

# Derecho a la salud, emergencia sanitaria por Covid-19 y *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*

Carlos Sergio Quiñones Tinoco\*

## RESUMEN:

La salud, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud “es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades”; de acuerdo con esta concepción, la salud descansa en la esfera de casi todas las interacciones sociales y culturales y es con estas interacciones un componente sinérgico de bienestar individual y social; la OMS considera que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, por lo que es necesario garantizar el acceso a los servicios de salud. Diversos instrumentos normativos de carácter internacional consideran el Derecho a la Salud como un derecho humano. En armonía con esos instrumentos, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se garantiza el derecho a la salud y en la Ley General de Salud se encuentran las disposiciones que garantizan este derecho en la vertiente de su protección. Ante la emergencia sanitaria por la propagación del virus SARS-CoV2, causante de la enfermedad COVID-19, se construyó un marco normativo para hacerle frente a la epidemia. Como complemento de ese marco normativo el Consejo General de Salubridad a través del Comité de Ética emitió la *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia* en la

\* Doctor en Derecho por la Universidad Juárez del Estado de Durango; Profesor-Investigador adscrito al Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UJED; miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I; Catedrático de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la UJED.

que se establecen los principios para la toma de decisiones de triaje, para conjugar y conciliar deberes jurídicos con deberes morales.

## PALABRAS CLAVE:

Derecho a la Salud, emergencia sanitaria, Guía bioética.

## ABSTRACT:

Health, as defined by the World Health Organization "is the complete state of physical well-being, mental and social and not just the absence of diseases"; according to this conception, health rests in the sphere of almost all social and cultural interactions and is with these interactions a synergistic component of individual and social well-being; WHO considers that the enjoyment of the maximum degree of health that can be achieved is one of the fundamental rights of every human being, so it is necessary to ensure access to health services. Various international regulatory instruments regard the Right to Health as a human right. In harmony with these instruments, the Political Constitution of the United Mexican States guarantees the right to health and the General Health Law provides the provisions guaranteeing this right in the area of its protection. In the face of the health emergency from the spread of the SARS-CoV2 virus, which causes COVID-19 disease, a regulatory framework was built to address the epidemic. In addition to this regulatory framework, the

General Council of Health through the Ethics Committee issued the *Bioethics Guide to the Allocation of Limited Resources of Critical Medicine in an Emergency Situation* which lays down the principles for triage decision-making, to combine and reconcile legal duties with moral duties.

**KEYWORDS:**

Right to Health, Health Emergency, Bioethical Guide.

## 1. NOCIONES PRELIMINARES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud: “La salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades”<sup>1</sup>; esta definición tiene en cuenta a las mujeres y hombres en sus diferentes relaciones humanas. Esto significa que la salud descansa en la esfera de casi todas las interacciones sociales y culturales y es con estas interacciones un componente sinérgico de bienestar individual y social. De lo anterior se infiere que el concepto de salud general se compone de:

- El estado fisiológico de equilibrio;
- El estado de adaptación al medio, biológico y sociocultural, y
- La perspectiva biológica y social, o sea, las relaciones sociales<sup>2</sup>.

El bienestar físico que corresponde a la salud es el bienestar indefinible e inconsciente. Esto ocurre cuando las funciones de nuestro organismo se realizan dentro del equilibrio entre el desgaste de las partes de nuestro cuerpo cuando utiliza íntegramente la energía que proporciona la alimentación adecuada y elimina completa y oportunamente sus desechos. El bienestar mental se refiere al factor psicológico del individuo; su psiquis en equilibrio es la proyección adecuada hacia todo lo que le rodea y la percepción correcta de todo lo que constituye su entorno, mujeres y hombres viven proyectándose hacia sus semejantes en razón de sus actos afec-

tivos, volitivos e intelectuales; la actividad mental debe ser grata al propio individuo y aceptable y armónica para los demás o por lo menos para un buen número de ellos; esto es lo que significa el bienestar mental: que el individuo exista complacido y complaciente con respeto a su espíritu. Y el bienestar también debe serlo en lo social; es necesario que mujeres y hombres vivan en armonía con la sociedad, sin alterar su orden; que si buscan una modificación al orden establecido los guíen un pensamiento producido de una mente sana y con sentido de mejoramiento y de verdadero progreso<sup>3</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”<sup>4</sup>. Para lograrlo es necesario garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, y también se debe promover una cobertura sanitaria universal.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, celebrada en 1978 conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (OMS-UNICEF), definió a la salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; considerándola como un derecho fundamental, y como un objetivo social de suma importancia, lograr el más alto grado posible de la misma en el mundo. La salud es un bien necesario y un factor indispensable para un buen desarrollo económico y social<sup>5</sup>.

La salud es uno de los valores fundamentales e inherentes al individuo, y también para la colectividad, pues sin una comunidad sana es difícil programar el desarrollo social. “Así, la necesidad de proteger la salud individual y colectiva es de tal magnitud e importancia que se ha considerado, junto con la educación, uno de los

1 Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/governance/ab/constitution/es/>

2 La definición de la salud según la OMS – Infografía. [www.axahealthkeeper.com./blog/la-definicion-de-salud-la-oms-info-grafia/](http://www.axahealthkeeper.com./blog/la-definicion-de-salud-la-oms-info-grafia/)

3 Definición de la salud según la OMS. Medicina Natural Salud OMS. [www.innatia.com/s/c-medicina-china/a-salud-oms-html](http://www.innatia.com/s/c-medicina-china/a-salud-oms-html)

4 OMS | La salud es un derecho humano fundamental. <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

5 Conferencia Internacional de atención Primaria de Salud. Alma Ata. URSS. [https://www.paho.org/dmdocuments/2010/APS\\_Alma\\_At-Declaracion-1978.pdf](https://www.paho.org/dmdocuments/2010/APS_Alma_At-Declaracion-1978.pdf)

indicadores que gradúan el desarrollo de una nación”<sup>6</sup>; por ello es innegable la vinculación que existe entre el mejoramiento de la salud con el bienestar de la población; Mariano Palacios Alcocer sostiene que “el mejoramiento de la salud es uno de los retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan la justicia social”<sup>7</sup>.

Por lo anterior es posible señalar que el derecho a la salud comprende en su conceptualización tanto libertades y derechos, como son: a) la libertad de cada persona para controlar su salud y su cuerpo sin injerencias, y b) el derecho de todas las personas de poder acceder al grado máximo de salud<sup>8</sup>.

Considero que la garantía, tanto para el ejercicio de la libertad y como del derecho referidos, deriva de la prestación de los servicios de salud. Los servicios de salud los constituyen aquellas acciones que se realizan en beneficio de los individuos y de la sociedad, dirigidas a la protección, promoción y restauración de la salud de las personas y de la sociedad; los servicios de salud son de tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social<sup>9</sup>.

La atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan a las personas para proteger, promover y restaurar su salud; constituyen acciones de atención médica: a) Las preventivas, que incluyen las acciones de promoción general y las de protección específica; b) Las curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y c) Las de rehabilitación, que comprenden acciones que pretenden corregir las discapacidades físicas o mentales<sup>10</sup>.

En cuanto a las acciones de salud pública, son las que se encaminan a garantizar el derecho a la protección de la salud, y son la medicina preventiva y los servicios de primer nivel<sup>11</sup>.

Por su parte, la asistencia social es el conjunto de acciones destinadas a modificar y me-

jorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral, así como a la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, para lograr su incorporación a una vida plena y productiva<sup>12</sup>.

## 2. EL DERECHO A LA SALUD

El Derecho a la Salud se concibe como un derecho fundamental tanto en instrumentos internacionales como en la Constitución Mexicana, cuya garantía de protección corresponde al Estado. De acuerdo con María Elena Lugo Garfias, el derecho a la salud se conforma con los siguientes elementos:

1. Un estado o nivel de bienestar físico, mental y social,
2. Un componente del nivel de vida adecuado, como medida para la preservación de la salud o bien como facilidades, bienes, servicios y condiciones relacionadas con determinantes sociales,
3. Como nivel de salud física y mental con riesgos ya detectados que se deben atender,
4. Como nivel de bienestar físico, mental y social al que corresponden actividades de tipo preventivo,
5. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, y
6. El derecho a la protección de la salud<sup>13</sup>.

La misma autora señala que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye entre sus principios constitucionales el siguiente “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y es que el segundo componente del principio es sólo una parte del origen y estudio de la medicina y de la clínica y por tanto de la salud. En cambio, mantener la salud implica la consideración de otros elementos de carácter económico, ambiental,

12 *Íd.*

13 Lugo Garfias, María Elena. *El Derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*. CNDH, México, 2015, p. 149. [https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib\\_DerSalud-Mexico.pdf](https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSalud-Mexico.pdf)

6 Moctezuma Barragán, Gonzalo. *Los derechos de los usuarios de los servicios de Salud*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2000, p. 6

7 Citado por Moctezuma Barragán, Gonzalo, *op. cit.*, p. 6.

8 Salud y derechos humanos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

9 Moctezuma Barragán, *op. cit.*, p. 11.

10 *Ibidem*, p. 12.

11 *Ídem*.

político y social. La protección de la salud ha sido reconocida como un derecho humano y fundamental en los documentos de derecho internacional de los derechos humanos y constitucionales de diversos países, por lo que su destinatario es todo ser humano y no admite distinciones<sup>14</sup>.

Entre los instrumentos de carácter internacional destacan los siguientes:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos, fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A (III). Esta Declaración establece los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero. En el artículo 25 dispone que:

Artículo 25.

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

En esta disposición se establece el derecho a la salud como un componente de un nivel de vida adecuado juntamente con la garantía de otros derechos fundamentales y cuyo disfrute es esencial para lograr el mantenimiento de la salud.

2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Políticos, Sociales y Culturales (PIDESC), Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y en vigor a partir del 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. En el artículo 12 se establecen las disposiciones para

la protección de la salud, el cual es del tenor siguiente:

Artículo 12

1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En esta disposición el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute de la salud física y mental en el nivel más alto posible va acompañado del establecimiento de las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto, a efecto de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, considerando las diversas intervenciones que deben llevarse a cabo para lograr la efectividad de la protección de la salud.

3. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre fue aprobada el 02 de mayo de 1948, por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá, la misma que dispuso la creación de la Organización de los Estados Americanos (OEA), fue el primer acuerdo internacional sobre derechos humanos, anticipándose a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual fue sancionada seis meses después. Su importancia deriva del hecho de que a pesar de que no forma parte de la Carta de la OEA y tampoco es un Tratado,

14 *Ibidem*, pp. 149 y 150.

algunos países miembros de la OEA, como es el caso de México, le han otorgado jerarquía constitucional. En relación con el derecho a la salud, dispone en el artículo XI lo siguiente:

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Es de advertirse en esta disposición que el derecho a la salud se encuentra apuntalado explícitamente con el deber correlativo del Estado de tutelar este derecho con la aplicación de medidas sanitarias y sociales encerrando la idea de que la salud es un estado de bienestar físico y social como la concibe la Organización Mundial de la Salud

4. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", este instrumento de carácter internacional fue aprobado el 17 de noviembre de 1988 en la ciudad de San Salvador, como Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a la Convención Americana sobre Derechos Humanos celebrada en la ciudad de San José, Costa Rica del 07 al 22 de noviembre de 1969, por lo que es conocida como "Pacto de San José", y se funda en, entre otras estimaciones, la siguiente:

Considerando que la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que pueden someterse a la consideración de los Estados Parte reunidos con ocasión de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos proyectos de protocolos adicionales a esa Convención con la finalidad de incluir progresivamente en el régimen de protección de la misma otros derechos y libertades.

En materia de Derecho a la Salud, este Protocolo establece en el artículo 10 lo siguiente:

#### Artículo 10 Derecho a la Salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
  - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad;
  - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
  - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
  - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
  - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
  - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

En esta disposición del Protocolo se concibe a la salud con el mismo enfoque de la Organización Mundial de la Salud y demanda el reconocimiento de la salud, por los Estados Partes, como un bien público, lo que significa que la atención a la salud mediante acciones positivas por parte del Estado, es necesaria para el desarrollo social, económico y democrático.

En el contexto nacional, el derecho a la protección de la salud alcanzó rango constitucional desde el año 1983, al adicionarse al artículo 4° de la Carta Magna el siguiente párrafo:

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federa-

ción y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

De acuerdo con lo anterior, el derecho a la protección de la salud es un derecho humano, cuyo reconocimiento significa el ejercicio de acciones positivas del Estado mexicano, ejecutadas a través del sistema de salud para el bienestar.

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, reglamentaria del derecho a la protección de la salud dispuesto en el artículo 4° constitucional, párrafo cuarto; el artículo 1° de esta Ley establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Conforme al artículo 2°, el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. (Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados); el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y

la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Para concretar el derecho de protección a la salud, la Ley previene la creación del Sistema Nacional de Salud, siendo una de sus principales funciones la siguiente: Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.

De acuerdo con el artículo 23 de la Ley General de Salud, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; el artículo 24, establece que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: I. De atención médica; II. De salud pública, y III. De asistencia social.

La Ley General de Salud en su artículo 27 establece que los servicios de salud incluirán: 1. entre las actividades preventivas: la educación, *la prevención y control de enfermedades*, la planificación familiar, la promoción y mejoramiento de la nutrición, 2. entre las de atención médica: *la médica integral*, la materno infantil, la de adultos mayores, la mental, la bucodental, la disponibilidad de medicamentos e insumos, y 3. las de asistencia social respecto de grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos los pertenecientes a comunidades indígenas.

### **3. DERECHO A LA SALUD Y EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19**

El anterior marco jurídico armonizado de Derecho Internacional a la salud y Derecho Interno nacional para garantizar el derecho de protección a la salud, ha concretado un conjunto de acciones emprendidas por las autoridades sanitarias y un marco legal reglamentario del párrafo cuarto del artículo 4° constitucional y de la Ley General de Salud para hacer frente a la propagación del virus SARS.CoV-2, causante

de la enfermedad COVID-19, bajo el enfoque de prevención, protección y atención de la salud establecido en los instrumentos internacionales relacionados en el apartado anterior de este trabajo y las disposiciones constitucionales y legales.

Con fundamento en artículo 73 constitucional, fracción XVI, bases 1ª, 2ª y 3ª, que disponen lo siguiente:

- 1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.
- 2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.
- 3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

y en atención a que los primeros contagios en el territorio nacional se dieron en los últimos días del mes de febrero de 2020, los cuales fueron en ascenso en los días siguientes, el Secretario de Salud, con fundamento en las disposiciones constitucionales antes referidas y en la Ley General de Salud, emitió un Acuerdo *Por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*, en el que se destacan las siguientes medidas preventivas: 1. Para los efectos del acuerdo se entenderá por medidas preventivas, aquellas intervenciones comunitarias definidas en la “Jornada Nacional de Sana Distancia”, que tienen como objetivo el distanciamiento social para la mitigación de la transmisión poblacional de virus SARS-CoV2 (COVID-19), disminuyendo así el número de contagios de persona a persona y por ende el de propagación de la enfermedad, con especial énfasis en grupos vulnerables, permitiendo además que la carga de enferme-

dad esperada no se concentre en unidades de tiempo reducidas, con el subsecuente beneficio de garantizar el acceso a la atención médica hospitalaria para los casos graves; 2. Evitar la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y otros lugares concurridos, a los adultos mayores de 65 años o más y grupos de personas con riesgo a desarrollar enfermedad grave y/o morir a causa de ella, quienes en todo momento, en su caso, y a manera de permiso con goce de sueldo gozarán de su salario y demás prestaciones; 3. Suspender temporalmente las actividades escolares en todos los niveles, hasta el 17 de abril del 2020, conforme a lo establecido por la Secretaría de Educación Pública; 4. Suspender temporalmente las actividades de los sectores público, social y privado que involucren la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas a partir de la entrada en vigor del Acuerdo y hasta el 19 de abril del 2020; 5. Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las organizaciones de los sectores social y privado, deberán instrumentar planes que garanticen la continuidad de operaciones para el cumplimiento de sus funciones esenciales relacionadas con la mitigación y control de los riesgos para salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) y garantizar los derechos humanos de las personas trabajadoras; 6. En el sector privado continuarán laborando las empresas, negocios, establecimientos mercantiles y todos aquéllos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia; 7. Las relaciones laborales se mantendrán y aplicarán conforme a los contratos individuales, colectivos, contratos ley o Condiciones Generales de Trabajo que correspondan, durante el plazo al que se refiere este Acuerdo; 8. Suspender temporalmente y hasta nuevo aviso de la autoridad sanitaria, los eventos masivos y las reuniones y congregaciones de más de 100 personas; 9. Cumplir las medidas básicas de higiene consistentes en lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo; saludar aplicando las recomendaciones de sana distancia (evitar saludar de beso, de mano o abrazo) y recuperación efectiva para las personas que presenten

síntomas de SARS-CoV2 (COVID-19) (evitar contacto con otras personas, desplazamientos en espacios públicos y mantener la sana distancia, durante los 15 días posteriores al inicio de los síntomas), y 10. Las demás que en su momento se determinen necesarias por la Secretaría de Salud, mismas que se harán del conocimiento de la población en general, a través del titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Quedó establecido, además, en este Acuerdo, que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán mantener coordinación con la Secretaría de Salud, la que deberá ser la única instancia responsable de la emisión y manejo de la información oficial, así como de la interpretación para efectos administrativos del Acuerdo y la resolución de los casos no previstos en el mismo. Este acuerdo entró en vigor el mismo día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

El anterior Acuerdo fue sancionado por el Presidente de la República mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de marzo de 2020, *Por el cual se sanciona el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*. Este Decreto dispuso además que: “La Secretaría de Salud, a través de su Titular, realizará todas las acciones que resulten necesarias, a efecto de dar seguimiento a las medidas previstas en el presente Decreto e informará cada veinticuatro horas al Presidente de la República sobre la situación existente” Este Decreto entró en vigor el mismo día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y tendrá la misma vigencia del Acuerdo que sanciona.

Con fundamento en las disposiciones constitucionales y legales antes referidas y las que le otorga el artículo 89, fracción I de la Constitución, al Presidente de la República, con fecha 27 de marzo de 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, Decreto emitido por el Mandatario, *Por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria*

*generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*, por el cual se establecieron “acciones adicionales extraordinarias a efecto de salvaguardar la integridad y la salud de los mexicanos ante la situación de emergencia que afecta al país”, cuyas disposiciones son del tenor siguiente:

ARTÍCULO PRIMERO. El objeto del presente Decreto es declarar diversas acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general, para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

ARTÍCULO SEGUNDO. Para efectos del artículo anterior, la Secretaría de Salud podrá implementar de manera inmediata, además de lo previsto en el artículo 184 de la Ley General de Salud, las acciones extraordinarias siguientes:

- I. Utilizar como elementos auxiliares todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes en las regiones afectadas y en las colindantes;
- II. Adquirir todo tipo de bienes y servicios, a nivel nacional o internacional, entre los que se encuentran, equipo médico, agentes de diagnóstico, material quirúrgico y de curación y productos higiénicos, así como todo tipo de mercancías y objetos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla;
- III. Importar y autorizar la importación, así como la adquisición en el territorio nacional de los bienes y servicios citados en la fracción anterior, sin necesidad de agotar trámite administrativo alguno, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontar la contingencia objeto de este Decreto;
- IV. Llevar a cabo las medidas necesarias para evitar la especulación de precios y el acopio de insumos esenciales necesarios de los bienes y servicios a que se refiere la fracción II del presente artículo, y



IV. Las demás que se estimen necesarias por la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO TERCERO. Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán coordinarse y brindar los apoyos que sean requeridos por la Secretaría de Salud para la instrumentación de las medidas de mitigación y control de la enfermedad causada por el SARS-CoV2 (COVID-19) en nuestro país.

Con fecha 30 de marzo de 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo del Consejo General de Salubridad por el que *Se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS CoV-2 (COVID-19)*, en el que se estableció además que “La Secretaría de Salud determinará todas las acciones que resulten necesarias para atender la emergencia”. Este acuerdo entró en vigor el mismo día de su publicación, conservando su vigencia hasta el día 30 de abril de 2020.

Con fecha 31 de marzo, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo emitido por el Secretario de Salud *Por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2*, estableciendo como medida extraordinaria, que los sectores público, social y privado deberán establecer una serie de medidas, de las que destaco las siguientes: 1. La suspensión inmediata, del 30 de marzo al 30 de abril de 2020, de las actividades no esenciales, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV2 en la comunidad, para disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte por COVID-19 en la población residente en el territorio nacional; 2. La definición de actividades esenciales que podrían continuar en funcionamiento, destacando la referida a: a) Las que son directamente necesarias para atender la emergencia sanitaria, como son las actividades laborales de la rama médica, paramédica, administrativa y de apoyo en todo el Sistema Nacional de Salud. b) También los que participan en su abasto, servicios y proveeduría, entre las que destacan el sector farmacéutico, tanto en su producción como en su

distribución (farmacias); c) la manufactura de insumos, equipamiento médico y tecnologías para la atención de la salud; d) los involucrados en la disposición adecuada de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI), así como la limpieza y sanitización de las unidades médicas en los diferentes niveles de atención; 3. El exhorto a la población que no participe en actividades esenciales a cumplir resguardo domiciliario corresponsable del 30 de marzo al 30 de abril, aplicándose de manera estricta a personas mayores de 60 años de edad, en estado de embarazo o puerperio o con diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas; 4. El ordenamiento de que todas las medidas establecidas en el Acuerdo deberán aplicarse con estricto respeto a los derechos humanos de las personas. Este Decreto entró en vigor el mismo día de su publicación.

Con fecha 21 de abril de 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación diverso Acuerdo emitido por el Secretario de Salud *Por el que se modifica el similar por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, publicado el 31 de marzo de 2020*, en el que destacan las siguientes ordenanzas: 1. Se modifica la fracción I del artículo Primero del acuerdo de 31 de marzo, para ampliar la suspensión inmediata de actividades no esenciales del 30 de marzo al 30 de mayo de 2020; 2. Las medidas extraordinarias dejarán de implementarse el día 18 de mayo de 2020 en aquellos municipios del territorio nacional que a esta fecha presenten baja o nula transmisión del virus SARS-CoV2; 3. La Secretaría de Salud Federal definirá los criterios para evaluar la intensidad de la transmisión del virus SARS-CoV2, así como cualquier otro factor relacionado con el riesgo de propagación de la enfermedad y la vulnerabilidad de las poblaciones afectadas; 4. La Secretaría de Salud Federal realizará las adecuaciones que considere necesarias al sistema de vigilancia epidemiológica, y otros sistemas de información, para lograr una vigilancia especial de los pacientes que se encuentren graves y críticos a causa del virus SARS-CoV2, así como de la demanda y disponibilidad de servicios hospitalarios en el segundo y tercer nivel de atención médica; 5. La obligación de

los gobiernos de las entidades federativas de: a) Mantener actualizado el Reporte diario de ocupación, disponibilidad y atención por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) y cualquier otro que la Secretaría de Salud Federal considere necesario; b) Instrumentar las medidas de prevención y control pertinentes; c) Establecer y ejecutar los mecanismos conducentes a la reducción de la movilidad de los habitantes entre municipios con distinto grado de propagación, y d) Garantizar, en el ámbito de su competencia, la implementación adecuada y oportuna de estas medidas, e informar a la Secretaría de Salud Federal sobre su seguimiento, con la periodicidad que la propia Secretaría establezca, y 6. El deber de los gobiernos de las entidades federativas en su calidad de autoridades sanitarias y, en general, a los integrantes del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud en cada entidad, ejecutar y supervisar los planes de reconversión y expansión hospitalaria para garantizar la atención adecuada y oportuna de la salud de la población, tanto para la enfermedad COVID-19, como para cualquier otra necesidad de atención. Este Decreto entró en vigor el mismo día de su publicación.

Cierro este apartado haciendo las siguientes consideraciones: de la normatividad relacionada en líneas arriba, puede inferirse que el enfoque del Estado mexicano ante esta epidemia ha sido el de priorizar los derechos fundamentales a la vida y a la salud, con medidas de prevención para evitar el contagio masivo del virus SAR-Cov2, causante de la enfermedad COVID-19, sin menoscabo de acciones ejecutivas como han sido la reconversión de hospitales en exclusivos para la atención de dicha enfermedad –que han sido denominados “hospitales covid”–, adquisición de respiradores y otros implementos médicos, así como de protección para el personal de salud, convocatoria y capacitación para médicos que se incorporen a dichos hospitales, control epidemiológico a través de distintos mecanismos como el sistema centinela y el semáforo epidemiológico, evaluación empírica permanente a través de coordinación entre la federación y las entidades federativas, etcétera.

Es inconcuso que el marco reglamentario

relacionado antes, construido con fundamento en la Constitución y en la Ley General de Salud se dirige fundamentalmente a la circunstancia de emergencia sanitaria generada por la enfermedad COVID-19. El concepto “emergencia sanitaria” está referido al campo general de la salud pública, una emergencia sanitaria se entiende como aquella que asiste principalmente a la salud de la población general, y no únicamente por la salud de los individuos, lo cual no significa que la idea de salud pública excluya a la idea de cuidado de la salud individual.

Los rasgos de la salud pública se refieren a aspectos como la promoción y la prevención de las enfermedades y las discapacidades; el concepto de salud pública tiene una perspectiva “macronivel” de los problemas sanitarios, pues comprende además la colección y uso de datos epidemiológicos, vigilancia poblacional y otras formas de evaluación empírica, que se basa en un reconocimiento de la naturaleza multifactorial de los determinantes de la salud. Lo anterior genera una capacidad de desarrollar intervenciones efectivas al incluir factores biológicos, conductuales, sociales y ambientales, que se llevan a cabo en un nivel social general.

En el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19, el cuidado y atención de la salud individual, tanto en su prevención como en la atención, puede presentar la imposibilidad de atención a todos a quienes lo requieran, pues aunque si bien es cierto, que las medidas preventivas derivadas de los diversos Decretos y Acuerdos emitidos para la mitigación de la epidemia de la enfermedad COVID-19, buscan evitar tanto su propagación acelerada en los diversos espacios del territorio nacional, como la saturación de camas para pacientes críticos. En este último caso, se presenta un conflicto de derechos y priorización de atención, además del componente ético que participa en esta situación de conflicto que podría presentarse, lo que debe conducir a una solución conjunta dada por el Derecho y la Ética.

#### **4. DERECHO Y BIOÉTICA**

El derecho de protección a la salud, constituye un estatuto de los derechos sociales, defini-

dos como: “aquellos derechos en virtud de los cuales el titular puede exigir un determinado comportamiento —o bien una prestación— por parte del Estado, que asume una actitud activa y debe intervenir a favor del titular, al servicio de los intereses sociales, del bien general”<sup>15</sup>. De acuerdo con esta definición, el derecho a la salud, se cimenta en el reconocimiento de valores que deben ser observados aun en situaciones extremas en las que la aplicación de las normas que amparan este derecho, no resuelve el conflicto que se puede dar entre el sistema de salud y los pacientes derechohabientes de la garantía de protección a la salud. En este contexto, el binomio Derecho-Bioética desempeña un importante papel.

La Bioética es una disciplina interdisciplinaria que va mucho más allá de la ética médica y toca a la propia filosofía de los derechos humanos.

Entre Derecho y Bioética existen tres tipos de conexiones: práctica, legislativa e interpretativa.

La conexión práctica deriva de una de las funciones de la Bioética consistente en la orientación de decisiones concretas; a través de los Comités de Bioética que existen en diversas entidades como hospitales, laboratorios, centros de investigación y empresas, médicos e investigadores reciben asesorías para apoyar las decisiones que tomen. En este contexto, el Derecho sirve como límite para la Bioética; los Comités de Bioética ajustan sus recomendaciones al derecho positivo para que quienes desempeñan las tareas en dichas entidades estén al tanto cuando su actuación sea contraria a él. La conexión legislativa constituye la fuente de razones y argumentos para que los legisladores modifiquen o creen normas jurídicas; señalan las conductas que individualmente son moralmente correctas o incorrectas, así como aquellas conductas que son moralmente justificables permitir o prohibir. La conexión interpretativa se relaciona con las formas en que se interpreta el Derecho; la discusión acerca de conceptos jurídicos básicos, el choque de prin-

cipios y derechos básicos, entre otros temas, son de interés para la Bioética, en la medida en que afecten al individuo en su autonomía y su libertad<sup>16</sup>.

La inclusión de la Bioética en los campos de la salud y el derecho debe hacerse a partir de una concepción de la dignidad de las personas como una construcción social, es decir, la construcción de una dignidad social protegida por el estatuto de los derechos sociales, como el acceso a los servicios de salud; el debate de principios éticos y jurídicos para definir cuál puede ser el mejor, no es solucionar en abstracto problemas específicos del binomio transversal Derecho-Bioética.

La relevancia de la Bioética para el Derecho consiste simplemente en su capacidad de resaltar el hecho de que no podemos tomar decisiones sociales centrales relacionadas con las ciencias biomédicas recurriendo exclusivamente al derecho y a la medicina. Se trata, por el contrario, de cuestiones de genuino interés para la ética<sup>17</sup>.

## 5. GUÍA BIOÉTICA PARA ASIGNACIÓN DE RECURSOS LIMITADOS DE MEDICINA CRÍTICA EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

El Derecho a la Salud, en su vertiente de protección a la salud es un derecho fundamental de carácter universal que no prescribe y puede ser demandada la garantía de su goce y ejercicio a las instancias del Estado competentes para la prevención y cuidado de la salud. En situaciones de emergencia sanitaria por la propagación de enfermedades, puede generarse una incapacidad de las instancias de salud para atender todos los casos de pacientes, particularmente de pacientes en estado crítico, por la insuficiencia de insumos, medicamentos, instrumentos, aparatos y personal capacitado para la atención de la salud. En el caso específico de la emergencia sanitaria por COVID-19, se enfrenta la posibilidad de que esto ocurra.

15 NORIEGA CANTÚ, Alfonso. *Los derechos sociales, creación de la Revolución de 1910 y de la Constitución de 1917*, México, 1988, p. 76. 4

16 Rivera López, Eduardo. “Derecho y bioética” (en *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho, Volumen 3*) <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3876/28.pdf>

17 *Ídem*.

El derecho a la protección de la salud de un paciente puede colisionar con igual derecho de otro paciente ante la insuficiencia de las entidades de brindar esa protección, quienes tienen un deber jurídico y un deber moral de garantizar su goce y ejercicio con todos los elementos, de los ya referidos, con que cuenten. Dándose esta hipotética situación es llegado el caso de recurrir al binomio Derecho-Bioética para la solución del conflicto.

En la estructura orgánica del Consejo General de Salubridad, se encuentra la Comisión Consultiva Científica, cuyo Comité de Ética emitió la *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*, con sustento en lo dispuesto en los artículos 1º, 2º, 4º, y 73, fracción XVI, bases 1ª y 3ª de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, 16 y 17, fracción VI de la Ley General de Salud, y 1, 9 fracciones VI, XIII, 10 fracciones II, V, VIII, 11 fracciones VIII, IX, 15 fracción V, 20 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General; y con fundamento en los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Resolución 1/2020 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos; el artículo 16 y 17 fracción VI de la Ley General de Salud; 20 y 23 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General; 2, 3 y 6 de las Reglas Internas de Operación de los Comités de la Comisión Consultiva Científica; 1, 2, 8, 9 y 16 del Reglamento interior de la Comisión Consultiva Científica, a través del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la consideración del pleno y sugerencias de las y los vocales del Consejo emite esta guía derivada de ese proceso.

Esta Guía tiene como objetivo proporcionar criterios para orientar la toma de decisiones de triaje cuando una emergencia de salud pública genera una demanda de recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer. Triage es el método de clasificación de pacientes y víctimas para determinar su estado de salud y priorizar unas intervenciones por encima de otras en casos extremos.

Enseguida se destacan los principios y mecanismos aplicables contenidos en la guía para

la toma de decisiones de triaje en la asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia:

La Guía es dinámica, por lo que entrará en operación si la capacidad existente de cuidados críticos en un determinado hospital está sobrepasada, o está cerca de ser sobrepasada, y no sea posible referir pacientes que necesitan de cuidados críticos a otros hospitales donde puedan ser atendidos de manera adecuada.

En el ámbito médico los bienes escasos son aquellos cuya demanda, en determinado contexto de atención, sobrepasa el número en existencia de bienes por repartir. Existen dos clases de bienes escasos: los bienes escasos divisibles y los bienes escasos indivisibles. Los bienes escasos divisibles son aquellos que por su naturaleza se pueden segmentar y pueden proveer una fracción de su utilidad original a un grupo de pacientes determinado. Los bienes escasos indivisibles, por otra parte, son aquellos que por su naturaleza no se pueden segmentar y solo un paciente se puede beneficiar de ellos en determinado momento.

Dado que los recursos escasos a asignar generalmente se requieren para salvar vidas, su asignación a veces es considerada como si se eligiera quién morirá. Sin embargo, la evaluación anterior del acto de asignación de recursos escasos es errónea. Lo es porque la intención del médico(a) detrás del acto de asignar recursos escasos es elegir quién sobrevivirá. La muerte, o daño que sufre, la o el otro paciente se prevé pero no se busca intencionalmente ni puede evitarse.

En la práctica médica cotidiana uno de los principios de justicia que se utiliza para asignar dichos recursos escasos es el de orden de llegada. El principio de orden de llegada se ha justificado en términos de que es eficiente, transparente, se mantiene neutro respecto a las cualidades personales y sociales de las y los pacientes, y les trata de manera equitativa.

Los principios bioéticos relevantes para dicha práctica médica son los de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En

la práctica de salud pública el objetivo primordial es que la salud de la población sea la 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.

Durante una emergencia sanitaria, como la de Covid-19, la mayor parte de la práctica médica cotidiana se subsume a la práctica de la salud pública. Es la salud pública la que cuenta con las herramientas necesarias para reorganizar todo el ámbito de la salud y hacer frente a la emergencia.

Un principio fundacional de la justicia social es que todas las personas tienen el mismo valor y los mismos derechos. Además del principio de justicia, los principios orientadores de esta guía son: dignidad humana, solidaridad y equidad. En la práctica de la salud pública lo anterior se traduce en un principio de trato justo y de no exclusión. Características como: edad, sexo, afiliación política, orientación sexual, origen étnico o nacional, discapacidades, condiciones sociales y riqueza no excluyen a ningún paciente de ser candidato para recibir atención médica.

El objetivo de la salud pública durante una emergencia de esta naturaleza es doble: tratar al mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas. Salvar la mayor cantidad de vidas requiere evaluar: i) la probabilidad de que un paciente mejore y sobreviva, y ii) el tiempo que dicho paciente utilizará los recursos escasos que pueden reutilizarse.

Se ha de procurar un reparto justo de los beneficios y de las cargas, haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles. 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, edad, género, origen étnico, orientación sexual, identidad de género, discapacidades y situación jurídica o socioeconómica.

La única característica que debe tomarse en cuenta para ser candidato(a) a la asigna-

ción de recursos escasos de medicina crítica es la posibilidad demostrable de acuerdo con la experiencia médica nacional e internacional de beneficiarse de dichos recursos médicos

Ahora, el principio de orden de llegada no se debe seguir durante una emergencia sanitaria. ¿Por qué? Porque este principio beneficia de manera injusta a las personas que viven en poblaciones urbanas y cerca de unidades hospitalarias, en comparación con aquellos pacientes que son foráneos

De igual manera, el valor social percibido de la persona no debe contar en la asignación de recursos escasos de medicina crítica. La razón es que dicho criterio supone erróneamente que las ocupaciones pueden ser objetivamente jerarquizadas y éticamente evaluadas en este contexto, y distrae la atención de las consideraciones estrictamente sanitarias

Finalmente, aunque el principio de justicia social prevalece en situaciones de emergencia sanitaria, sigue siendo importante respetar la autonomía de los pacientes. Esto quiere decir que se debe comunicar de manera clara a las y los pacientes su diagnóstico y pronóstico, así como los cursos de acción posibles dado su estado de salud y los recursos hospitalarios disponibles. Las y los pacientes deben tener la oportunidad de hacer conocer sus deseos sobre los tratamientos e intervenciones que desean, así como si han elaborado algún documento de voluntad anticipada conforme a las leyes del Estado en que se encuentren. Debe ser claro que el deseo de no ser sujeto a cierto tratamiento o intervención siempre debe de respetarse

A las y los pacientes a quienes no se les asignen recursos de medicina crítica, o a quienes se les retiren, se les debe dar dentro del hospital tratamiento de soporte, o en su caso cuidados paliativos. Lo anterior asegura el deber ético del no abandono del paciente. Que un(a) paciente no vaya a recibir recursos de medicina crítica no quiere decir que se le niegue tratamiento hospitalario.

Cada hospital donde se provea atención de medicina crítica deberá conformar equipos de triaje. Estos equipos serán los encargados de asignar los recursos escasos de medi-

cina crítica. Los equipos de triaje deberán ser nombrados conjuntamente por el director de la unidad de cuidados críticos y el director de la institución hospitalaria y deberán estar conformados, en la medida de lo posible, por las siguientes personas: a) 1er Responsable: médica(o) especialista en terapia intensiva, medicina de urgencias, neumología, medicina interna o algo afín; b) 2do Responsable: un profesional de la medicina o enfermería intensiva, de urgencias médicas, neumología o algo afín, y Administración: un(a) administrador(a) de la unidad hospitalaria.

El personal de salud médico y de enfermería que atiende directamente a pacientes, tanto en piso como en la unidad de cuidados críticos y en la unidad de emergencias, deberán participar en las deliberaciones acerca de cada caso, pero mantendrán una distancia en la toma de decisiones de triaje.

Mecanismo de triaje.- Para determinar la prioridad inicial que diferentes pacientes tienen frente a los recursos escasos de medicina crítica, el 1er Responsable, con apoyo de su equipo, aplicará el sistema establecido para la asignación de recursos escasos de medicina crítica; El 1er Responsable también reevaluará de manera periódica los expedientes de las y los pacientes que ya se benefician de recursos escasos de medicina crítica, de acuerdo con lo establecido para la reevaluación de la provisión activa de cuidados críticos.

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 1er Responsable le comunicará la decisión inicial, y de reevaluación, al personal encargado de la admisión a la unidad de cuidados críticos; 2) El 1er Responsable le comunicará la decisión al médico (a) tratante y al personal de enfermería. 3) El 1er Responsable le comunicará la decisión inicial, y de reevaluación, de manera simple y clara a las y los pacientes y/o familiares. 4) En caso de así solicitarlo, el médico (a) tratante puede, en conjunto con el 1er Responsable, informar a las y los pacientes y/o familiares sobre dicha decisión.

Sistema de apelación a la decisión de triaje. - Es importante que exista un sistema de apelación y resolución de disputas para así garantizar la justicia procedimental. Las personas que pueden apelar la decisión de triaje son: el paciente, sus familiares, o la/el médico tratante. La apelación a una 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, debe 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.

Sistema de asignación de recursos escasos de medicina crítica. - Esto incluye tanto la asignación inicial de recursos como la reasignación de recursos que ya están siendo utilizados. Durante la emergencia de salud el sistema de triaje debe 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(a) 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, de acuerdo con una escala que nos indique la probabilidad de supervivencia tanto para pacientes con Covid-19

como para pacientes sin Covid-19. 2) Reevaluar de manera periódica el puntaje de triaje de pacientes que están utilizando recursos de medicina crítica. Una vez que se haga clínicamente patente que un(a) paciente necesita de medicina crítica la evaluación de triaje deberá comenzar cuanto antes.

Cualquier intento de asignación de recursos escasos entre dos o más pacientes debe basarse en una evaluación acuciosa del paciente en cuanto a: i) Su situación presente (impacto actual de la infección en sí), ii) Su situación pasada (comorbilidades preexistentes de impacto sobre su expectativa de beneficiarse con algún tratamiento), y iii) La expectativa de supervivencia al tratamiento, de acuerdo con las características específicas de la enfermedad según afecta al organismo de distintos individuos. A la fecha, no existe ninguna escala de situación funcional, pronóstico y gravedad validada para la enfermedad por Covid-19. Ello quiere decir que no existen escalas que hayan sido publicadas en revistas arbitradas de revisión por pares donde se establezca la probabilidad de muerte por Covid-19 de acuerdo con un número determinado de variables. Siendo este el caso, toda escala validada que se utilice (MACA, APACHE3, SOFA, etc.) se deberá emplear a sabiendas de que no es específica para Covid-19. Si fuera validada una escala de situación funcional, pronóstico y gravedad específica para Covid-19, entonces dicha escala podría ser utilizada con mayor seguridad para tomar decisiones de asignación de recursos médicos escasos.

El objetivo de esta guía es dar una pauta bioética para proteger la salud de la población, entendiendo esto como salvar la mayor cantidad de vidas. 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.

Un solo hospital no deberá utilizar diferentes escalas para calcular la probabilidad de supervivencia de los pacientes, ya que esto generaría problemas de consistencia y trans-

parencia en la asignación de recursos escasos.

Casos prioritarios. - Se debe de dar prioridad de acceso a los recursos escasos de medicina crítica al personal de salud que combate la emergencia de Covid-19. Esto quiere decir que el personal de salud que hace frente a la pandemia deberá 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 comorbilidades, o su pronóstico sea tal, que sería fútil que accediera a recursos escasos de medicina crítica.

Reevaluación de la provisión activa de cuidados críticos. - Durante la emergencia de salud pública, el objetivo principal de salvar la mayor cantidad de vidas hace necesario que se reevalúe de manera periódica la provisión activa de cuidados críticos. Por ejemplo, el uso de ventilación mecánica. De otra manera, pacientes que probablemente no sobrevivan, utilizarían recursos escasos, más tiempo del que les proporcionan un beneficio clínico, disminuyendo el objetivo de salud pública.

El proceso de reevaluación será el siguiente: Todas las y los pacientes que se encuentren en la unidad de cuidados críticos serán puestos en un periodo de evaluación inicial el cual será determinado de acuerdo con el comportamiento clínico particular de la enfermedad de las personas infectadas. 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, si tuviera un 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 el proceso de reevaluación se recalculará el puntaje de priorización de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y la aparición de 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 (por ejemplo, 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, para que ellos a su vez tengan la oportunidad de apelar la decisión.

Tratamiento clínico para pacientes que no califican para recibir cuidados críticos. - Las y los pacientes que no califican para recibir cuidados críticos deben continuar recibiendo atención hospitalaria dirigida especialmente al manejo de síntomas (por ejemplo: fiebre, delirio y, sobre todo disnea que sería el síntoma que más angustia podría causar). Se buscará que las y los pacientes tengan el mejor final de vida posible, de preferencia atendidos por personal de cuidados paliativos. De no ser esto posible, entonces la atención será provista por el personal de salud disponible, que deberá estar informado de las recomendaciones de las y los expertos en cuidados paliativos. Es sumamente importante aliviar los síntomas de pacientes que requieren ventilación y no la reciben. Si la medicación no es suficiente para aliviar los síntomas se debe considerar la sedación, no con la intención de provocar la muerte, pero sí con la intención de que el paciente termine su vida sin sufrimiento. La sedación paliativa en pacientes hipóxicos, con progresión de la enfermedad no subsidiaria al tratamiento, es considerada como una expresión de buena práctica clínica y debe seguir las recomendaciones existentes. De igual manera, se debe de evaluar a dichos pacientes de manera constante para determinar si los cambios en su estatus clínico y en la disponibilidad de cuidados críticos hacen que sean candidatos(as) para ser admitidos(as) 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 la despedida entre paciente y familiares. Cuando no sea posible que los familiares estén presentes, por cuestiones sanitarias, se debe de recurrir a la tecnología, por ejemplo, llamadas o video-llamadas.

Así, el instrumento que permitirá la aplicación del binomio Derecho-Bioética, en nuestro país, es la *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*, emitido para hacer frente a la emergencia sanitaria por COVID-19, aunque es de aplicación general ante cualquier situación de medicina crítica, aun cuando no sean pacientes de COVID-19.

Considero que las prevenciones contenidas en la *Guía* para la toma de decisiones de triaje se encuentran acordes con el principio de protección de la dignidad y la igualdad de las personas reconocidos por los artículos 1° y 4°, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El propósito de la *Guía* es el de conjugar y conciliar deberes jurídicos con deberes morales.

## 6. FUENTES DE CONSULTA

- Definición de la salud según la OMS - Infografía. [www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud-la-oms-infografia/](http://www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud-la-oms-infografia/)
- Definición de la salud según la OMS. Medicina Natural Salud OMS. [www.innatia.com/s/c-medicina-china/a-salud-oms-html](http://www.innatia.com/s/c-medicina-china/a-salud-oms-html)
- Lugo Garfias, María Elena. *El Derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*. CNDH, México, 2015, [https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib\\_DerSaludMexico.pdf](https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf)
- Moctezuma Barragán, Gonzalo. *Los derechos de los usuarios de los servicios de Salud*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2000.
- Noriega Cantú, Alfonso. *Los derechos sociales, creación de la Revolución de 1910 y de la Constitución de 1917*, México, 1988
- OMS | La salud es un derecho humano fundamental. <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Rivera López, Eduardo. “Derecho y bioética” (en *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho, Volumen 3*) <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3876/28.pdf>
- Salud y derechos humanos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>



## **Instrumentos normativos:**

- Acuerdo Por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) (24/03/2020).
- Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS CoV-2 (COVID-19). (30/03/2020).
- Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS- CoV2. (31/03/2020).
- Acuerdo por el que se modifica el similar por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2, publicado el 31 de marzo de 2020. (21/04/2020).
- Conferencia Internacional de atención Primaria de Salud. Alma Ata. URSS. [https://www.paho.org/dmdocuments/2010/APS\\_Alma\\_At-Declaracion-1978.pdf](https://www.paho.org/dmdocuments/2010/APS_Alma_At-Declaracion-1978.pdf)
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/governance/ab/constitution/es/>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- Decreto por el cual se sanciona el Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). (24/03/2020).
- Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) (27/03/2020).
- Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia.
- Ley General de Salud.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Políticos, Sociales y Culturales (PIDESC)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"