

Distribución ética de recursos, cuidados paliativos y otros aspectos bioéticos de relevancia en tiempos de pandemia en México

Ethical distribution of resources, palliative care, and other bioethical aspects in times of pandemic in Mexico

***Julio Tudela Cuenca,* María Elizabeth de los Ríos Uriarte,**
Jhosué Alfredo Hernández González******

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.05>

Resumen

La atención médica durante la pandemia de COVID-19 representó grandes retos éticos y bioéticos. Entre los más complejos estuvieron la distribución de recursos sanitarios y la consecuente selección de pacientes para atender sus posibilidades de supervivencia, y la incorporación de los cuidados paliativos, el consentimiento informado y las voluntades anticipadas a los protocolos de actuación y admisión de pacientes. Desde criterios utilitaristas, que pugnaban únicamente por el valor social y la utilidad, hasta criterios personalistas basados en los principios de subsidiariedad y solidaridad, la atención de los pacientes se volvió apremiante sin importar su condición. En este artículo se aborda el dilema sobre los criterios de distribución que fue profundizándose a lo largo de

* Universidad Católica de Valencia, Instituto de Ciencias de la Vida, Valencia, España. Correo electrónico: julio.tudela@ucv.es

<https://orcid.org/0000-0001-7189-4900>

** Universidad Anáhuac México, Facultad de Bioética. Huixquilucan, Estado de México. México. Correo electrónico: elizabeth.delosrios@anahuac.mx

<https://orcid.org/0000-0001-9600-445X>

*** Hospital Español. Ciudad de México. México. Correo electrónico: jhosue.hernandezg25@anahuac.mx <https://orcid.org/0000-0002-4537-5135>

Recepción: 15 de octubre de 2021. Aceptación: 07 de diciembre de 2021.

este tiempo, y se propone que la protección de la salud, siendo un derecho humano universal, no puede pasar inadvertida en pacientes con pronósticos desfavorables, proponiéndose la incorporación de cuidados paliativos en la atención médica.

Palabras clave: recursos sanitarios, bioética, COVID-19.

1. Introducción

El 31 de diciembre de 2019 fueron declarados los primeros casos de una neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China (1). Pocos días después, las autoridades chinas declaraban que el agente causante de esta infección hasta entonces desconocida era un nuevo tipo de coronavirus denominado virus SARS-CoV-2, mejor conocido como COVID-19. Con la sucesión de casos en los próximos meses se fue comprobando que la infección por este nuevo virus causaba múltiples manifestaciones clínicas, que van desde las compatibles con el resfriado común hasta neumonía, alteraciones en la coagulación, shock séptico y fallo multiorgánico (2).

Con el aumento en el número de casos globales, el 11 de marzo de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró la enfermedad COVID-19 como pandemia (3).

Pronto quedó en evidencia la fragilidad de los distintos sistemas de salud, sobre todo en países en vías de desarrollo como México, puesto que, al tratarse en sus inicios de una entidad patológica aún desconocida en el ámbito médico, su tratamiento se reduce al control sintomático, que muchas veces resulta insuficiente en cuadros graves y evoluciona hacia un deterioro irreversible, siendo necesario el empleo de los cuidados paliativos (4).

Los dilemas sobre la distribución de recursos limitados ante el incremento constante de casos confirmados surgieron rápidamente,

trastocando con ello la forma de realizar los protocolos de atención de emergencias y de brindar atención médica tanto curativa como paliativa.

Fueron indispensables criterios éticos, al igual que la búsqueda de alternativas de atención, que permitieran una justa distribución de recursos sanitarios, y proveer a los pacientes con el beneficio de un tratamiento que les fuera apropiado y no comportara peores cargas y sufrimientos.

A medida que los cuadros graves de COVID-19 se complicaban, aumentó la necesidad de contar con mecanismos de derivación de pacientes a unidades de cuidados intensivos, generando la urgencia de contar con médicos preparados y con un correcto sistema de atención médica paliativa. Los pacientes cuyos pronósticos eran reservados requerían medidas ordinarias de control de síntomas y acompañamiento psicológico; abandonarlos u omitir el cuidado no era opción.

La Asociación Internacional de Cuidados Paliativos y Hospicio define los cuidados paliativos (CP) como el cuidado holístico activo de individuos de todas las edades con Sufrimiento Severo de Salud (SHS, por sus siglas en inglés), que resulta cuando compromete aspectos críticos como físicos, sociales, espirituales y emocionales (5).

Ante estos escenarios de escasez de recursos y urgencia en la implementación de la atención paliativa en la pandemia se detectaron varias dificultades. En primer lugar, se identificó la necesidad de fortalecer e integrar los cuidados paliativos en los sistemas de salud, incluso con el uso de la telemedicina, que ha resultado un instrumento eficaz en la atención médica en tiempos de confinamiento que exige la pandemia, con el propósito de reducir el sufrimiento y el dolor de la enfermedad. En segundo lugar, la apremiante necesidad de controlar los síntomas, especialmente la disnea, que es uno de los más característicos en esta enfermedad por coronavirus. Según las instrucciones de la Junta Internacional de Control de Narcóticos (JIFE) para los gobiernos, los países deben mantener un acceso continuo a analgésicos opioides y medicamentos controla-

dos durante la pandemia, mediante la aplicación de medidas simples en la exportación, el transporte y la entrega de medicamentos opioides. En un tercer momento, se puso de manifiesto la urgencia por aliviar el sufrimiento a través de la comunicación adecuada y la contención del sufrimiento psicosocial y espiritual, así como el acompañamiento en los procesos de duelo (6).

La presencia de casos graves de COVID en pacientes próximos a morir, sitúan los cuidados paliativos como servicio de salud esencial y un componente central de la cobertura universal. Por ello, se debe exigir que se reduzcan las desigualdades en el acceso y la utilización de los servicios implicados, pues la protección de la salud es un derecho humano universal (7).¹

No obstante, los recursos sanitarios se asignaron, casi en su mayoría, en función del criterio de las posibilidades de supervivencia, dejando de lado y descartados a aquellos pacientes que, no teniendo posibilidades de evolucionar favorablemente, siguen estando vivos y merecen la atención y control de sus síntomas de cara a una calidad de vida adecuada. Lo anterior levanta cuestionamientos éticos de gran relevancia que conviene analizar.

2. Criterios de selección y consideraciones éticas

El tremendo dilema de decidir quién puede ser el destinatario de estos medios o de la atención médica imprescindible debe dirimirse siguiendo estrictamente criterios sólidos y bien fundamentados, que promuevan la correcta aplicación de los principios bioéticos, sin caer en discriminaciones injustas.

Circunstancias de conflicto bélico, catástrofes medioambientales o pandemias plantean este dramático desequilibrio entre medios disponibles y necesidades de atención. En tales circunstancias se impone la necesidad de decidir a quién se destinan los recursos y a quién no, aun a riesgo de comprometer su curación o supervivencia.

Ante una situación como la actual pandemia por coronavirus, y ante la necesidad de utilizar muchos recursos relacionados con los cuidados intensivos, que incluyen medios de respiración asistida invasiva, la demanda de pacientes que pueden necesitar este soporte vital puede llegar a exceder con mucho el número de respiradores disponibles, además del material consumible necesario para hacerlos funcionar y del personal técnico cualificado que debe aplicarlos y supervisarlos (2).

El dilema se plantea ante la disyuntiva de qué pacientes van a ser intubados y cuáles no, con las consecuencias que pueden derivarse de estas decisiones. De forma análoga, el dilema puede plantearse ante la necesidad de intervenir quirúrgicamente o de atender cualquier otra urgencia con riesgo vital.

Es la aplicación «catastrófica» del principio de justicia, que obliga a «desistir del tratamiento» en pacientes que, en otras circunstancias, pudieran recuperarse si los recursos fueran suficientes. El criterio de aplicarlos a los pacientes con más posibilidades de supervivencia y con menos secuelas previsibles es, en principio, el adecuado, el menos malo, sabiendo que se adopta una decisión en la que se da el doble efecto, por el que morirán pacientes que hubieran podido sobrevivir tras tomar la decisión selectiva, pero que constituye la única posibilidad existente, sin alternativas.

Si este criterio selectivo se aplica correctamente, en realidad no se estaría dejando morir a pacientes como si de una forma de eutanasia se tratara, sino que se está tratando de salvar a los que más posibilidades tengan de sobrevivir con el mínimo de secuelas graves, dada la limitación de recursos. La muerte de estos pacientes no es buscada, ni tolerada siquiera, sino que es sencillamente inevitable.

Usualmente se ha recurrido al protocolo universal de asignar criterios y evaluaciones de la condición de los pacientes para poder tomar decisiones sobre a quiénes destinar qué recursos. A este protocolo se le conoce con el nombre de *triaje*.

Hay que recordar que el denominado *triaje* remonta sus orígenes a las guerras napoleónicas, cuando en el campo de batalla se debía seleccionar a qué soldados trasladar a los hospitales y a quiénes no, y los criterios que regían dicha selección tenían por base las posibilidades de supervivencia de los pacientes, si bien el imperativo ético de salvar la mayor cantidad de personas posible no siempre se lograba.

En el contexto de la pandemia por coronavirus la recta aplicación de los principios de justicia y subsidiariedad que acompañen a esta práctica, exige que, antes de llegar a tomar decisiones como las expuestas, deben explorarse todas las alternativas posibles, que incluyen la posibilidad de derivar pacientes a otros hospitales o áreas de tratamiento; la reasignación de recursos destinados a otras necesidades para poder ser aplicados a los pacientes con riesgo vital; la planificación de los medios humanos y materiales con el fin de anticiparse a la demanda y poder hacer frente a situaciones anómalas como la que nos ocupa; la optimización de los medios disponibles, como la de compartir un mismo respirador por parte de dos pacientes, y otras que iluminen éticamente la toma de decisiones respecto de pacientes candidatos a ser atendidos de forma intensiva (8).²

Ahora bien, el enfoque de la práctica de la medicina clínica tradicional, donde generalmente no hay escasez de recursos, dista mucho de aquel en que la atención médica sufre de esta escasez. Los bienes, en su mayoría, no son divisibles y la prioridad de atención no puede decirse en función de quién llegó primero o de quién puede pagar más. Es por ello que el sistema que rige la distribución de recursos durante una emergencia sanitaria se subsume a la práctica de la salud pública, pues esta última es la que cuenta con las herramientas necesarias para reorganizar todo el ámbito de la salud y hacer frente a la emergencia. Los criterios de atención, por ende, cambian, pasando al primer lugar el de las posibilidades de supervivencia de cada paciente, sin que esto implique una omisión o abandono de los demás.

Es importante hacer énfasis en esta diferencia, ya que la aplicación de un *triaje* para la selección de candidatos al ingreso en la UCI y la aplicación de ventilación mecánica invasiva, debe restringirse, como se ha especificado, a situaciones extremas en las que la derivación de pacientes a otros centros o la habilitación de nuevos recursos se muestran insuficientes para atender debidamente la demanda en el hospital o en la unidad de cuidados intensivos. Por lo tanto, debería tratarse siempre de la última opción, no aplicable cuando los cuidados pueden suministrarse recurriendo a otros medios (3).

Cuando se ha determinado que el escenario y la urgencia de la respuesta merecen un proceso de selección, un criterio inicial para realizarlo sería la posibilidad de obtener un beneficio significativo y la reversibilidad de la gravedad del proceso en los destinatarios de los cuidados, en los que estaría indicada, por ejemplo, la ventilación mecánica invasiva. Se hace necesaria una cuidadosa valoración de las posibilidades de supervivencia de estos pacientes y la magnitud de las secuelas que pudieran sufrir en el futuro como consecuencia de la evolución de su enfermedad, por lo que se seleccionarían aquéllos con mejor pronóstico de recuperación y supervivencia con el mínimo de secuelas.

La aplicación de otros criterios de forma discriminatoria, como la edad del paciente u otras circunstancias como trastornos psíquicos, demencia o cualquier otra forma de discapacidad o dependencia, no sería aceptable bioéticamente, pues implicaría proceder en contra del respeto a la dignidad que todo ser humano posee independientemente de sus circunstancias, y se alejarían del criterio básico de selección basado en las posibilidades de supervivencia sin graves secuelas.

No obstante, aun en estas circunstancias donde el beneficio no fuera claramente identificado, el principio de respeto a la dignidad del paciente implica brindarle un tipo de atención que pueda ayudarle a sobrellevar sus síntomas, y brindarle calidad de vida durante el tiempo que le reste hasta su fallecimiento.

Sin embargo, al inicio de la pandemia, los criterios de atención fueron incorporados a los protocolos del *triaje*, en los que no se consideraron suficientemente los tratamientos de soporte o el alivio de los síntomas; es decir, la atención paliativa, sino únicamente los criterios de tratamiento y cura de la enfermedad, dejando fuera, por ende, a aquellos pacientes que presentaban la enfermedad pero que tenían pocas posibilidades de supervivencia.

Por lo anterior, estos protocolos tuvieron que irse adaptando a los requerimientos bioéticos en el terreno nacional e internacional, e incorporar, en sus evaluaciones, además de escalas objetivas de medición (9) que consideraran parámetros fisiológicos³ y no meramente juicios subjetivos con criterios utilitaristas (10), el cuarto tipo de atención médica según la Ley General de Salud de nuestro país, que es la atención paliativa. Lo anterior asegura el deber ético del no abandono del paciente, ya que el hecho de que no reciba recursos de medicina crítica enfocados a curar y revertir su condición no quiere decir que se le niegue tratamiento hospitalario (11).

A estos pacientes se les deben asegurar unos cuidados paliativos de calidad que proporcionen soporte emocional y espiritual, un impecable control de síntomas, una sedación paliativa adecuada si ésta estuviera indicada, y un acompañamiento psicológico tanto a ellos como a sus familias ante el inminente duelo (12).

Es así como los cuidados paliativos fueron reflexión central de la atención médica en esta pandemia, ya fuera por la saturación de lugares y camas en los hospitales que no podían recibir más pacientes, o fuera por el curso natural de la enfermedad que, poco a poco, se iba descubriendo que atacaba más a personas con condiciones de riesgo subyacentes como diabetes, hipertensión u otros padecimientos respiratorios o cardíacos. La necesidad de no omitir el auxilio debido y la atención médica obligada forzó a implementar derivaciones a unidades de tratamiento paliativo, o a remitir a los pacientes a un médico paliativista que les ayudara a manejar sus síntomas.

No es menos importante también que estos cuidados jugaron un papel importante ante la necesidad de comunicación de malas noticias o para un adecuado soporte emocional en el duelo de la familia (13), y una orientación de apoyo religioso y afín a las creencias religiosas de los pacientes. Incluso en aquellos que no profesan ninguna religión, el cuidado y acompañamiento espiritual resultan imperiosos en estos contextos de desesperación y sufrimiento (14).

3. Otros aspectos bioéticos en la atención de pacientes con COVID

En los pacientes que precisan cuidados al final de la vida por COVID-19, este proceso se ha visto comprometido por la influencia del rápido desarrollo de la enfermedad (15). Dado el breve espacio de tiempo que transcurre desde la presentación de los primeros síntomas hasta el fallecimiento, se ve dificultado aún más el abordaje oportuno, ocasionando, en muchas ocasiones, que los pacientes accedieran a la atención paliativa demasiado tarde o no lo hicieran nunca.

Pocos pacientes disponen del suficiente tiempo y del entorno más propicio para procesar adecuadamente la información, pues son sometidos a unos altísimos niveles de estrés, con poco tiempo para discernir y poder tomar una decisión conociendo todas las opciones y asumiendo sus consecuencias.

Cabe mencionar aquí la dificultad que no sólo se vivió en México, sino en otras partes del mundo en donde no se tenían contemplados, como parte del protocolo de evaluación y selección de los pacientes, temas de relevancia bioética como el consentimiento informado y las voluntades anticipadas.

El consentimiento informado es sumamente importante aun en contextos de emergencias sanitarias, pues contiene información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente, lo que le permite, en el intercambio con el profesional de la salud, fortalecer

su autonomía para la toma de decisiones sobre su salud y cuidado, y dotar de carácter ético la oferta de una atención paliativa (16).

De la mano de lo anterior, un tema fundamental fue el documento de voluntades anticipadas (17),⁴ que evidenció el desconocimiento cultural que hay en torno al mismo, por un lado, y la resistencia emocional a plasmar por escrito la propia voluntad sabiendo que, quizá un día, ya no se pueda expresar verbalmente (18).

Además, una situación que merece atención urgente en México es el hecho de que aún no es una materia de jurisdicción federal; es decir, hay estados que desde 2008 la han incorporado y estados que aún no lo hacen, lo que deja en desventaja a personas que no pueden suscribirlo, aun pudiendo o queriéndolo hacer.

La importancia de este documento radica en que, al rechazar explícitamente los medios extraordinarios orientados a sostener fútilmente la vida y optar por las medidas ordinarias que alivien los síntomas y brinden confort, pero sin prolongar la vida de manera artificial o desproporcionada, se descartan aquellos tratamientos que, potencialmente, se considera que no brindarían suficiente beneficio para el paciente ni le otorgarían una mejor calidad de vida.

En el contexto de la pandemia, en donde la disnea y la baja saturación de oxígeno en pacientes infectados llevaba a decisiones médicas como su intubación sabiendo que, en ocasiones, no se recuperarían, sumado a la dificultad de contar con muy pocos ventiladores y expertos para manejarlos, hacía que la decisión sobre intubar o no a un paciente fuera éticamente en extremo compleja. De haber contado con estos documentos de forma previa o bien a su presentación al área de *triaje* respiratorio, y suponiendo que los pacientes estuvieran conscientes y orientados para suscribir su voluntad anticipada, la carga ética de las decisiones se hubiera aligerado sobremanera, pues, de acuerdo con sus evaluaciones fisiológicas, se hubiera determinado que ese paciente debía ser dirigido a cuidados ordinarios y/o paliativos, ya que intubarlo podría haber representado una medida extraordinaria resultando en un nulo beneficio para él.

Una consideración aledaña a lo anteriormente descrito es el hecho de aplicar la denominada «adecuación del esfuerzo terapéutico»; en concreto, de poder retirar un ventilador una vez que se considere que éste no está siendo beneficioso para el paciente y, por el contrario, le está comportando mayores cargas. En este caso, la muerte no sobreviene por la retirada del ventilador, sino por el proceso de deterioro anterior y prolongado; esto es, que no debe ser vista como efecto secundario ni tolerada como bien mayor, ya que solamente es valorada médicamente como consecuencia del mismo proceso de la enfermedad, pero no proviene de una acción terapéutica ni de una decisión clínica, menos aún bioética (19).

Otro punto de debate crítico resultó ser la posibilidad de optar por la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud, bien por el riesgo que implicaba entrar en contacto con los pacientes y no contar con equipos de protección personal adecuados, o bien por carecer de conocimientos para hacerle frente a una situación donde las necesidades y demandas superaba, por mucho, la capacidad para satisfacerlas.

La objeción de conciencia, por su parte, no puede ejercerse cuando se trata de un escenario de emergencia sanitaria, y ningún médico debiera argumentarlo en función de su juramento y su profesión, que son, esencialmente, de ayuda y atención a los enfermos. Por ende, la objeción de conciencia no puede fundamentarse en razones que no justifiquen una colisión del deber legal con las convicciones morales de quien la presenta, y éste no es el caso. Una situación de riesgo o de falta de preparación no justifican un conflicto moral, y no pueden invocarse como impedimentos de conciencia. Por ende, ningún profesional médico está exento de intervenir con sus conocimientos y habilidades. Hacerlo sería caer en omisión de auxilio, que también está severamente sancionado. Además, la escasez de recursos no justifica, por ningún motivo, el abandono de los pacientes (20).

Cabe decir que, si llegara a suceder el caso, como sucedió en México, de que muchos profesionales no contaban con el equipo

de protección adecuado, se podría justificar la falta de atención, pero sólo transitoriamente, y debería reanudarse tan pronto se consiga el equipo necesario. Ahora bien, las autoridades y el Estado, por su parte, deben tener la responsabilidad de proveer los insumos necesarios a los sanitarios para que puedan cumplir cabalmente con sus funciones.

Todas estas consideraciones permiten que hoy hablar de bioética y, sobre todo, de cuidados paliativos, sea más urgente que nunca y que se inicien plataformas que los impulsen en todos los niveles de gobierno. Además, capacitar profesionales en medicina paliativa se perfila como una de las líneas de acción más apremiantes de las escuelas de medicina del país.

A propósito de esto último, la formación de un paliativista, huelga decirlo, debe ser interdisciplinaria e integral, pues el profesional sanitario que acompaña en el final de la vida debe poseer habilidades para manejarse en situaciones de estrés emocional, planificación anticipada de cuidados, sintomatología cambiante y, en ocasiones, refractaria, que precisa de sedación paliativa y tener conocimientos sobre conceptos y recursos disponibles (21). De igual modo, debe ser capaz de evaluar convenientemente las necesidades de atención psicológica y espiritual del paciente y su entorno, siendo capaz de derivar hacia los especialistas indicados.

No se puede pasar por alto el hecho de que los paliativistas han jugado y seguirán jugando un rol esencial en la gestión del duelo por parte de su familia y allegados ante el fallecimiento del paciente, que puede verse dificultada en situaciones extremas como la que nos ocupa. Deberían articularse los medios y procedimientos necesarios para que, aun en situaciones difíciles motivadas por las necesidades de aislamiento y riesgo de transmisión, los familiares pudieran acceder a los enfermos en los momentos finales de su vida si fuera posible, implementando los medios de precaución necesarios, y despedirse de ellos tras su fallecimiento, circunstancia que contribuiría a la superación del duelo.

5. Conclusiones

La pandemia causada por el COVID-19 ha hecho replantear de modo global la forma en que se habían venido considerando no sólo la atención médica, sino también la logística de distribución de los recursos sanitarios y los criterios que la fundamentaban.

Si la improvisación y la utilidad fueron las bases sobre las cuales descansaron decisiones trascendentales como la vida de las personas al inicio de la pandemia, hoy se sabe que estos criterios deben ser sustituidos por otros que consideren valores universales como la dignidad humana, antes que la utilidad social.

Atender el imperativo de respetar la vida y promover la salud de las personas necesariamente atraviesa la integridad y la ética en la atención médica, aun en tiempos de pandemia. Es por esto que es necesario incorporar elementos que permitan la puesta en práctica de principios bioéticos que orienten el actuar de los profesionales de la salud, tanto a la recuperación de la salud de los enfermos como a la búsqueda del bien común como sociedad.

El consentimiento informado, que salvaguarda la autonomía y la responsabilidad de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud; los documentos de voluntades anticipadas que optan por medidas ordinarias sin prolongar la vida causando más dolor y sufrimiento y permitiendo que la muerte ocurra en el momento adecuado siguiendo el curso natural de la enfermedad; es decir, una ortotanasia, así como la incorporación urgente de los cuidados paliativos en la atención de situaciones de emergencia sanitarias, son aspectos fundamentales que exigen dotar a las catástrofes como esta pandemia, con un rostro humano y ético que considere el valor incalculable de la vida humana como criterio de máximo respeto.

Es cierto que, ante la escasez de recursos, la necesidad de optar se vuelve imperante, pero si estas opciones se conservan sólo como excepciones y no como reglas generalizadas, como últimas opciones y no como primeras, en su justa dimensión que procura buscar el bien mayor dada la afectación social de la situación, en-

tonces la distribución de recursos sanitarios en situaciones de emergencias cumplirá con los criterios bioéticos de respeto de la vida humana, de solidaridad y subsidiariedad, así como de libertad y responsabilidad, mediante la adecuada información y respeto de la voluntad del paciente, contribuyendo al ejercicio de la mejor medicina y al respeto a la dignidad que merece todo ser humano.

Notas bibliográficas

¹ La Declaración Universal de los Derechos Humanos contempla, en su artículo 25, primer apartado, lo siguiente: «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, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad». De lo anterior se sigue que la salud es un bien y un derecho que debe ser garantizado por los estados.

² Si bien no se contaba con escalas específicas para la valoración de pacientes con COVID-19, sí se fueron adoptando algunas otras comúnmente usadas en el ámbito hospitalario para evaluar pacientes en las unidades de cuidados intensivos, tales como SOFA o APACHE I, II ó III.

³ El caso de México fue controversial, puesto que el día 14 de abril del 2020 el Consejo de Salubridad General, máximo órgano de autoridad en situaciones de emergencias sanitarias en el país, publicó la Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia en México, en donde se exhortaba a seleccionar pacientes con base en el criterio de «vidas vividas» y «vidas por completar»; es decir, las vidas vividas eran las de los mayores de 60-65 años que ya no ameritaban ser atendidos ni designarles recursos por considerar que ya habían vivido lo suficiente; en cambio, a quienes sí había que designarles recursos y atención era a los que aún tenían una «vida por completar»; es decir, a los pacientes jóvenes. Este criterio dejó de lado, por razones utilitaristas, a los adultos mayores y, por ello, recibió duras críticas que hicieron rectificar al Consejo y optar por incorporar el criterio de las posibilidades de sobrevivencia objetivamente evaluadas, en lugar del criterio de la edad únicamente en el proceso de selección, y es así como, habiendo retirado estas guías dos días después de haber sido emitidas, se hizo pública una nueva versión dos semanas después, que es la vigente hasta el día de hoy.

⁴ Hay que recordar aquí que la voluntad anticipada está contemplada en algunas entidades federativas de la República Mexicana desde 2008, cuando entró en vi-

gor en la Ciudad de México la ley de voluntades anticipadas, y actualmente se encuentra regulada en 14 estados de la República.

Referencias bibliográficas

1. Ge H, Wang X, Yuan X, Xiao G, Wang C, Deng T, *et al.* The epidemiology and clinical information about COVID-19. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 2020; 39(6): 1011-1019. <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03874-z>
2. Wu Z, McGoogan JM. 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*. 2020; 323(13): 1239. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de pandemia por COVID-19. (Consultado el 3 de diciembre de 2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19—11-march-2020>
4. Ramos A. *Cuidados paliativos y COVID-19: Rol, dificultades y dilemas bioéticos en época de pandemia. La humanidad puesta a prueba.* Bioética y COVID-19. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. 2020.
5. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, *et al.* Redefining palliative care. A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(4): 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
6. Radbruch L, Knaul F, De Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *The Lancet*. 2020; 395(10235): 1467-1469. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30964-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30964-8)
7. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. (Consultado el 1 de diciembre de 2021). Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
8. Universidad Anáhuac México. ADD-KNOWLEDGE to your decision making: Practical Guideline for ethical decision making in scenarios with scarce resources during the COVID-19 pandemic. *Neuroética y Bioética Clínica de la Facultad de Bioética*. (Consultado el 1 de diciembre de 2021). Disponible en: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/covid-19>
9. Consejo General de Salubridad. Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. (Consultado el 14 de noviembre de 2021). Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf
10. Consejo General de Salubridad. Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. (Consultado el 14 de noviembre de 2021). Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf

11. SEMICYUC. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. (Consultado el 13 de noviembre de 2021). Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
12. Romano M. Between intensive care and palliative care at the time of COVID-19. *Recenti Prog Med.* 2020; 111(4): 223-230.
13. Powell VD, Silveira MJ. What should palliative care's response be to the COVID-19 Pandemic? *J Pain and Symptom Management*, 2020; 60(1): e1-e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.013>
14. Torres-Espinosa C, López-Ramírez J, Pérez-Moreno D. Cuidados paliativos para pacientes con infección por SARS-CoV-2/COVID-19; propuesta de un modelo de atención. *R Mexicana de Anestesiología.* 2020; 43(4): 288-295. <https://doi.org/10.35366/94942>
15. Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, et al. Characteristics, symptom management and outcomes of 101 patients with COVID-19 referred for hospital palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(1): e77-e81. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.015>
16. Ortiz M. *El Consentimiento Informado en el ámbito sanitario: Responsabilidad Civil y Derechos Constitucionales.* Madrid: Dykinson; 2021.
17. Gobierno Federal de México. Ley de Voluntad Anticipada. (Consultado el 1 de diciembre de 2021). Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/ley-de-voluntad-anticipada-el-derecho-a-una-muerte-digna>
18. Forero JJ, Vargas I, Bernal M. Voluntades Anticipadas: Desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Persona y Bioética.* 2019; 23(2): 224-244. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.5>
19. Universidad Anáhuac México. Guía de criterios éticos ante emergencias sanitarias en México en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19. Facultad de Bioética. (Consultado el 6 de diciembre de 2021). Disponible en: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/>
20. Universidad Anáhuac México. «Objeción de conciencia del personal sanitario» en Guía de criterios éticos ante emergencias sanitarias en México, en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19. *Facultad de Bioética.* (Consultado el 6 de diciembre de 2021). Disponible en: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/>
21. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos: Guías para el manejo Clínico. (Consultado el 6 de diciembre de 2021). Disponible en: <https://paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Guias-Manejo-Clinico-2002-Spa.pdf>

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

