

Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica

Preámbulo

Este documento tiene como propósito ser una guía bioética para la toma de decisiones de triaje cuando una emergencia de salud pública genera una demanda en los recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer. Esta guía fue elaborada para hacer frente a la pandemia de COVID-19.ⁱ El COVID-19 es una enfermedad viral infecciosa nueva, causada por el virus SARS-CoV-2, que tiene manifestaciones clínicas muy serias en aproximadamente el 5% de la población que la contrae. Actualmente no existe tratamiento profiláctico ni curativo para el COVID-19.¹

Esta guía únicamente debe de entrar en operación si:

- * La capacidad existente de cuidados críticos está sobrepasada, o está cerca de ser sobrepasada, y no es posible referir pacientes que necesitan de cuidados críticos a otros servicios de salud donde puedan ser atendidos de manera adecuada.

La guía consta de dos partes. La primera parte provee el sustento bioético que justifica cierta manera específica de asignar recursos escasos de medicina crítica. La segunda parte describe el procedimiento a utilizarse para dicha asignación.ⁱⁱ

1. Bioética y la Respuesta al COVID-19

La escasez de bienes que pueden beneficiar a pacientes es algo común dentro de la práctica médica. Por ejemplo, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo existe una escasez de órganos para trasplante.⁴ En países en vías de desarrollo existe una escasez de camas de cuidados críticos en zonas rurales.⁵ Y no es raro escuchar que aún en las grandes ciudades de dichos países existe escasez de equipo de medicina crítica, por ejemplo ventiladores mecánicos.

La escasez de estos recursos nos obliga a preguntarnos cómo se deben de asignar cuando dos o más pacientes los necesitan. Por ejemplo, a quién se le debe de asignar una máquina de oxigenación por membrana extracorpórea cuando tenemos dos pacientes que se pueden beneficiar de ella. La respuesta a esta pregunta no es obvia, y existe una amplia literatura bioética al respecto.⁶⁻⁸ Dado que los recursos escasos a asignar generalmente se requieren para salvar vidas, a su asignación a veces se le considera como elegir quien morirá. Sin embargo, la anterior evaluación del acto de asignación de recursos escasos es errónea en la mayoría de los casos. Es errónea porque la intención detrás del acto de asignar recursos escasos es elegir quién sobrevivirá. La muerte, o daño que sufre, el otro paciente(s) se prevé pero no se busca intencionalmente.^{9,10}

En la práctica médica cotidiana uno de los principios de justicia que se utilizan para asignar dichos recursos escasos es el de: orden de llegada. Como su nombre lo indica, se compara la fecha y hora en que un paciente (o personal de salud tratante) solicita el uso de un recurso escaso contra la fecha y hora en que otro paciente (o personal de salud tratante) solicita el mismo recurso, y se elige al paciente que solicitó el recurso primero. Lo que aquí se contrasta es cuánto tiempo los pacientes

ⁱ Aún cuando esta guía fue elaborada para hacer frente a la pandemia de COVID-19, también podría ser utilizada durante otras emergencias de salud pública que generan una sobredemanda de medicina crítica.

ⁱⁱ La sección procedimental de la guía (sección 2) fue traducida y adaptada de: *Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions*² y *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*³.

han estado esperando para recibir el recurso. El principio de orden de llegada se ha justificado en términos de que es: eficiente, transparente, se mantiene neutro respecto a la cualidades personales y sociales de los pacientes, y trata a los pacientes de manera equitativa.¹¹⁻¹²

Un segundo principio de justicia que se utiliza para asignar recursos de medicina crítica escasos es el: principio de necesidad médica.¹³ Este principio mantiene que aquel paciente cuya salud está más deteriorada es aquel que debe de recibir el recurso escaso, pero solo si recibir el tratamiento no sería fútil. Si recibir el bien no ayudara al fin terapéutico entonces sería inapropiado asignar dicho recurso a este paciente. Por ejemplo, dentro de un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica aquel que se encuentre más enfermo es quien debe de recibir el riñón. El principio de necesidad médica puede ser utilizado en conjunto con el principio de orden de llegada. Por ejemplo, el principio de orden de llegada se utiliza si la condición médica de dos (o más) pacientes en espera de un riñón es semejante, pero si la salud de uno de ellos se deteriora significativamente durante la espera entonces el principio de necesidad médica entra en acción y dicho paciente debe de recibir el órgano (i.e. pasa a ser el primero en la lista de espera).ⁱⁱⁱ

En situaciones donde *no* existe una emergencia de salud pública, la práctica médica cotidiana y la práctica de salud pública operan de manera simultánea, pero con objetivos que pueden ser contrarios. En la práctica médica cotidiana el objetivo primordial es prevenir, tratar o curar las enfermedades o padecimientos de un paciente en específico. Los principios bioéticos que generalmente se consideran que gobiernan dicha práctica son los de beneficencia, no-maleficencia, autonomía, y justicia.¹⁵ En la práctica de salud pública el objetivo primordial es que la salud de la población sea lo mejor posible de acuerdo a la cantidad de recursos disponibles. El principio que generalmente se considera que gobierna a la salud pública es el de la justicia social.¹⁶ He aquí un ejemplo de posible conflicto entre estas dos disciplinas: un médico considera que cierta vacuna sería benéfica para determinado paciente, mientras que la salud pública considera que dicho paciente al no ser prioritario para recibir dicha vacuna no la debería de recibir.

Durante una emergencia de salud pública, como la de COVID-19, la mayor parte de la práctica médica cotidiana se subsume a la práctica de salud pública. Hay diferentes maneras de justificar por qué debe de suceder esto. Una de dichas justificaciones es que la práctica médica cotidiana se ve sobrepasada en términos de respuesta al problema de salud, y es la salud pública la que tiene las herramientas necesarias para reorganizar todo el ámbito de la salud y hacer frente al problema. Una de las consecuencias de esta reorganización de los sistemas de salud es que el principio de justicia social, que rige a la salud pública, pasa a orientar toda provisión de salud por el tiempo que la emergencia dure.

Ahora, un principio de la justicia social es que todas las personas tienen el mismo valor. Esto se puede capturar con una frase atribuida al filósofo inglés Jeremy Bentham: “cada uno cuenta por uno, nadie por más de uno”.¹⁷ En la práctica de la salud pública lo anterior se traduce en un principio de no exclusión. Esto quiere decir que por principio todas las personas son candidatas para recibir atención de la salud. Características como: edad, sexo, afiliación política, discapacidad, y riqueza no excluyen a ningún paciente de ser candidato para recibir atención médica. Ahora, si la salud pública tiene el objetivo de mejorar la salud de la población y cada persona dentro de ella cuenta por una, esto nos lleva a concluir, en un primer momento, que el objetivo de la salud pública durante una emergencia de salud pública es doble: tratar el mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas.^{iv} Salvar la mayor cantidad de vidas requiere evaluar: i) la posibilidad de

ⁱⁱⁱ Para una revisión de los principios que se utilizan para asignar recursos escasos de medicina véase Persad et al.¹⁴

^{iv} Estos dos objetivos pueden entrar en conflicto, por ejemplo, puede haber una enfermedad tal que para tratar al mayor número de personas se requiere utilizar los recursos humanos disponibles que podrían salvar a un número

que un paciente mejore y sobreviva, y ii) el tiempo que dicho paciente utilizará los recursos escasos que se pueden reutilizar. Por ejemplo, si dos pacientes requieren de ventilación mecánica y uno de ellos, dada una comorbilidad, se tardaría el doble de tiempo en recuperarse (dos semanas en lugar de una semana) entonces el ventilador se le debe de asignar a aquel que no tiene la comorbilidad y se tardaría la mitad del tiempo en recuperarse. Ello es así pues el recurso escaso (i.e. el ventilador mecánico) se puede volver a utilizar de manera más pronta para salvar otra vida.

Asignar recursos escasos de medicina crítica para salvar el mayor número de vidas durante una emergencia de salud pública genera, al menos, dos dilemas. Primero, cómo asignar recursos escasos cuando dos (o más) pacientes son similares en características (i.e. edad, comorbilidades, gravedad de la enfermedad) y pronóstico médico. La manera aceptada de asignar recursos escasos cuando nos encontramos en situaciones donde los pacientes son similares es seleccionar al azar.¹⁸ Seleccionar al azar evita que consideraciones impertinentes entren en juego. Segundo, cómo asignar recursos escasos cuando la prognosis es similar pero la diferencia de edad entre los pacientes es significativa. Por ejemplo, cuando solo tenemos un ventilador y hay dos pacientes: un paciente A de 80 años y un paciente B de 20 años. Supongamos que si paciente A recibe el ventilador ella vivirá 7 años más y si paciente B recibe el ventilador ella vivirá 65 años más. Para solucionar este problema se tiene que introducir un principio adicional: salvar la mayor cantidad vidas-por-completarse.¹⁴ Una vida-por-completarse se debe de entender como aquella que aún no ha pasado por los diferentes estados de desarrollo bio-psico-social humanos (i.e. infancia, adolescencia, edad adulta, vejez). Y de entre las vidas-por-completarse hay que elegir aquellas que están en etapas más tempranas. Ahora, en lugar de realizar distinciones de edad de veta fina (por meses o días, por ejemplo) lo que se propone son las siguientes categorías clasificatorias: 0-12, 12-40, 41-60, 61-75, y +75. Utilizar el principio de vidas-por-completarse podría parecer injustamente discriminatorio hacia los adultos mayores, pero esto no es así. Y para entender por qué, se tendrá que remontar a la pregunta: por qué la muerte es mala para nosotros. La respuesta a esta pregunta es que la muerte es mala para nosotros porque nos priva de oportunidades valiosas futuras.^{19-v} Ello quiere decir que por lo general la muerte priva a los jóvenes de un número mayor de bienes que a aquellas personas que ya han pasado por dicha etapa vital. Por lo tanto, un sistema de asignación de recursos escasos que favorece salvar la mayor cantidad vidas-por-completarse es un sistema que prioriza a aquellos que por lo general perderían más si murieran.

Finalmente, alguien podría preguntar por qué el principio de orden de llegada no se debe de seguir durante una emergencia de salud pública. La respuesta a esta pregunta es porque este principio *beneficia de manera injusta* a las personas que viven en poblaciones urbanas y cerca de los centros de salud. Por ejemplo, paciente C y paciente D tienen COVID-19 y el mismo día comienzan con disnea severa. Paciente C camina una cuadra al hospital, mientras que paciente D tiene que viajar cuatro horas para llegar al hospital. De acuerdo con el principio de orden de llegada paciente C debe recibir atención de medicina crítica antes que paciente D. Es obvio que en las circunstancias actuales es injusto que la proximidad geográfica al centro de salud determine quién recibe atención de medicina crítica.^{vi} Una razón adicional para rechazar el principio de orden de llegada es que favorece a personas con mayor riqueza económica y que tienen redes sociales más extensas. Por

muchísimo menor de personas críticamente enfermas. Dada la naturaleza de la enfermedad COVID-19 esta guía solo se enfoca en la cuestión bioética de cómo asignar recursos escasos de medicina crítica para salvar la mayor cantidad de vidas. Esto es así puesto que a la fecha no se ha visto que sea necesaria la reasignación de personal de salud, o de recursos, para atender satisfactoriamente a personas con presentaciones leves o moderadas de COVID-19.

^v Otra respuesta a es que la muerte es mala para nosotros porque priva de satisfacer nuestros deseos.

^{vi} Esta misma objeción se le ha hecho al principio de orden de llegada en circunstancias donde no existe una emergencia de salud.

ejemplo, alguien que tiene muchos amigos o familiares médicos se favorece injustamente al saber en que hospitales todavía existe capacidad de atención.

2. Creación de equipos de triaje^{vii}

Cada unidad de salud donde se provea atención de medicina crítica deberá conformar equipos de triaje. Estos equipos serán los encargados de asignar los recursos escasos de medicina crítica. Los equipos de triaje deberán ser nombrados conjuntamente por el director de la unidad de cuidados críticos y el director del servicio de salud. Los equipos de triaje deberán estar conformados, idealmente, por las siguientes personas:

- * Oficial de Triaje: un(a) médico(a) intensivista o un(a) médico(a) urgenciólogo(a).
- * 2do Oficial de Triaje: un profesional de la enfermería intensivista o de urgencias médicas.
- * Administración: un(a) administrador(a) del centro de salud.

La persona Oficial de Triaje y la 2do Oficial de Triaje deberán de tener amplia experiencia en el cuidado de pacientes críticamente enfermos. *El personal de salud que atiende directamente a pacientes, tanto en piso como en la unidad de cuidados críticos y en la unidad de emergencias, no deberán tomar decisiones de triaje.* Hay tres razones que fundamentan su exclusión:

- 1) Evitar los conflictos de intereses en la asignación de recursos,
- 2) Mantener la equidad procedimental en la toma de decisiones sobre a quien se admite a la unidad de cuidados intensivos y a quien no se admite a la unidad de cuidados intensivos, y
- 3) Evitar la angustia moral al personal de salud a cargo de pacientes críticamente enfermos, al quitarles la responsabilidad de las decisiones de triaje.

No es necesario que el equipo de triaje se encuentre presencialmente en el servicio de salud. El equipo puede trabajar de manera remota, y esto es recomendable para evitar el riesgo de infección. En las presentes circunstancias esto permite incluir a personal de salud, y administrativo, que no esté en el centro de atención médica por razón de encontrarse dentro del grupo de riesgo para COVID-19.

2.1 Oficial de Triaje

El personal Oficial de Triaje tendrá las siguientes funciones:

- 1) Supervisará todo proceso de triaje;
- 2) Evaluará todos los expedientes de pacientes que podrían ser admitidos a la unidad de cuidados críticos;
- 3) Asignará a cada paciente una prioridad de admisión, la cual será registrada en una lista;
- 4) Comunicará al personal a cargo de la admisión a la unidad de cuidados críticos y al médico(a) tratante la prioridad de los pacientes en cuestión;
- 5) Actualizará de manera continua la lista de prioridad e informará de ello al personal encargado de la admisión a la unidad de cuidados intensivos;
- 6) El oficial de triaje, en posible colaboración con el personal de salud tratante, informará a pacientes y familiares la decisión de triaje tanto inicial como de reevaluación.

^{vii} Como se menciona en la nota (ii), esta sección fue traducida y adaptada de: *Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions² y Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency³.*

La autoridad del Oficial de Triage depende de que siga el procedimiento establecido en este documento. La autoridad del Oficial de Triage sobre la asignación *inicial* de recursos escasos es superior a la del personal de salud tratante. La autoridad del Oficial de Triage sobre la *reasignación* de recursos escasos que ya se están utilizando es superior a la del personal de salud tratante. Dentro del servicio de salud, durante la emergencia de salud pública, la autoridad del Oficial de Triage sobre la asignación de recursos escasos de medicina crítica solo es menor a la autoridad del Comité Revisor de Triage.

2.2 Equipo de triaje

Las funciones del 2do Oficial de Triage y de la Administración son: Primero, proveer de información actualizada y puntual al Oficial de Triage. Segundo, facilitar y apoyar al Oficial de Triage en el proceso de la toma de decisiones. Además de coleccionar información y documentación para poder realizar las tareas de triaje, el Administrador(a) deberá mantener registros adecuados de todas las decisiones de triaje. El Administrador(a) también será el punto de contacto con la administración central, o el centro de comando, del servicio salud. El equipo de triaje deberá asegurarse que el Administrador(a) cuente con los recursos materiales para poder llevar a cabo su tarea de manera adecuada y puntual. Finalmente, deberán conformarse suficientes equipos de triaje para que el proceso de triaje opere de manera ininterrumpida durante todo el tiempo que exista escasez de recursos de medicina crítica. Es recomendable que los turnos de trabajo de los equipos de triaje estén sincronizados con los turnos médicos y de enfermería. En caso de que no existan suficientes recursos humanos el equipo de triaje puede operar únicamente con el Oficial de Triage.

2.3 Mecanismo de triaje

Para determinar la prioridad inicial que diferentes pacientes tienen frente a los recursos escasos de medicina crítica el Oficial de Triage, con apoyo de su equipo, aplicará el sistema establecido en el inciso 2.5 (Asignación de recursos escasos de medicina crítica). El Oficial de Triage también reevaluará a pacientes que ya se benefician de recursos de medicina crítica escasos, de acuerdo con lo establecido en el inciso 2.8 (Reevaluación de la provisión activa de cuidados críticos). Después de haber llevado a cabo la evaluación inicial, y la reevaluación de pacientes, el oficial de triaje comunicará de manera inmediata sus conclusiones al personal encargado de la admisión a la unidad de cuidados críticos, y en segunda instancia comunicará sus conclusiones a las y los diferentes médicos tratantes.

2.4 Comunicación de las decisiones de triaje a pacientes y familiares

El proceso general para comunicar la decisión al paciente o a los familiares deberá seguir la siguiente secuencia.

- 1) El Oficial de Triage le comunicará la decisión inicial, y de reevaluación, al personal encargado de la admisión a la unidad de cuidados críticos.^{viii}
- 2) El Oficial de Triage le comunicará la decisión al médico tratante.
- 3) El Oficial de Triage le comunicará la decisión inicial, y de reevaluación, a los pacientes y/o familiares.

^{viii} Cuando se cuente con un 2do Oficial de Triage el o ella deben de alternar con el Oficial de Triage informar a pacientes y familiares sobre la decisión de asignación de recursos escasos de medicina crítica.

- 4) En caso de así solicitarlo el médico tratante puede, en conjunto con el Oficial de Triage, informar a los pacientes y/o familiares sobre dicha decisión.

Aún cuando pueda ser costumbre que el médico tratante sea quien normalmente comunica al paciente noticias sobre su tratamiento médico, en caso de una emergencia de salud pública la inclusión del Oficial Triage tiene como objetivo reducir la angustia moral que recae sobre médicos(as) tratantes. Angustia que se exagera por el número de pacientes críticos que un(a) médico trata durante una emergencia. El Oficial de Triage explicará al paciente y/o familiares las implicaciones de la decisión tomada, y cómo fue tomada. Si existen los recursos necesarios, personal de servicio social o cuidados paliativos deberán estar presentes cuando^{ix}: i) se le comunique a un(a) paciente, y/o familiares, que no será admitido(a) a la unidad de cuidados intensivos, ii) se le comunique a un(a) paciente, y/o familiares, que los cuidados intensivos (por ejemplo, el ventilador mecánico) le serán retirados.

a. Sistema de apelación a la decisión de triaje

Es necesario que exista un sistema de apelación y resolución de disputas para así garantizar la justicia procedimental. Las siguientes personas podrán apelar la decisión de triaje: paciente, familiares, o el/la médico tratante.

La apelación a la *decisión inicial* sobre la asignación de recursos deberá ser resuelta de manera inmediata. No resolverla de dicha manera haría que el sistema de apelación no fuera operativamente factible y ello podría causar daño irreparable al paciente. La apelación a decisiones de reevaluación sobre retirar recursos de medicina crítica (que ya están siendo utilizados por un(a) paciente pero los cuales no le están beneficiando) deberá ser resuelta antes de que los recursos sean retirados. Las decisiones acerca de retirar recursos ya utilizados pueden causar mayor angustia moral que las decisiones sobre negar acceso inicial a dichos recursos. Es por esto por lo que la decisión de retirar recursos utilizados, por ejemplo, un ventilador mecánico, deben de depender de una evaluación clínica meticulosa.

Hay dos tipos de apelaciones: permitidas y no-permitidas. Las apelaciones permitidas son aquellas que piden se rectifique la decisión de triaje pues se ha cometido un error al momento de calcular el puntaje de priorización. Las apelaciones no-permitidas son aquellas que cuestionan la pertinencia del sistema de priorización. El equipo de triaje deberá estar involucrado en todos los procesos de apelación. Después de que la parte interesada haga saber que desea apelar la decisión de triaje lo siguiente procederá:

- 1) Se pedirá que la parte interesada explique al Oficial de Triage la razón por la cual apela.
- 2) El equipo de triaje explicará el fundamento de su decisión de triaje inicial, o de reevaluación.

^{ix} Es importante mencionar, que no se trata de dejar morir, sino que, ante la escasez de los recursos críticos, proporcionar la mejor atención posible, con acompañamiento tanto psicológico y de cuidados paliativos en la mayoría de los casos. Es también esencial, que el equipo oficial de triaje, o bien el equipo de cuidados paliativos puedan informar con antelación al paciente qué medidas tomar ante la posibilidad de ingreso a atención crítica y así contar con la posibilidad de elaborar documento de voluntad anticipada, en donde, en ejercicio de su autonomía decida qué acciones tomar ante una situación crítica, como pueden ser la no entubación, limitación de esfuerzo terapéutico y cuidados paliativos, también regulado por la Ley General de Salud, y establecido como un derecho constitucional en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- 3) Si la apelación es sobre cómo se calculó el puntaje de priorización, entonces ella deberá ser evaluada por un Comité Revisor de Triage (comité que debe de excluir al médico tratante y al equipo de triaje).
- 4) El proceso de apelación deberá llevarse a cabo de manera expedita para no causar daño incensario a pacientes.
- 5) La decisión del Comité Revisor de Triage será final.

El Comité Revisor de Triage siempre estará conformado por tres profesionales de alto nivel adscritos al servicio de salud en cuestión. El Comité Revisor de Triage deberá de ser capaz de volver a calcular el puntaje de priorización y así solucionar la apelación. Cuando la decisión del Comité Revisor de Triage no sea unánime se recurrirá a votación simple. Todo proceso de apelación puede suceder de manera presencial o remota y debe de ser documentado.

2.5 Asignación de Recurso Escasos de Medicina Crítica

Un recurso escaso se ha de entender como aquel que simultáneamente dos o más pacientes necesitan pero que por su naturaleza indivisible solo un(a) paciente puede hacer uso de él. Los ventiladores mecánicos son un ejemplo paradigmático de un recurso que puede ser escaso.

2.6 Características que *no deben de ser tomadas en cuenta* para la asignación de recursos escasos de medicina crítica

Las siguientes características *no deberán de ser tomadas en cuenta* durante la asignación de recursos escasos de medicina crítica: afiliación política, religión, ser cabeza de familia, valor social percibido, nacionalidad o estatus migratorio, género, raza, preferencia sexual, discapacidad. En el contexto de salud privada a la lista anterior se deben de agregar: tener seguro médico, y tener recursos económicos para solventar los gastos de hospitalización.

La única característica que debe tomarse en cuenta durante la asignación de recursos escasos de medicina crítica es la posibilidad de beneficiarse de dichos recursos médicos. La única excepción a esto, como se explica adelante, es pertenecer al personal de salud que combate la epidemia de COVID-19.

Esta guía no excluye de manera categórica a ningún paciente que sería, en condiciones ordinarias, sujeto a recibir cuidados críticos. Esto quiere decir, en principio, que la edad biológica o tener una discapacidad no son de por sí características que excluyan a pacientes de recibir cuidados críticos. Es un error que ha de evitarse a toda costa el de asumir que tener cualquier discapacidad es sinónimo de tener una prognosis médica desfavorable, o de tener mala salud.

2.7 Sistema para asignar recursos escasos de medicina crítica

A continuación, se explica cómo se debe de realizar la asignación de recursos escasos de medicina crítica, y esto incluye tanto la asignación inicial de recursos como la reasignación de recursos que ya están siendo utilizados. *Durante la duración de la emergencia de salud el sistema de triaje debe de ser aplicado tanto a pacientes de COVID-19 como a pacientes que requieran de cuidados de medicina crítica por otros padecimientos.* Tener COVID-19 no hace que un paciente tenga mayor prioridad para acceder a los recursos escasos de medicina crítica.

El sistema tiene dos pasos:

- 1) Calcular el puntaje inicial de priorización de cada paciente.

- 2) Reevaluar de manera diaria el puntaje de triaje de pacientes que están utilizando recursos de medicina crítica.

Una vez que se haga clínicamente patente que un paciente necesita de medicina crítica la evaluación de triaje deberá comenzar cuando antes. La evaluación de triaje solo se realizará a pacientes que han sido estabilizados. En caso de ser posible, debe proveerse ventilación mecánica *temporal* debe de ser provista. Es importante informar al paciente, o a sus familiares, que dicha ventilación mecánica es temporal. Esta ventilación se mantendrá en lo que el equipo de triaje calcula el puntaje de priorización.

Como ya se estableció, el objetivo de esta guía es dar una pauta bioética para proteger la salud de la población, entendiendo esto en primer lugar como salvar la mayor cantidad de vidas posibles, y en segundo lugar como salvar la mayor cantidad de vidas-por-completarse. Lo anterior se traduce en que las y los pacientes que tienen mayor probabilidad de sobrevivir con la ayuda de la medicina crítica son priorizados sobre los pacientes que tienen menor probabilidad de sobrevivir. Como se establece en la Figura 1, el resultado de aplicar el *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) u otro método objetivo y validado de supervivencia deberá de ser utilizado para determinar la prognosis de supervivencia del paciente. La presencia de comorbilidades serias deberá de ser tomada en cuenta cuando se calcule la prognosis a largo plazo de las y los pacientes.

Figura 1. Sistema de asignación de recursos escasos de medicina crítica

Principio	Especificación	Puntaje			
		1	2	3	4
Salvar la mayor cantidad de vidas	Prognosis de supervivencia en el corto plazo (SOFA#)	Número SOFA <6	Número SOFA 6-8	Número SOFA 9-11	Número SOFA ≥12
Salvar la mayor cantidad de años-vida	Prognosis de supervivencia a largo plazo (evaluación clínica de comorbilidades serias)	NA	Comorbilidades serias que impacta sustancialmente la supervivencia a largo plazo	NA	Condiciones que limitan severamente la expectativa de vida (alta probabilidad de muerte dentro de un año)

A los puntos asignados de acuerdo con la escala SOFA (del 1 al 4) se le deben de sumar los puntos obtenido por la presencia de comorbilidades (2 o 4 dependiendo del caso). Ejemplos de comorbilidades serias que impactan sustancialmente la supervivencia a largo plazo son: Alzheimer moderado. Ejemplos de condiciones que limitan severamente la expectativa de vida: cáncer tratado únicamente con cuidados paliativos. La suma de estas dos cantidades produce el puntaje de priorización. Estos números pueden ser del 1 al 8.

* *Se debe de otorgar prioridad a los recursos escasos de medicina crítica a los pacientes con el menor puntaje.*

Lo anterior se sustenta en que a menor puntaje mayor probabilidad de beneficiarse de los recursos escasos de medicina crítica y sobrevivir.

2.7.1 Casos prioritarios

Proteger la salud de la población es la razón por la cual se introduce el sistema de triaje. Siendo esto así, se debe de dar prioridad a los recursos escasos de medicina crítica al personal de salud que combate la emergencia de COVID-19. La priorización de dicho personal de salud debe de ser absoluta. Esto quiere decir que el personal de salud que hace frente a la pandemia deberá de pasar al principio de la lista para obtener recursos escasos de medicina crítica cuando esto sea requerido. La única excepción a este punto es cuando el personal de salud presente tales comorbilidades, o su pronóstico sea tal, que sería fútil que se accediera a recursos escasos de medicina crítica.

El valor intrínseco del personal de salud es igual, y no mayor, al de otros miembros de la comunidad. Aún cuando esto es así, el personal de salud tiene un valor instrumental mayor durante la emergencia médica. Y es por el valor instrumental que tienen para hacer frente a la epidemia que se debe de dar prioridad a dicho personal de salud. Es importante notar que *no se le debe de dar prioridad a todo el personal de salud*, sino únicamente al personal que se enfrenta a la emergencia de COVID-19. Por ejemplo, un dermatólogo que no está haciendo frente a la epidemia de COVID-19 no debe de recibir atención prioritaria. Un profesional de enfermería que está haciendo frente a la epidemia de COVID-19 debe de recibir atención prioritaria. Aquí ‘personal de salud’ no se entiende como únicamente las y los médicos tratantes, sino todo el personal que operan en primera línea: enfermería, terapeutas respiratorios, personal de mantenimiento que desinfecta las instalaciones, camilleros, por ejemplo.

2.7.2 Cómo resolver empates

En caso de que exista un empate en el puntaje de priorización entre dos o más pacientes el proceso para resolverlo será el siguiente. En un primer momento se deberá de recurrir al principio vida-completa. Ello quiere decir que pacientes más jóvenes han de recibir atención de cuidados intensivos sobre pacientes de mayor edad. Las categorías de edad propuestas son: 0-12, 12-40, 41-60, 61-75, y +75. Si recurrir al principio de vida-completa no desempata a los pacientes entonces la decisión sobre quién recibirá acceso a los recursos escasos deberá de tomarse al azar.^x Cuando los pacientes se encuentren empatados hay que tomar en cuenta que la tasa de mortalidad por COVID-19 no es la misma entre los sexos.

Recurrir al principio de vida-completa no discrimina injustamente a las personas comparativamente más viejas. Esto es así pues la persona que no recibe tratamiento ha gozado de un bien, vivir una vida que incluye más etapas, por más tiempo. Esto quiere decir que la persona de menor edad está en una situación donde perdería mucho más si no accede a los recursos escasos de medicina crítica. Lo que perdería es la posibilidad de obtener el bien de vivir una vida que incluye más etapas.

2.8 Reevaluación de la provisión activa de cuidados críticos

Durante la emergencia de salud pública el objetivo principal de salvar la mayor cantidad de vidas, en primer lugar, y la mayor cantidad de vidas-por-completarse, en segundo lugar, hace necesario que se reevalúe de manera periódica la provisión activa de cuidados críticos. Por ejemplo, el uso

^x Decisión aleatoria es una manera internacionalmente aceptada dentro de la comunidad científica para hacer asignaciones al azar simples entre dos opciones.²⁰

de ventilación mecánica. De lo contrario, pacientes que es muy improbable que sobrevivan utilizarán recursos escasos por mayor tiempo del cual les proporciona beneficio clínico, poniendo en peligro el objetivo de salud pública. El proceso de reevaluación será el siguiente.

2.8.1 Proceso de reevaluación

Todos los pacientes que se encuentren en la unidad de cuidados críticos serán puestos en un periodo de evaluación inicial. El periodo de evaluación inicial será determinado de acuerdo con las características particulares de la enfermedad. La duración del periodo de evaluación inicial deberá de modificarse de acuerdo con los últimos datos científicos validados. Si durante el periodo de evaluación inicial el paciente se deteriora de manera catastrófica (por ejemplo, shock refractario), el equipo de triaje podrá tomar la decisión de suspender dicho periodo de evaluación.

El equipo de triaje realizará periódicamente reevaluaciones de pacientes en las salas de cuidados críticos. Durante la reevaluación del paciente se recalculará el puntaje de priorización de acuerdo con la severidad de la enfermedad, y nuevas complicaciones. A las y los pacientes que muestren mejoría se les permitirá continuar siendo tratados en la unidad de cuidados críticos. A las y los pacientes que muestren una declinación clínica substancial de acuerdo con estándares clínicos objetivos y de la escala SOFA, se les retirará la atención de cuidados críticos. Esto incluye, por ejemplo, retirar la ventilación mecánica asistida. *Retirar al paciente de cuidados críticos solo se realizará después de que esta decisión le sea comunicada al paciente y/o a sus familiares.* Y que ellos a su vez tengan la oportunidad de apelar la decisión. La decisión les será comunicada por el Oficial de Triage, como quedó antes establecido. El médico tratante podrá participar al dar la noticia al paciente o a sus familiares, si así lo desea.

2.9 Tratamiento clínico para pacientes que no califican para recibir cuidados críticos

Los pacientes que no califican para recibir cuidados críticos deben continuar recibiendo tratamiento médico. Dicho tratamiento debe de incluir manejo de síntomas (por ejemplo: disnea, fiebre, y delirio) y soporte psicológico. Se debe de evaluar a dichos pacientes de manera constante para determinar si cambios en su estatus clínico, y en la disponibilidad de cuidados críticos, hacen que sean candidatos para ser admitidos en la sala de cuidados críticos. Proveer soporte psicológico requiere que los recursos materiales existan para acompañar lo mejor posible al paciente en el proceso de muerte y facilitar, considerando las condiciones de precaución para evitar contagios, que pueda darse en la despedida entre paciente y familiares. Cuando no sea posible, por cuestiones sanitarias, que los familiares estén presentes se debe de recurrir a la tecnología, por ejemplo, llamadas o video-llamadas. Los equipos de cuidados paliativos, en los lugares donde existan, deben ser notificados de la decisión, para que ellos se hagan cargo del paciente. Sino hubiera equipo de cuidados paliativos, o este no estuviera disponible, el equipo médico tratante deberá proveer dichos cuidados.^{xi}

^{xi} Véase nota al pie de página ^{ix} de este documento. Esta guía trata de resolver algunos de los problemas bioéticos que surgen durante una emergencia de salud pública, y disminuir la angustia moral que enfrentará el personal de salud ante la necesidad de asignar recursos escasos de medicina crítica. Por tanto, se ha cuidado que la distribución de los recursos limitados no se lleve a cabo de manera arbitraria o discriminatoria, sino con criterios de atención a la salud pública en una situación de emergencia sanitaria y ante la carencia de equipos suficientes en medicina crítica.

La presente guía encuentra sustento constitucional en lo ordenado por el artículo 73, fracción XVI secciones 1ª, 2ª, y 3ª, en donde se previene que el Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, que sus disposiciones generales serán obligatorias en el país y en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud

Referencias

1. Wu, Z. & McGoogan, J. M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* **323**, 1239–1242 (2020).
2. White, D. B., Katz, M. H., Luce, J. M. & Lo, B. Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions. *Ann. Intern. Med.* **150**, 132–138 (2009).
3. University of Pittsburgh. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency. (2020).
4. WHO. WHO Task Force on Donation and Transplantation of Human Organs and Tissues. *Transplantation* <http://www.who.int/transplantation/donation/taskforce-transplantation/en/> (2020).
5. Murthy, S., Leligdowicz, A. & Adhikari, N. K. J. Intensive Care Unit Capacity in Low-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS ONE* **10**, (2015).
6. Wilkinson, M. & Wilkinson, S. The Donation of Human Organs. in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (ed. Zalta, E. N.) (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019).
7. Hassoun, N. & Herlitz, A. Distributing global health resources: Contemporary issues in political philosophy. *Philos. Compass* **14**, e12632 (2019).
8. Bickenbach, J. Disability and Health Care Rationing. in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (ed. Zalta, E. N.) (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2016).
9. McIntyre, A. Doctrine of Double Effect. in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (ed. Zalta, E. N.) (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019).
10. FitzPatrick, W. J. The Doctrine of Double Effect: Intention and Permissibility. *Philos. Compass* **7**, 183–196 (2012).
11. American Thoracic Society Bioethics Task Force. Fair allocation of intensive care unit resources. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* **4 Pt 1**, 1282–1301 (1997).
12. John, T. M. & Millum, J. First Come, First Served? *Ethics* **130**, 179–207 (2020).
13. Langford, M. J. Who should get the kidney machine? *J. Med. Ethics* **18**, 12–17 (1992).

tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

Igualmente se han atendido los disposiciones de la Ley General de Salud, particularmente en lo establecido en los artículos 181 y 356 de dicha ley, en donde se establece, en el primero de los artículos mencionados que: En caso de epidemia de carácter grave peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país, la Secretaría de Salud dictará inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud, a reserva de que tales medidas sean después sancionadas por el Presidente de la República.

En lo que se refiere al artículo 356 de la ley mencionada, este ordena que: Cuando las circunstancias lo exijan, se establecerán estaciones de aislamiento y vigilancia sanitarios en los lugares que determine la Secretaría de Salud y, en caso de emergencia sanitaria, la propia Secretaría podrá habilitar cualquier edificio como estación para ese objeto.

Por otra parte y en los términos del artículo 128 de la Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 Y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en caso de que se soliciten suspensiones por vía de amparo respecto de las decisiones tomadas con apego a la presente guía, las mismas deberán ser denegadas, ello en virtud de lo establecido por la fracción II del artículo en comento, ya que por tratarse de una pandemia, así decretada por la propia Organización Mundial de la Salud, debe imperar el interés colectivo sobre el interés particular.

Lo que se ratifica, además, en los artículos 129 fracción V, 131 en su parte final y muy particularmente en el artículo 138 de la citada ley, mismo que establece que: “Promovida la suspensión del acto reclamado el órgano jurisdiccional deberá realizar un análisis ponderado de la apariencia del buen derecho, la no afectación del interés social y la no contravención de disposiciones de orden público...”

14. Persad, G., Wertheimer, A. & Emanuel, E. J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet* **373**, 423–431 (2009).
15. Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. *Principles of biomedical ethics*. (Oxford University Press, 2001).
16. Powers, M., Faden, R. R. & Faden, R. R. *Social justice: the moral foundations of public health and health policy*. (Oxford University Press, USA, 2006).
17. de Lazari-Radek, K. & Singer, P. *The point of view of the universe: Sidgwick and contemporary ethics*. (OUP Oxford, 2014).
18. Broome, J. Selecting people randomly. *Ethics* **95**, 38–55 (1984).
19. Persson, I. What makes death bad for us? *J. Med. Ethics* **41**, 420–421 (2015).
20. Lin, Y., Zhu, M. & Su, Z. The pursuit of balance: An overview of covariate-adaptive randomization techniques in clinical trials. *Contemp. Clin. Trials* **45**, 21–25 (2015).

Recursos de apoyo:

Bioethics Toolkit Resources for COVID-19, 19 de Marzo 2020, Bioethics.net y the American Journal of Bioethics, disponible en: <http://www.bioethics.net/2020/03/bioethics-toolkit-resources-for-covid-19/>

Organización de los Estados Americanos (OEA), Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad, Departamento de Inclusión Social (2020), Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19, En Las Américas, Disponible en: [file:///Users/marichuymedina/Downloads/GUIA_SPA.pdf.pdf%20\(1\).pdf](file:///Users/marichuymedina/Downloads/GUIA_SPA.pdf.pdf%20(1).pdf)

Redactores:

Dra. María de Jesús Medina Arellano, investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, miembro del comité de ética del Consejo de Salubridad General, miembro del Colegio de Bioética, A.C., miembro del Consejo Directivo de la Asociación Mundial de Bioética (*International Association of Bioethics*) y consejera del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética en México.

Dr. César Palacios-González, investigador y coordinador de la Maestría en Ética Práctica del Centro Uehiro de Ética Práctica de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Oxford, miembro del comité de ética del Consejo de Salubridad General y miembro del Colegio de Bioética. A.C.

Colaboradores:

Dra. Asunción Álvarez del Río, profesora e investigadora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, miembro del Colegio de Bioética, A.C. y consejera de Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C.

Dr. Roberto Blancarte Pimentel, investigador del Colegio de México y miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dra. Pauline Capdevielle, investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dr. Raymundo Canales de la Fuente, médico del Instituto Nacional de Perinatología, consulta externa de embarazo de alto riesgo y miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dr. Juan Antonio Cruz Parcero, investigador del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM y miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dra. Julieta Gómez Avalos, médica por la UNAM y miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dra. Patricia Grether González, vicepresidenta del Colegio de Bioética, A.C.

Dr. Héctor Augusto Mendoza Cárdenas, profesor de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León, miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dr. Gustavo Ortiz Millán, investigador del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM, miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dr. Luis Muñoz Fernández, médico patólogo, investigador y docente universitario en Aguascalientes, miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dr. Patricio Santillán-Doherty, director médico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), presidente del Colegio de Bioética, AC. y consejero del Consejo Consultivo de la Comisión Nacional de Bioética.