los procesos de decisión se da en escenarios que pueden divisar diferentes líneas demarcatorias -más o menos flexibles- que posibilitan ver las interrelaciones entre los múltiples límites que se construyen y deconstruyen en los diversos contextos históricos. Nuestras identidades son identidades moldeadas y redefinidas por la coyuntura en la que se gestan y funden, acuñándose en este relato histórico nuevas perspectivas de la autonomía de la voluntad, que aun cuando se palpa su posible ficción vale reconocerla como un despliegue posible de la dialéctica de la libertad.

El actual encuentro clínico ha mutado de modo tal que hoy se encuentra compuesto por un nuevo encuadre social que permite visibilizar además de la complejidad del sistema de salud, los nuevos interrogantes que se presentan frente a la escasez de recursos sanitarios y la emergencia. La medicalización de la vida y la muerte visibilizan las paradojas y contradicciones de la humanidad en la posmodernidad, agudizadas por el miedo de una patología que aún no se sabe con certeza cómo debe ser abordada desde lo terapéutico. Nuestra cultura se encuentra desbordada por la incertidumbre que genera lo desconocido. De repente, nos hemos convertido en presos de un virus, que conquistó el mundo y su posible colonización nos expulsó de la vida cotidiana, aislándonos de lo demás y de los demás. Observamos con desasosiego que la plenitud de una vida sin enfermedad es un deseo aún lejos de cumplirse, quizás una utopía inalcanzable³¹.

Así como en la Bioética actual tiene al encuentro clínico como tema medular de análisis, de igual modo adquiere centralidad en tiempos de Covid-19. Ello, en virtud de que requiere revisar y precisar los contornos norma/excepción de cada uno de los pilares sobre los cuales la relación médico-paciente se erige. Y tal como en su oportunidad Veatch afirmara que "*(s)ólo yendo más allá de las cuestiones específicas, hacia temas éticos implícitos más básicos, se pueden tratar los problemas éticos reales en medicina*"³²; de igual modo podríamos aludir al *background* del encuentro clínico

(30) "Bioética y pandemia: por qué el azar es un mecanismo inaceptable para la asignación de recursos vitales"; disponible en <https://www.infobae.com/opinion/2020/06/20/bioetica-y-pandemia-por-que-el-azar-es-un-mecanismo-inaceptable-para-la-asignacion-de-recursos-vitales/> Fecha de consulta: febrero de 2021.

(31) SEBRELLI, Juan José. "Sociología y estética de la enfermedad", <https://www.perfil.com/noticias/cultura/sociologia-y-estetica-de-la-enfermedad-20070306-0030.phtml>, Fecha de consulta: febrero 2021.

(32) VEATCH, Robert. "Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria", en LUNA, Florencia - SALLES, Arleen L. F. (Coords.), *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1995, p. 56.

que propone el coronavirus. Cuáles son las interferencias, influencias y adherencias que un entorno tan inmenso y tan presente provoca en la base bioética del encuentro clínico de los pacientes que presentan coronavirus. El tema escogido para la reflexión, dentro de los pilares del encuentro clínico, es el de la confidencialidad, y algunas de sus aristas abordadas en contexto.

III. Confidencialidad y COVID-19

“La intimidad tiene límites, no únicamente los que uno mismo impone desvelando datos propios o compartiendo la vida íntima con las personas escogidas, sino también límites impuestos por el prójimo y por la sociedad. La sociedad ha de reconocer el derecho a la intimidad y, sobre todo, debe precisar hasta dónde llega ese derecho”³³.

La demarcación de los contornos de la intimidad en el ámbito sanitario se traduce como confidencialidad y comporta uno de los más antiguos pilares de la ética médica. Como explica Kemelmajer, el secreto sobre lo que pasa en el cuerpo es una cuestión central, por cuanto *“...en el cuerpo humano se concentran la vida, la integridad física, la salud, la sensibilidad, el sufrimiento físico. En ese cuerpo también se ubican las decisiones relativas al modo de vida y al compromiso hacia el futuro (matrimonio, trabajo o servicios a cumplir), la procreación (su aceptación o rechazo), etcétera. No cabe dudar, entonces, cuánto vale el secreto que versa sobre ese cuerpo”³⁴.*

Los argumentos éticos en que se sustenta son el respeto a la autonomía de los pacientes, la existencia de un pacto implícito en la relación clínica, la confianza social en la reserva de la profesión médica, la lealtad debida al paciente³⁵. *“El respeto al carácter confidencial de las informaciones sobre la salud constituye un principio esencial dentro del sistema jurídico de todos los Estados parte del Convenio. Resulta fundamental no sólo para proteger la vida privada de los enfermos, sino, igualmente, para preservar su confianza en el cuerpo médico y en los servicios de salud en general”* (TEDH, Z c. Finlandia

(33) MARTÍNEZ-MONTAUTI, Joaquim (Hospital de Barcelona). “Artículo 9. Privacidad y confidencialidad”, en CASADO, María (Coord.). *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO*, Ed. Civitas, 2009, p. 270.

(34) KEMELMAJER DE CARLUCCI, Aída. “Responsabilidad de los padres, secreto profesional y confidencialidad médica. ¿Cómo se conjugan para asegurar la salud de los adolescentes”, *Derecho PUCP*, N° 69, 2012, ¿p. 171? Disponible en <https://doi.org/10.18800/derechopucp.201202.009>

(35) ALTISENT TROTA, Rogelio - COSTA ALCARAZ, Ana - DELGADO MARROQUÍN, M. Teresa (ponente), JARABO CRESPO, Yolanda - MARTÍN ESPÍLDORA, M. Nieves - SANTOS DE UNAMUNO, Carmen - SANZ POZO, Blanca - SIMÓN LORDA, Pablo - VÁZQUEZ, José Ramón (Miembros del grupo de trabajo de Bioética que elaboraron el documento). “Informatización y confidencialidad de la historia clínica. Declaración de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria”, *Atención Primaria*, Vol. 34, Núm. 3, 2004, p. 140, <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-informatizacion-confidencialidad-historia-clinica-13064527> Fecha de consulta: febrero de 2021.

del 25 de febrero de 1997)³⁶. En el mismo sentido, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, alude a la confidencialidad en el sentido siguiente: “Artículo 9. Privacidad y confidencialidad. La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos”.

Como dice Martínez-Montauti, al acceder al ámbito sanitario uno sabe que va a exponer una parte de su intimidad, haciéndolo en el entendido que el acceso a tales datos va a estar restringido y no va a develarse a personas extrañas a su cuidado³⁷. También es cierto que los cambios de contexto en materia de atención sanitaria, determinaron a la vez que, dentro de una estructura compleja, hay personas que llegan a conocer datos sensibles del paciente, desde aquellos que estén directamente involucrados en su cuidado, quienes por su vínculo con el centro de salud manejen tales datos (v.g., personal administrativo, informático), hasta los financiadores de salud y la autoridad sanitaria estatal³⁸. En tales supuestos, es obligatoria la reserva de la información.

Ahora, si bien en tales casos podemos decir que se “dispersa” en alguna medida el control de la información por parte del paciente, pero aun así sigue amparada por el deber de secreto, en otros supuestos, por causas específicamente tipificadas normativamente, se habilita que la barrera de la confidencialidad pueda franquearse. Y las causas que normativamente se han previsto pueden sintetizarse en las que siguen: la protección del propio paciente, la protección de terceras personas y, en un concepto que engloba la noción de terceros pero la trasciende, en razón de la salud pública³⁹. Haremos en lo que sigue especial hincapié sobre esta última noción y sus contornos en el contexto actual.

(36) Puede verse en [https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22languageisocode%22:\[%22SPA%22\],\[%22respondent%22:\[%22FIN%22\],\[%22documentcollectionid%22:\[%22JUDGMENTS%22,%22DECISIONS%22\],\[%22itemid%22:\[%22001-163986%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22languageisocode%22:[%22SPA%22],[%22respondent%22:[%22FIN%22],[%22documentcollectionid%22:[%22JUDGMENTS%22,%22DECISIONS%22],[%22itemid%22:[%22001-163986%22]}) Fecha de consulta: junio de 2020.

(37) MARTÍNEZ-MONTAUTI, Joaquim (Hospital de Barcelona). “Artículo 9. Privacidad y confidencialidad”, ob. cit., p. 271.

(38) Idem.

(39) El decreto reglamentario de la ley 26529, Nro. 1089/2012, establece que el profesional tratante deberá registrar en la historia clínica del paciente que la información sanitaria se suministró acorde a alguno de los supuestos contemplados en el artículo que se reglamenta y asumir el compromiso de confidencialidad que contempla la ley que se reglamenta. Son excepciones a la regla general aludida: 1) Aquellos casos donde a criterio del profesional se encuentra en peligro la salud pública y/o la salud o la integridad física de otra/s persona/s; 2) Cuando sea necesario el acceso a la información para la realización de auditorías médicas o prestacionales o para la labor de los financiadores de la salud, siempre y cuando se adopten mecanismos de resguardo de la confidencialidad de los datos inherentes al paciente, que se encuentran protegidos por el secreto médico.

La ruptura de la confidencialidad basada en la salud pública es la causa justificante que más adhesión y legitimidad posee. Su finalidad, evitar un perjuicio al conjunto de la población, se entiende que justifica informar a la autoridad pública sanitaria acerca de diagnósticos y sospecha de enfermedad que pueda propagarse, incluyendo en general datos privados del paciente vinculados a su estilo de vida⁴⁰. Si bien *“Parece obvio que el tratamiento de esos archivos debe ser confidencial y que esa información debe usarse exclusivamente para los fines para los cuales fue recabada”*⁴¹, la situación de excepción que trajo consigo la actual pandemia, requiere analizar la legitimidad de las excepciones y avizorar las consecuencias y reglas para el *“después”*.

Podemos partir de que, si bien la limitación de derechos humanos (en este caso la intimidad) en atención a fines legítimos (como la salud pública) está permitida, *“existen límites estrictos sobre cuándo, cómo y en qué medida los derechos pueden estar limitados”*⁴². A tales fines, los Principios de Siracusa sobre las disposiciones de limitación y derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, nos brindan el marco para la interpretación y aplicación de las cláusulas de limitación y restricción y nos permiten efectuar un análisis situado, por cuanto está implicada la limitación del derecho a la intimidad, prevista en el artículo 17 del Pacto. Así, *“15. La salud pública puede invocarse como motivo para limitar ciertos derechos a fin de permitir a un Estado adoptar medidas para hacer frente a una grave amenaza a la salud de la población o de alguno de sus miembros. Estas medidas deberán estar encaminadas específicamente a impedir enfermedades o lesiones o a proporcionar cuidados a los enfermos y lesionados. 16. Deberán tenerse debidamente en cuenta las normas sanitarias internacionales de la Organización Mundial de la Salud”* (Ppio. 15). Estos principios, brindan una guía para el análisis de los contextos de decisión estatal en relación a la limitación de la confidencialidad y el Covid-19.

Argentina, que cuenta con la ley 25326 de protección de datos personales, ha establecido regulaciones normativas y recomendaciones en relación a la utilización de información personal frente a la emergencia sanitaria. Así, en particular la Agencia de Acceso a la Información Pública, ha dictado una serie de guías con recomendaciones en relación al tratamiento de datos personales vinculados al coronavirus por un lado, así como los principios fundamentales de la regulación vigente en materia de protección de datos que se aplican al uso de herramientas de geolocalización y

(40) Puede verse: MARTÍNEZ-MONTAUTI, Joaquim (Hospital de Barcelona). *“Artículo 9. Privacidad y confidencialidad”*, ob. cit., p. 272.

(41) Ídem.

(42) *Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19. Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad*, ONUSIDA 2020, p. 5. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_es.pdf Fecha de consulta: junio de 2020.

tracking, ya sea que dichas herramientas sean empleadas por el sector público, el sector privado o por ambos en colaboración⁴³⁻⁴⁴.

La guía con recomendaciones referenciadas en primer lugar, establece lo siguiente:

“Los datos de salud son una categoría de datos sensibles y en consecuencia merecen una protección más rigurosa (arts. 2 y 7 - Ley 25326).

La divulgación del nombre de un paciente que padezca de coronavirus requiere de su consentimiento (art. 5 - Ley 25326).

Los establecimientos sanitarios y los profesionales de la salud pueden procesar y cederse entre sí datos de los pacientes, siempre y cuando cumplan con el secreto profesional (art. 8 - Ley 25326).

La obligación de secreto profesional subsistirá aun después de finalizada la relación con el paciente (art. 10 - Ley 25326).

Para usar la información del paciente con fines incompatibles con su tratamiento médico, se debe requerir su consentimiento pleno, libre e informado (art. 4, inc. 3 y art. 5 - Ley 25326).

El Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales se encuentran facultados a requerir, recolectar, cederse entre sí o procesar de cualquier otro modo información de salud sin consentimiento de los pacientes, conforme a las competencias explícitas e implícitas que les hayan sido conferidas por ley (art. 5, inc. 2 b y art. 11, inc. 3 b - Ley 25326)”⁴⁵.

En suma, estas recomendaciones parten de la vigencia en el contexto de pandemia de la obligación de secreto, reafirmando la obligación de requerir el consentimiento del paciente sea para divulgar sus datos filiatorios o para usar la información

(43) <https://www.argentina.gob.ar/noticias/guias-para-el-tratamiento-de-datos-personales>
Fecha de consulta: febrero de 2021.

(44) Pueden verse asimismo los documentos que ha ido emitiendo la Global Privacy Assembly, vg: Statement by the GPA Executive Committee on the Coronavirus (COVID-19) pandemic (17/03/2020) <https://globalprivacyassembly.org/gpaexco-covid19/> Achieving privacy by design in contact tracing measures (21/05/2020) <https://globalprivacyassembly.org/contact-tracing-statement/>
Fecha de consulta: junio de 2020.

(45) Agencia de acceso a la información pública “Guía Para el tratamiento de los datos personales ante el Coronavirus Covid-19”, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_coronavirus_0.pdf Fecha de consulta: febrero de 2021.

Asimismo, y en relación a la protección de datos personales en contexto de pandemia, la Agencia de acceso a la información pública emitió una “Guía Para el tratamiento de los datos personales ante el registro de temperatura corporal” https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_temperatura.pdf, en el entendido que “la toma de temperatura corporal en los ingresos a edificios o en la vía pública es una medida que organismos públicos o privados podrían implementar, con el fin de prevenir la propagación de la enfermedad. Este tipo de control puede tener un impacto en la privacidad o la intimidad de las personas, por lo que es importante que los distintos actores involucrados tengan en consideración la normativa vigente de protección de datos personales”. Fecha de consulta: febrero de 2021.

con fines incompatibles con su tratamiento médico, excepcionando al Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales de recabar el consentimiento del paciente para la utilización de la información de salud.

En relación a los principios de Protección de datos personales y geolocalización, la Agencia estableció las condiciones y límites del monitoreo y geolocalización, por cuanto se trata de información referida a la ubicación de una persona y sus desplazamientos⁴⁶.

A la vez, el Poder Ejecutivo Nacional emitió el decreto de necesidad y urgencia 260/2020, que estableció en su artículo 8 la obligación de las personas que presenten síntomas compatibles con COVID-19 de reportar de inmediato dicha situación a los prestadores de salud, con la modalidad establecida en las recomendaciones sanitarias vigentes en cada jurisdicción. En la órbita de la Jefatura de Gabinete de Ministros y los Ministerios se cuentan una serie de resoluciones y disposiciones, entre las que podemos señalar la resolución 202/2020 del Ministerio de Trabajo (13/03/2020), dispone que: “ARTÍCULO 5º.- *Los empleadores y las trabajadoras y los trabajadores deberán facilitar y acatar las acciones preventivas generales y el seguimiento de la evolución de las personas enfermas o que hayan estado en contacto con las mismas que determine la autoridad sanitaria nacional. Asimismo, deberán reportar ante la autoridad sanitaria municipal o provincial correspondiente al lugar de efectiva prestación de tareas de los trabajadores y las trabajadoras, toda situación que encuadre en los supuestos contemplados en el artículo 7º del DNU N° 260, sin perjuicio de los sujetos obligados a informar a la autoridad sanitaria nacional en virtud de lo dispuesto en la Ley N° 15465 y la Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 680/2020. (Artículo sustituido por art. 1º de la Resolución N° 823/2020 del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social B.O. 8/10/2020)*” (Entre los supuestos referenciados en el DNU Nro. 260, se encuentran quienes revistan la calidad de casos sospechosos y quienes posean confirmación médica de haber contraído el COVID-19)⁴⁷”. Asimismo, en relación al manejo de

(46) Agencia de acceso a la información pública “Guía Para el tratamiento de los datos personales en el uso de herramientas de geolocalización”, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_geolocalizacion_0.pdf Fecha de consulta: febrero de 2021.

(47) ARTÍCULO 7º. AISLAMIENTO OBLIGATORIO. ACCIONES PREVENTIVAS:

1. *Deberán permanecer aisladas durante 14 días, plazo que podrá ser modificado por la autoridad de aplicación según la evolución epidemiológica, las siguientes personas:*

a) *Quienes revistan la condición de “casos sospechosos”. A los fines del presente Decreto, se considera “caso sospechoso” a la persona que presenta fiebre y uno o más síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta o dificultad respiratoria) y que además, en los últimos días, tenga historial de viaje a “zonas afectadas” o haya estado en contacto con casos confirmados o probables de COVID-19. La definición podrá ser actualizada por la autoridad sanitaria, en función de la evolución epidemiológica.*

b) *Quienes posean confirmación médica de haber contraído el COVID – 19.*

c) *Los “contactos estrechos” de las personas comprendidas en los apartados a) y b) precedentes en los términos en que lo establece la autoridad de aplicación.*

datos personales y uso de la tecnología, se dictaron diferentes disposiciones y decisiones en vinculación a la aplicación Covid19-Ministerio de Salud, y la aplicación CuidAR⁴⁸ que conforme indica a través de los medios de difusión estatales, “*posibilita el autodiagnóstico de síntomas, brinda asistencia y recomendaciones en el caso de compatibilidad con coronavirus y proporciona herramientas de contacto de esos casos a las autoridades sanitarias. La aplicación se vincula con un sistema más amplio que articula la información que la aplicación recolecta con las áreas sanitarias encargadas del cuidado ante la emergencia, tanto del gobierno nacional como de los gobiernos provinciales*”⁴⁹.

Podemos decir que nos enfrentamos al delicado equilibrio de la protección de la salud pública, en aras de cuya defensa ceden algunas de las protecciones a la confidencialidad como pilar del encuentro clínico (la salud pública actúa de legitimante de la necesidad de la limitación⁵⁰); pero a la vez garantizando que los datos

d) *Quienes arriben al país habiendo transitado por “zonas afectadas”, salvo excepciones dispuestas por las autoridades sanitaria o migratoria y siempre que den cumplimiento a las condiciones que estas establezcan. En todos los casos las personas deberán también brindar información sobre su itinerario, declarar su domicilio en el país y someterse a un examen médico lo menos invasivo posible para determinar el potencial riesgo de contagio y las acciones preventivas a adoptar que deberán ser cumplidas, sin excepción. No podrán ingresar ni permanecer en el territorio nacional los extranjeros no residentes en el país que no den cumplimiento a la normativa sobre aislamiento obligatorio y a las medidas sanitarias vigentes, salvo las excepciones dispuestas por la autoridad sanitaria o migratoria. (Inciso sustituido por art. 1° del Decreto N° 945/2020 B.O. 27/11/2020. Vigencia: a partir del día de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL.)*

e) *Quienes hayan arribado al país en los últimos 14 días, habiendo transitado por “zonas afectadas”. No podrán permanecer en el territorio nacional los extranjeros no residentes en el país que no den cumplimiento a la normativa sobre aislamiento obligatorio y a las medidas sanitarias vigentes, salvo excepciones dispuestas por la autoridad sanitaria o migratoria.*

En caso de verificarse el incumplimiento del aislamiento indicado y demás obligaciones establecidas en el presente artículo, los funcionarios o funcionarias, personal de salud, personal a cargo de establecimientos educativos y autoridades en general que tomen conocimiento de tal circunstancia, deberán radicar denuncia penal para investigar la posible comisión de los delitos previstos en los artículos 205, 239 y concordantes del Código Penal.

Con el fin de controlar la transmisión del COVID- 19, la autoridad sanitaria competente, además de realizar las acciones preventivas generales, realizará el seguimiento de la evolución de las personas enfermas y de las personas que estén o hayan estado en contacto con las mismas.

Con el fin de controlar la transmisión del COVID- 19, la autoridad sanitaria competente, además de realizar las acciones preventivas generales, realizará el seguimiento de la evolución de las personas enfermas y de las personas que estén o hayan estado en contacto con las mismas.

(48) Ver, v.g.: Decisión administrativa 432/2020 de la Jefatura de Gabinete de Ministros y Disposiciones 3/2020, 4/2020, 10/2020, 16/2020 de la Subsecretaría de Gobierno Abierto y País Digital, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación; Disposición 1771/2020 de la Dirección Nacional de Migraciones.

(49) <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/innovacion-publica/acciones-coronavirus/aplicacion-y-tableteros-de-gestion/que-es> Fecha de consulta: junio de 2020.

(50) Conforme los Principios de Siracusa, debe analizarse la necesidad de la limitación en los siguientes términos:

10. *Siempre que, conforme a las disposiciones del Pacto, se exija que una limitación sea “necesaria”, este término implicará que la limitación:*

no puedan utilizarse para una finalidad distinta de aquella por la cual se recabaron; que se efectúe una interpretación en favor del derecho que se limita, a fin de no menoscabar su esencia; y que la extensión temporal de la limitación, así como la conservación los datos recolectados en razón de la misma, deben ser acotados en el tiempo pues de lo contrario se desvirtúa la necesidad que legitimaba su obtención y la limitación se torna abusiva y arbitraria⁵¹.

Si algo redefinió en la práctica médica el deber de confidencialidad ha sido la epidemia de VIH. Tal como afirma ONUSIDA, los últimos 40 años han generado una experiencia significativa y las lecciones aprendidas sobre la importancia de un enfoque basado en derechos humanos para garantizar respuestas efectivas y proporcionadas a las epidemias. A partir de tal experiencia, es que uno de los puntos sobre los que se traza un paralelo de abordaje con la pandemia de Covid-19 es en materia de confidencialidad. Así, desde el organismo afirmaron que *“Todos, independientemente de su raza, nacionalidad, género y ocupación, deben tener la certeza de que su información personal confidencial, incluyendo el nombre, diagnóstico e historial médico, sea tratada con el máximo cuidado y confidencialidad por el gobierno, los trabajadores de la salud y las entidades públicas. La experiencia en el contexto de la epidemia del VIH muestra que la confidencialidad reduce el miedo al estigma y la discriminación, genera confianza y abre canales de comunicación entre los pacientes y los trabajadores de la salud, conduce a un acceso más rápido a los servicios de pruebas y mejora el cumplimiento de la salud pública y el asesoramiento clínico. Dado que la detección y las pruebas son esenciales para la respuesta*

a. Se basa en uno de los motivos que justifican las limitaciones reconocidas por el artículo pertinente del Pacto.

b. Responde a una necesidad pública o social apremiante.

c. Responde a un objetivo legítimo, y

d. Guarda proporción con este objetivo.

Toda evaluación en cuanto a la necesidad de una limitación se basará en consideraciones objetivas.

1. Al aplicar una limitación, un Estado no utilizará medios más restrictivos de lo que sea necesario para lograr el propósito de la limitación.

2. La carga de justificar una limitación a un derecho garantizado por el pacto incumbe al Estado.

3. El requisito establecido en el artículo 12 del Pacto de que toda restricción ha de ser compatible con los demás derechos reconocidos en el Pacto, está implícito en las limitaciones a los demás derechos reconocidos en el Pacto.

4. Las cláusulas de limitación del Pacto no serán interpretadas de manera que restrinja el ejercicio de cualesquiera derechos humanos protegidos en mayor grado en virtud de otras obligaciones internacionales asumidas por el Estado.

(51) De hecho, la Guía para el tratamiento de los datos personales en el uso de herramientas de geolocalización antes citado dispone que “Los datos deben ser destruidos cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes a los fines para los cuales hubiesen sido recolectados. Cuando el monitoreo haya sido revocado por el titular de datos o cuando su finalidad haya sido cumplida, por ejemplo, porque la pandemia del coronavirus COVID-19 llegó a su conclusión, los datos deben eliminarse. El almacenamiento debe permitir que los datos personales sean identificables para facilitar su posterior eliminación”.

*de salud pública durante el brote de COVID-19, dicha confianza y confidencialidad serán cruciales*⁵².

Los desafíos de nuevas enfermedades y nuevas tecnologías fueron los que redefinieron el abordaje ético de la relación clínica, teniendo a la Bioética y los Derechos Humanos como base y fundamento. Hoy ambas variables se conjugan frente a la pandemia de Covid-19. Se trata de una nueva enfermedad (con las incertezas y desafíos a todo nivel que ello conlleva), desarrollada en un mundo atravesado e interpelado por las nuevas tecnologías; no sólo las tecnologías aplicables al tratamiento y recuperación de la salud, sino también las tecnologías de manejo de datos e información sensible, e incluso las tecnologías de información y comunicación. Estas últimas, que a la postre pueden ser canales de tránsito de información sensible, con el riesgo de afectar la garantía del derecho a la intimidad, interpelan desde su aparición los contornos de lo íntimo, situación que la pandemia no hizo más que volver a poner sobre la mesa de discusión. La experiencia recogida debiera entonces propiciar un manejo adecuado de la información, donde sean estrictamente los organismos que cuentan con estos datos quienes la manejen, en el marco de los fines que legitiman su obtención, pues ello permitirá a los ciudadanos experimentar la confianza que requiere el manejo de datos sensibles. Este equilibrio determinará el éxito con el que se atravesase esta situación de excepción y serán nuevamente la Bioética y los Derechos Humanos quienes nos echen luz sobre lo que la sociedad acordó como regla y excepción, reconduciendo siempre hacia la garantía efectiva de los derechos.

IV. Reflexiones finales

La vida es en gran medida una percepción, y la percepción genera la percepción de que algo será de determinada manera, desarrollándose así la conjetura. El coronavirus y lo que genera en sí mismo como por lo que se reproduce en los medios de comunicación y en el imaginario social coloca a occidente ante una incertidumbre aturdidora. El dialogo entre lo que vivimos y percibimos es algo muy interesante, lo discursivo construye, y no siempre hay una palabra para decir algo o para expresar una realidad, a veces se fuerzan las palabras ante el universo infinito.

Como hemos indicado, el escenario producido por el virus COVID-19 (coronavirus) refleja diferentes percepciones de crisis, y una de ellas es la crisis de las normatividades tradicionales⁵³, surgiendo la necesidad de reflexionar sobre el "*derecho en emergencia*" de las diversas ramas del mundo jurídico, pero particularmente en el Derecho de la Salud. Se requiere de un análisis que trascienda las normas para

(52) *Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19. Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad*, ONUSIDA 2020, ob. cit., p. 9.

(53) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. "Aportes para la Jusfilosofía de la Pandemia por COVID-19", ob., cit. p. 7.

situarse en la vida y sus posibles costos, ya que el *derecho de la salud* se moviliza en base al *derecho a la salud*, es una rama jurídica en donde *el derecho a la salud debe coexistir con el deber de salud*⁵⁴. La excepcionalidad en la que nos sumerge la pandemia, pone en *crisis* el cumplimiento de las normatividades de la normalidad, generando la necesidad de nuevas normatividades motivadas por ella⁵⁵, ya que *“la pandemia requiere la adaptación de la trama a las nuevas situaciones. Esta epidemia presenta una gran carencia histórica de normas, por novedad fáctica, necesitada de elaboración apoyada no solo en la autointegración sino en la heterointegración. Las necesidades desbordantes respecto de los servicios de salud generan conflictos necesitados de síntesis (v.g. en cuanto a adjudicación de terapia intensiva)”*⁵⁶.

(54) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Seminario de Profundización en Integrativismo Tridimensionalista Trialista”, Organizado por el Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social y la Cátedra “C” de Filosofía del Derecho, UNR, 2020.

(55) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Aportes para la Jusfilosofía de la Pandemia por COVID-19”, ob., cit. p. 7.

(56) CIURO CALDANI, Miguel Ángel. “Aportes para la Jusfilosofía de la Pandemia por COVID-19”, ob. cit., p. 8.