



Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia ⁱ

I. FUNDAMENTACIÓN

La presente guía encuentra 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.

El Comité de Ética de la Comisión Consultiva Científica 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.

II. OBJETIVO

Ser una guía bioética que proporcione criterios para orientar la toma de decisiones de triaje cuando una emergencia de salud pública genera una demanda en los recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer.ⁱⁱ

III. USO ESPECÍFICO Y EXCLUSIVO DE LA GUÍA

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

IV. A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDA ESTA GUÍA

Esta guía está dirigida al personal hospitalario que es, o pudiera ser, parte de los esfuerzos para combatir la Covid-19. En cada hospital, los comités hospitalarios de bioética deberán comprender la guía mediante lectura a profundidad y deberán socializarla, así como apoyar al personal hospitalario en su adecuada implementación.

ⁱ Las personas que proponen esta guía, como coordinadoras o colaboradoras, lo hacen a título personal y no representan de ninguna forma posiciones de las instituciones a las que pertenecen.

ⁱⁱ Nuestro país ha reconocido la declaración de pandemia emitida el 11 de Marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud.¹ El 30 de marzo de 2020 el Consejo de Salubridad General de México estableció un acuerdo por el cual se declara emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (Covid-19).²



V. PRINCIPIOS BIOÉTICOS QUE ORIENTAN Y JUSTIFICAN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS LIMITADOS DE MEDICINA CRÍTICA EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Esta guía se elaboró para hacer frente a la pandemia de Covid-19. La Covid-19 es una enfermedad viral infecciosa nueva, causada por el virus SARS-CoV-2, que tiene manifestaciones clínicas muy severas en aproximadamente el 5% del total de la población que la contrae. Actualmente no existe tratamiento profiláctico ni curativo para este virus.³

La guía consta de dos secciones. La primera sección justifica cierta manera específica de asignar recursos escasos de medicina crítica, sustentándose en los Derechos Humanos y la Bioética.ⁱⁱⁱ La segunda sección describe el procedimiento a utilizarse para dicha asignación. El apartado procedimental de la guía, la sección dos, es una adaptación de *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*⁴ y, además, incorpora material de la publicación *Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions*.^{5-iv}

1. Bioética y la Respuesta al Covid-19

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. Por ejemplo, cierta pastilla de un medicamento se puede cortar en dos y cada paciente solo recibe la mitad del beneficio terapéutico. 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. Por ejemplo, una máquina de diálisis. Con el fin de simplificar, de aquí en adelante cuando se utilice el término recursos escasos se deberá entender que estamos hablando de recursos escasos indivisibles.

La escasez de bienes que pueden beneficiar a pacientes es algo común dentro de la práctica médica. Por ejemplo, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo existe escasez de órganos para trasplante.⁶ En países en vías de desarrollo existe escasez de camas de cuidados críticos en zonas rurales.⁷ Y no es raro escuchar que aun en las grandes ciudades de dichos países existe escasez de equipo de medicina crítica, por ejemplo ventiladores mecánicos.

La escasez de estos recursos nos obliga a preguntarnos cómo se deben asignar cuando dos o más pacientes los necesitan.^v Por ejemplo, a quién se le debe asignar una máquina de oxigenación por membrana extracorpórea cuando tenemos dos pacientes que se pueden beneficiar de ella. La respuesta a esta pregunta no es obvia, y existe una amplia literatura bioética al respecto.⁸⁻¹¹ Dado que

ⁱⁱⁱ Principios de derechos humanos que encuentran también fundamento en el Reglamento Sanitario Internacional (2005, OMS).

^{iv} Agradecemos al Dr. Douglas B. White, autor principal de las publicaciones mencionadas, sus recomendaciones a la presente guía.

^v La escasez de estos recursos también nos obliga a cuestionarnos por qué son escasos, y cómo puede el Estado solucionar esto.



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.^{12,13}

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. Como su nombre lo indica, se compara la fecha y hora en la que un(a) paciente solicita cierto recurso escaso contra la fecha y hora en la que otro paciente solicita el mismo recurso, y se elige a la o el paciente que primero solicitó el recurso. Lo que aquí se contrasta es cuánto tiempo las y los pacientes han estado esperando para recibir el recurso. El principio de orden de llegada se ha justificado en términos de que es eficiente, transparente, se mantiene neutro respecto a las cualidades personales y sociales de las y los pacientes, y les trata de manera equitativa.¹⁴⁻¹⁵

Un segundo principio de justicia que se utiliza para asignar recursos escasos de medicina crítica es el principio de necesidad médica.¹⁶ Este principio mantiene que aquél paciente cuya salud está más deteriorada es quien debe recibir el recurso escaso, pero solo si recibir ese tratamiento no será fútil.¹⁷ Si recibir el bien no ayudará al fin terapéutico, entonces sería inapropiado asignar dicho recurso a este paciente. Por ejemplo, dentro de un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica aquel que se encuentre más enfermo es quien debe recibir el riñón. El principio de necesidad médica puede ser utilizado en conjunto con el principio de orden de llegada. Por ejemplo, el principio de orden de llegada se utiliza si la condición médica de dos o más pacientes en espera de un riñón es semejante, pero, si la salud de uno de ellos se deteriora significativamente durante la espera, entonces el principio de necesidad médica entra en acción y dicho paciente debe de recibir el primer órgano disponible (es decir, pasa a ser el primero en la lista de espera).^{vi}

En situaciones donde *no* existe una emergencia de salud pública, la práctica médica cotidiana y la práctica de salud pública operan de manera simultánea, pero con objetivos que pueden ser contrarios. En la práctica médica cotidiana el objetivo primordial es prevenir, tratar o curar las enfermedades o padecimientos de un paciente concreto. Los principios bioéticos relevantes para dicha práctica médica son los de *autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia*.¹⁹ 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.²⁰ He aquí un ejemplo de posible conflicto entre estas dos disciplinas: un(a) médico(a) puede considerar que cierta vacuna es benéfica para determinado paciente, mientras que el mismo médico(a), como oficial de la salud pública, puede considerar que dicho paciente, al no estar dentro de un grupo de riesgo, no la debería recibir por tratarse de un recurso escaso.

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. Una de las consecuencias de esta

^{vi} Para una revisión de los principios que se utilizan para asignar recursos escasos de medicina véase Persad et al.¹⁸

reorganización de los sistemas de salud es que el principio de justicia social, que rige a la salud pública, pasa a orientar toda provisión de salud, por el tiempo que dure 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. Esto refleja la idea de dignidad humana que se encuentra reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos.²¹ El artículo 1º de dicha declaración establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y el artículo 2º establece que toda persona tiene derechos humanos sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, o de cualquier otra índole. En la práctica de la salud pública lo anterior se traduce en un principio de trato justo y de no exclusión. Esto quiere decir, como está establecido en el artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que por principio todas las personas son candidatas para recibir atención de la salud y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.²² 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.

Si la salud pública tiene el objetivo de cuidar y mejorar la salud de la población y cada persona dentro de ella tiene igual valor y dignidad, esto nos lleva a concluir, en un primer momento, que 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.*^{vii} 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.

Asignar recursos escasos de medicina crítica para salvar el mayor número de vidas durante una emergencia de salud pública implica que en ocasiones se debe seleccionar entre pacientes con similares características médicas y pronóstico médico.²³ Recordemos que quien requiere ingresar a una unidad de cuidados críticos es porque su situación clínica es de gravedad. Uno de los sistemas de asignación de recursos escasos más usados es el aleatorio, que es ampliamente aceptado dentro y fuera de la medicina.²⁴⁻²⁶ Sistemas basados, por ejemplo, en loterías, se incluyen en la conscripción militar, la migración, la distribución de vacunas y la asignación de lugares en escuelas. Se trata de un método equitativo porque da cuenta del igual valor de las personas y de sus iguales derechos a reclamar un bien escaso, o a cumplir con deberes cívicos.^{18,27} En el plano práctico, los sistemas aleatorios son rápidos y tienen la ventaja de que, si los procedimientos se hacen de modo transparente, resisten la corrupción. Sin embargo, en el contexto médico deben utilizarse únicamente como último recurso de asignación.

^{vii} Estos dos objetivos pueden entrar en conflicto, por ejemplo, puede haber una enfermedad tal que para tratar al mayor número de personas se requiere utilizar los recursos humanos disponibles que podrían salvar a un número muchísimo menor de personas críticamente enfermas. Este no es el caso con la enfermedad Covid-19, puesto que no es necesaria la reasignación de tal personal de salud, o de recursos, para atender satisfactoriamente a personas con presentaciones leves o moderadas de Covid-19. Dado lo anterior, esta guía solo se enfoca en la cuestión bioética de cómo asignar recursos escasos de medicina crítica para salvar la mayor cantidad de vidas.

Diversos tratados en materia de derechos humanos, aun cuando no contemplan de manera específica situaciones de acceso a cuidados críticos en emergencias de salud pública, recomiendan en general considerar la situación y condiciones de grupos en situación de vulnerabilidad o discriminación histórica como niños(as), mujeres y particularmente mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas pertenecientes a grupos étnicos, personas adultas mayores y personas que prestan servicios de salud que corren más riesgo por estar en contacto con la atención de pacientes enfermos. Esto conduce a la obligación de hacer ajustes razonables para que la atención que se brinda a personas que pertenecen a estos grupos no pueda dar lugar a discriminación por tales condiciones.

En una resolución recientemente adoptada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos denominada “Pandemia y Derechos Humanos en las Américas”, se especifica que en los casos excepcionales en los que fuera inevitable adoptar medidas que limiten algún derecho social como la salud, los Estados deben velar porque tales medidas estén plena y estrictamente justificadas, sean necesarias y proporcionales, teniendo en cuenta todos los derechos en juego y la correcta utilización de los máximos recursos disponibles.²⁸ Esta guía atiende a este requerimiento.

Durante la asignación de recursos escasos de medicina crítica se deben tomar medidas de forma justa y por razones de salud pública sin utilizar criterios que discriminen a las personas. Esto quiere decir que se ha de procurar un reparto justo de los beneficios y de las cargas, haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles.²⁹ 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. En particular, se debe cuidar que la limitación al derecho social a la salud durante una emergencia de salud pública no castigue más a poblaciones en situación de vulnerabilidad, como personas privadas de la libertad, personas migrantes y minorías étnicas. Y aun más, durante una emergencia de salud pública los proveedores de salud privada no deberán negar la atención hospitalaria a personas que no cuenten con seguro médico privado o que no cuenten con los recursos económicos necesarios para solventar los gastos de hospitalización.

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

Esta guía *no excluye* a ningún paciente que sería, en condiciones ordinarias, sujeto a recibir cuidados críticos. Esto quiere decir, en principio, que la edad cronológica o tener una discapacidad no son de por sí características que excluyan a pacientes de ser candidatos(as) a recibir cuidados críticos. Es un error que ha de evitarse a toda costa asumir que tener cierta edad o cualquier discapacidad es sinónimo de tener una calidad de vida inferior, un pronóstico desfavorable, o mala salud.

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. Por ejemplo: paciente A y paciente B tienen Covid-19 y el mismo día comienzan con disnea grave. Paciente A camina una cuadra al hospital, mientras que paciente B tiene que viajar cuatro horas para llegar al hospital. De acuerdo con el principio de orden de llegada, paciente A debe recibir atención



de medicina crítica antes que paciente B. Es obvio que en las circunstancias actuales es injusto que la proximidad geográfica a la unidad de atención hospitalaria determine quién recibe atención de medicina crítica.^{viii} Una razón adicional para rechazar el principio de orden de llegada es que favorece a personas con mayor riqueza económica y que tienen redes sociales más extensas. Por ejemplo, quienes disponen de teléfonos inteligentes o computadoras pueden consultar aplicaciones que ofrecen información de la disponibilidad existente en los hospitales, pero no todos pueden tener este acceso.

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. Y aun más, este criterio favorece estereotipos sociales y prejuicios que generalmente operan contra personas que pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad y de discriminación histórica. Convertir la decisión de triaje en un concurso de méritos sociales alejaría la toma de decisiones, en un contexto de emergencia de salud pública, del objetivo de salvar el mayor número de vidas posible.

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. Es posible que, dado el modelo de asignación de recursos escasos de medicina crítica, los deseos de un(a) paciente de acceder a cierto tratamiento o intervención no se puedan satisfacer; aun cuando este fuera el caso, debe ser claro que *el deseo de no ser sujeto a cierto tratamiento o intervención siempre debe de respetarse*. Por ejemplo, cualquier instrucción de “no intubar” o “no reanimar” debe estar registrada adecuadamente en la historia clínica y debe ser respetada.

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.

2. Creación de equipos de triaje^{ix}

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 medicina crítica. Los equipos de triaje deberán ser nombrados conjuntamente por el director de la unidad de cuidados críticos y el

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

^{ix} Como se señala en el punto V de este documento, esta sección es adaptada de: *Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions*⁵ y *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*⁴.

director de la institución hospitalaria y deberán estar conformados, en la medida de lo posible, por las siguientes personas:

- * 1er Responsable: médica(o) especialista en terapia intensiva, medicina de urgencias, neumología, medicina interna o algo afín.
- * 2do Responsable: un profesional de la medicina o enfermería intensiva, de urgencias médicas, neumología o algo afín.
- * Administración: un(a) administrador(a) de la unidad hospitalaria.

Las y los miembros encargados deberán de tener amplia experiencia en el cuidado de pacientes críticamente enfermos. *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.*^x Lo anterior para evitar posibles conflictos de interés en la asignación de recursos, mantener la equidad procedimental en la toma de decisiones sobre a quién se admite, y a quién no, a la unidad de cuidados intensivos, y mitigar así la angustia moral del personal de salud a cargo de pacientes críticamente enfermos.

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

2.1 Funciones de los y las integrantes del equipo de Triaje: 1er Responsable

El 1er Responsable tendrá las siguientes funciones:

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

La autoridad del 1er Responsable depende del seguimiento establecido en este documento. La autoridad del 1er Responsable sobre la asignación *inicial y la reasignación* de recursos escasos es superior a la del personal de salud tratante. Dentro de la institución hospitalaria, durante la emergencia de salud pública, la autoridad del 1er Responsable sobre la asignación de recursos escasos de medicina crítica solo es menor a la autoridad del Comité Revisor de Triaje.

^x En caso de no existir personal suficiente para conformar el equipo de triaje véase el punto 2.2.



2.2 Funciones de las y los demás integrantes del equipo de triaje

Las funciones del 2do Responsable y de la Administración son: Primero, proveer de información actualizada y puntual al 1er Responsable. Segundo, facilitar y apoyar al 1er Responsable en la toma de decisiones. Además de recolectar información y documentación para poder realizar las tareas de triaje, el Administrador(a) deberá mantener registros adecuados de todas las decisiones de triaje. El Administrador(a) también será el punto de contacto con la administración central de la institución hospitalaria. El/la director(a) o responsable del hospital o establecimiento médico deberá asegurarse que el equipo de triaje cuente con los recursos materiales para poder llevar a cabo sus tareas de manera adecuada y puntual.

Finalmente, deberán conformarse suficientes equipos de triaje dentro de las unidades hospitalarias para que el proceso de triaje opere de manera ininterrumpida durante todo el tiempo que exista escasez de recursos de medicina crítica. Es recomendable que los turnos de trabajo de los equipos de triaje estén sincronizados con los turnos médicos y de enfermería. Cabe recalcar que el equipo de triaje puede operar únicamente con el 1er Responsable. En el caso donde no se cuente con el personal necesario para conformar equipos de triaje, el personal de salud tratante deberá de seguir y documentar el proceso de asignación de recursos escasos de medicina crítica descrito en la presente guía.

2.3 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 en el inciso 2.5 (Asignación de recursos escasos de medicina crítica) y siguientes. 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 en el inciso 2.7 (Reevaluación de la provisión activa de cuidados críticos).

2.4 Comunicación de las decisiones de triaje a pacientes y familiares

Las y los pacientes deben recibir información clara de forma transparente, objetiva y comprensible sobre lo extraordinario de la situación, así como de las medidas adoptadas. Esto tanto por obligación ética como por deber de transparencia y del mantenimiento de la confianza en el sistema sanitario.

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.^{xi}
- 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.

^{xi} Cuando se cuente con un 2do Responsable, él o ella deben de alternarse con el 1er Responsable para informar a pacientes y familiares sobre la decisión de asignación de recursos escasos de medicina crítica.

- 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.

Aun cuando el/la médico(a) tratante sea quien normalmente comunica al paciente noticias sobre su tratamiento médico, en caso de una emergencia de salud pública, la inclusión del 1er Responsable tiene como objetivo mitigar la angustia moral que recae sobre médicos(as) tratantes. Angustia que puede ser exacerbada por el número de pacientes críticos que un médico(a) trata durante una emergencia. El/la miembro del equipo de triaje explicará al paciente y/o familiares las implicaciones de la decisión tomada, y cómo fue tomada. De ser necesario esta información se proporcionará vía telefónica, video-llamada o por otro medio adecuado. Si existen los recursos necesarios, el personal de trabajo social, o cuidados paliativos, deberá estar presentes como apoyo cuando: i) se le comunique a un(a) paciente (y/o familiares) que no será admitido(a) a la unidad de cuidados intensivos, y ii) se le comunique a un(a) paciente (y/o familiares) que los cuidados intensivos (por ejemplo, el ventilador mecánico) le serán retirados. Como se dijo antes, que un(a) paciente no vaya a recibir recursos de medicina crítica no quiere decir que se le niegue tratamiento hospitalario de otro tipo.

Debe considerarse la situación específica de pacientes, o familiares de éstos(as), con alguna discapacidad, y de pacientes o familiares que pertenezcan a algún grupo étnico. Lo anterior para hacer los ajustes necesarios a fin de garantizar una comunicación clara y eficaz en este proceso.

Asimismo, es importante subrayar que en todo momento se debe preservar la confidencialidad y la privacidad de todas las y los afectados, por lo que el espacio físico donde se haga la comunicación debe ser adecuado (una sala ad hoc, salón de reuniones, etc.)

2.4.1 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. El equipo de triaje deberá estar involucrado en todos los procesos de



apelación. Después de que la parte interesada haga saber que desea apelar la decisión de triaje, procederá lo siguiente:

- 1) Se pedirá que la parte interesada explique al 1er Responsable la razón por la cual apela.
- 2) El equipo de triaje explicará el fundamento de su decisión de triaje inicial, o de reevaluación.
- 3) Si la apelación es sobre cómo se calculó el puntaje de priorización, entonces deberá ser evaluada por un Comité Revisor de Triaje (comité que debe de excluir al médico(a) tratante y al equipo de triaje).
- 4) El proceso de apelación deberá llevarse a cabo de manera expedita para no causar daño innecesario a las y los pacientes.
- 5) La decisión del Comité Revisor de Triaje será la final.

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

Durante el proceso de apelación se debe considerar la situación especial de pacientes o familiares que tengan alguna discapacidad o pertenezcan a algún grupo étnico, para asegurar una comunicación clara y eficaz que permita usar este recurso.

2.5 Sistema de asignación de recursos escasos de medicina crítica

A continuación, se explica cómo se debe realizar la asignación de recursos escasos de medicina crítica, y esto incluye tanto la asignación *inicial* de recursos como la *reasignación* de recursos que ya están siendo utilizados. *Durante la 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. La evaluación de triaje solo se realizará a pacientes que han sido estabilizados. De ser posible, debe proveerse ventilación mecánica *temporal*. Es importante informar al paciente, o a sus familiares, que dicha ventilación mecánica es temporal y solo se mantendrá en lo que el equipo de triaje calcula el puntaje de priorización.

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)³⁰, 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.*

Como ya se señaló, 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.* A continuación, en la Figura 1, presentamos un ejemplo de cómo el *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) se puede utilizar en la asignación de recursos escasos de medicina crítica durante la pandemia de Covid-19. Baste recalcar que otros métodos objetivos y validados pueden ser utilizados siguiendo el modelo aquí expuesto. 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 transparencia en la asignación de recursos escasos.

Figura 1. Ejemplo de un sistema de asignación de recursos escasos de medicina crítica

Principio	Especificación	Puntaje			
		1	2	3	4
Salvar la mayor cantidad de vidas	Pronóstico de supervivencia hospitalaria (SOFA# u otra escala validada)	Número SOFA <6	Número SOFA 6-8	Número SOFA 9-11	Número SOFA ≥12
Salvar la mayor cantidad de vidas	Pronóstico de supervivencia a corto plazo (evaluación médica del pronóstico a corto plazo)	0	Comorbilidades que impactan la supervivencia a corto plazo ³⁰	0	Pacientes en estado terminal por otra enfermedad

A los puntos asignados de acuerdo con la escala SOFA (del 1 al 4) se le deben de sumar los puntos obtenidos en la segunda fila (2 o 4 dependiendo del caso). La suma de estas dos cantidades produce el puntaje de priorización. Estos números pueden ser del 1 al 8.

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

Lo anterior se sustenta en que a menor puntaje mayor probabilidad de beneficiarse de los recursos escasos de medicina crítica y sobrevivir. El modelo de asignación de recursos escasos ejemplificado con SOFA se puede adaptar para otras escalas, como ya se dijo. Cuando la puntuación sea idéntica, en un primer momento habrá que tomar en cuenta que la literatura científica muestra, al día de hoy, que la mortalidad por Covid-19 no es la misma entre los sexos.^{xii} Si lo anterior no resuelve la situación sobre quién recibirá acceso a los recursos escasos entonces la decisión deberá considerar la protección a personas que pertenecen a grupos vulnerables y, en caso excepcional, como último recurso tomarse de forma aleatoria y transparente.^{xiii}

2.6 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 tales comorbilidades, o su pronóstico sea tal, que sería fútil que accediera a recursos escasos de medicina crítica. Hay tres razones que justifican priorizar a dicho personal de salud. Primera, priorizar al personal de salud es una manera de retribuir parcialmente el que ellos y ellas se expongan a los riesgos sanitarios derivados de la atención que otorgan. Segunda, el personal de salud cumple una función primordial para hacer frente a la epidemia, y si logra restablecerse, puede seguir cumpliéndola. Tercera, si el personal de salud no supiera que recibirá atención prioritaria, el estímulo para realizar su labor disminuiría, poniendo en riesgo la atención de la población en general.

2.7 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:

2.7.1 Proceso de reevaluación

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.

^{xii} El personal de salud deberá estar al corriente con las últimas investigaciones sobre mortalidad y Covid-19, y deberá ajustar el criterio mencionado de acuerdo con dichas investigaciones.

^{xiii} Los métodos aleatorios de selección ya son mencionados en el Artículo 15 del Reglamento en Investigación para la Salud de la Ley General de la Salud.²⁸

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.* La decisión les será comunicada como quedó establecido en el punto 2.4.

2.8 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.

Referencias:

1. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. (2020).
2. Diario Oficial de la Federación. ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). (2020).
3. Wu, Z. & McGoogan, J. M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* **323**, 1239–1242 (2020).
4. University of Pittsburgh. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency. (2020).



5. White, D. B., Katz, M. H., Luce, J. M. & Lo, B. Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions. *Ann. Intern. Med.* **150**, 132–138 (2009).
6. WHO. WHO Task Force on Donation and Transplantation of Human Organs and Tissues. *Transplantation* <http://www.who.int/transplantation/donation/taskforce-transplantation/en/> (2020).
7. Murthy, S., Leligdowicz, A. & Adhikari, N. K. J. Intensive Care Unit Capacity in Low-Income Countries: A Systematic Review. *PLoS ONE* **10**, (2015).
8. Wilkinson, M. & Wilkinson, S. The Donation of Human Organs. in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (ed. Zalta, E. N.) (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019).
9. Hassoun, N. & Herlitz, A. Distributing global health resources: Contemporary issues in political philosophy. *Philos. Compass* **14**, e12632 (2019).
10. Bickenbach, J. Disability and Health Care Rationing. in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (ed. Zalta, E. N.) (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2016).
11. Savulescu, J. How do we choose which life to save? Equality of access or a fair go? *Curr. Paediatr.* **12**, 487–492 (2002).
12. McIntyre, A. Doctrine of Double Effect. in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (ed. Zalta, E. N.) (Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2019).
13. FitzPatrick, W. J. The Doctrine of Double Effect: Intention and Permissibility. *Philos. Compass* **7**, 183–196 (2012).
14. American Thoracic Society Bioethics Task Force. Fair allocation of intensive care unit resources. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* **4 Pt 1**, 1282–1301 (1997).
15. John, T. M. & Millum, J. First Come, First Served? *Ethics* **130**, 179–207 (2020).
16. Langford, M. J. Who should get the kidney machine? *J. Med. Ethics* **18**, 12–17 (1992).
17. Savulescu, J. Just dying: the futility of futility. *J. Med. Ethics* **39**, 583–584 (2013).
18. Persad, G., Wertheimer, A. & Emanuel, E. J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet* **373**, 423–431 (2009).
19. Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. *Principles of biomedical ethics*. (Oxford University Press, 2001).
20. Powers, M., Faden, R. R. & Faden, R. R. *Social justice: the moral foundations of public health and health policy*. (Oxford University Press, USA, 2006).
21. La Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos humanos. *N. U.* (1948).
22. La Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966).
23. Savulescu, J., Cameron, J. & Wilkinson, D. Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators. *Br. J. Anaesth.* (2020) doi:10.1016/j.bja.2020.04.011.
24. Saunders, B. The equality of lotteries. *Philosophy* **83**, 359–372 (2008).
25. Peterson, M. The moral importance of selecting people randomly. *Bioethics* **22**, 321–327 (2008).
26. McLachlan, H. V. A proposed non-consequentialist policy for the ethical distribution of scarce vaccination in the face of an influenza pandemic. *J. Med. Ethics* **38**, 317–318 (2012).
27. Broome, J. Selecting people randomly. *Ethics* **95**, 38–55 (1984).
28. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. (2020).
29. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. (2020).

30. Guan, W. *et al.* Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. *Eur. Respir. J.* (2020) doi:10.1183/13993003.00547-2020.

Recursos de apoyo:

- Bioethics Toolkit Resources for COVID-19, 19 de marzo 2020, Bioethics.net y the American Journal of Bioethics. Disponible en: <http://www.bioethics.net/2020/03/bioethics-toolkit-resources-for-covid-19/>
- Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH). Resolución No. 1/2020 Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. 10 de abril de 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_de_Amparo_Reglamentaria-Articulos_103_y_107.pdf
- Ley General de Salud. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
- New York State Task Force on Life and the Law (2015) Ventilator allocation guidelines. New York State. Disponible en: https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf
- Organización de los Estados Americanos (OEA), Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad, Departamento de Inclusión Social (2020), Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19, En Las Américas. Disponible en: https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-032/20
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), *Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting*. Disponible en: <file:///Users/marichuymedina/Downloads/who%20ethics-covid-19-resource-allocation%20april%202020%20high.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica. Disponible en: https://www.who.int/ethics/WHO_CDS_EPR_GIP_2007.2_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). Reglamento Sanitario Internacional. Disponible en: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia COVID-19. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-para-uso-recursos-limitados-servicios-criticos-salud-durante-pandemia>
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (1981). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&clang=en



CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



Coordinadores:

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

Dr. César Palacios-González, Career Development Fellow de la Universidad de Oxford, tutor principal de la Maestría en Ética Práctica del Centro Uehiro de Ética Práctica de la Facultad de Filosofía y del Departamento de Educación Continua de la Universidad de Oxford, miembro del Colegio de Bioética, A.C., y miembro del Comité de Ética del Consejo de Salubridad General.

Colaboradores:

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Luis Muñoz Fernández, médico patólogo, profesor universitario, presidente del Comité Hospitalario de Bioética del Centenario Hospital Miguel Hidalgo de Aguascalientes y miembro del Colegio de Bioética, A.C.

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

Dra. Eunice Rendón Cárdenas, consultora internacional y miembro del Colegio de Bioética, A.C.

Dr. Jesús Rodríguez Zepeda, investigador y profesor de filosofía de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).

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

Dr. Carlos Santos-Burgoa, académico titular de la Academia Nacional de Medicina, Profesor de Políticas en Salud Global de *The George Washington University School of Public Health*.

Agradecemos las revisiones, discusiones y observaciones elaboradas por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS México), de la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCDMX), el Consejo Mexicano de Medicina Crítica, el Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias, el Consejo Nacional de Certificación en





CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



Anestesiología, el Consejo Nacional de Neumología y a la Dirección de Enfermería de la Comisión Permanente de Enfermería del Sector Salud, así como a todas las instituciones tanto públicas como privadas que participaron, ya sea de manera colegiada o a título personal, con sugerencias y aportaciones, mismas recomendaciones que fueron atendidas e incorporadas en esta guía.

