



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

## ARTÍCULO

**La controversia bioética sobre el triaje durante la pandemia de la COVID-19**

**La controvèrsia bioètica sobre el triatge durant la pandèmia de la COVID-19**

**The bioethical controversy over triage during the COVID-19 pandemic**

**JORGE E. LINARES SALGADO \***

\* Jorge E. Linares Salgado. Doctor en Filosofía. Programa Universitario de Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: [lisjor@unam.mx](mailto:lisjor@unam.mx). ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1877-5675>.



Copyright (c) 2022 Jorge E. Linares Salgado  
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

## Resumen

La pandemia de la COVID-19 ha puesto en crisis a los sistemas públicos de salud con el aumento acelerado de ingresos a los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos (UCI). Esta demanda de atención crítica en situación de emergencia sanitaria mundial ha suscitado la necesidad de aplicar métodos de triaje para seleccionar a las personas que tengan más probabilidades de sobrevivir con mejor calidad de vida y años de supervivencia. Sin embargo, las difíciles decisiones sobre el triaje no son una cuestión meramente médica, sino una decisión bioética que implica tomar en cuenta otros criterios sociales para seleccionar justa y equitativamente a las personas. Estas decisiones deben ser deliberadas y avaladas por comités hospitalarios de bioética, no deben ser tomadas únicamente por el personal sanitario. Este artículo aborda el problema de manera general y se refiere a la situación en México a partir de algunos datos disponibles. Se cuestiona el uso de métodos aleatorios y de orden de llegada al hospital por no ser los más justos y eficientes en el uso de recursos escasos de medicina crítica durante esta pandemia. Se discute también la viabilidad de emplear, junto con los criterios médicos, los criterios de "utilidad social", algunos de los cuales ya han sido aplicados en casos de listas de espera en trasplantes de órganos, en casos de desempate y para ayudar a una selección más cuidadosa de pacientes con la finalidad de incrementar el número de personas beneficiadas en las UCI y la calidad de vida de las supervivientes..

**Palabras clave:** triaje; COVID-19; controversias bioéticas; pandemias.

## Resum

La pandèmia de la COVID-19 ha posat en crisi als sistemes públics de salut amb l'augment accelerat d'ingressos als serveis d'urgències i unitats de vigilància intensiva (UCI). Aquesta demanda d'atenció crítica en situació d'emergència sanitària mundial ha suscitat la necessitat d'aplicar mètodes de triatge per a seleccionar a les persones que tinguin més probabilitats de sobreviure amb millor qualitat de vida i anys de supervivència. No obstant això, les difícils decisions sobre el triatge no són una qüestió merament mèdica, sinó una decisió bioètica que implica tenir en compte altres criteris socials per a seleccionar justa i equitativament a les persones. Aquestes decisions han de ser deliberades i avalades per comitès hospitalaris de bioètica, no han de ser preses únicament pel personal sanitari. Aquest article aborda el problema de manera general i es refereix a la situació a Mèxic a partir d'algunes dades disponibles. Es qüestiona l'ús de mètodes aleatoris i d'ordre d'arribada a l'hospital per no ser els més justos i eficients en l'ús de recursos escassos de medicina crítica durant aquesta pandèmia. Es discuteix també la viabilitat d'emprar, juntament amb els criteris mèdics, els criteris de "utilitat social", alguns dels quals ja han estat aplicats en casos de llistes d'espera en trasplantaments d'òrgans, en casos de desempat i per a ajudar a una selecció més acurada de pacients amb la finalitat d'incrementar el nombre de persones beneficiades en les UCI i la qualitat de vida de les supervivents.

**Paraules clau:** triatge; COVID-19; controvèrsies bioètiques; pandèmies.

## Abstract

The COVID-19 pandemic has put public health systems in crisis due to the accelerated increase in admissions to emergency services and intensive care units (ICU). This demand for critical care in a global health emergency has led to the need for triage methods to adequately select the patients most likely to survive the disease with better quality of life and years of survival. However, problematic decisions about triage are not merely a medical matter, but a bioethical decision that involves considering other social criteria to select patients fairly and equitably. These decisions must be deliberate and endorsed by hospital bioethics committees, they should not be taken solely by the health personnel in charge. This article addresses the problem in a general way and refers to the situation in Mexico, based on available data. The use of random and first-come arrival methods at the hospital is questioned for not being the fairest and most efficient in the use of scarce critical medicine resources during this pandemic. It also discusses the feasibility of using, together with medical criteria, the criteria of "social utility", some of which have already been applied in cases of waiting lists in organ transplants, in cases of tie-breaking and to help a more careful selection of patients to increase the number of people benefited in the ICU and the quality of life of the survivors.

**Keywords:** triage; COVID-19; bioethical controversies; pandemics.

## 1. Las controversias sociales sobre el triaje

Uno de los temas más controversiales en países que sufrieron hospitalizaciones y muertes masivas durante la pandemia de la COVID-19 ha sido el del triaje, ante la escasez de equipo especializado (tanto material como humano), para poder atender prioritariamente a aquellas personas con mejores posibilidades de sobrevivir en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Este artículo aborda el problema de manera general y se refiere en particular a la situación en México, a partir de algunos datos disponibles (Hernández Bringas, 2020<sup>1</sup>). El caso mexicano es relevante y puede resultar de interés internacional por ser uno de los cuatro países con mayores decesos por la pandemia, reportados oficialmente.

De acuerdo con los informes de las autoridades mexicanas, hasta enero de 2022 no se sobresaturaron las UCI, pero sí ha habido un porcentaje significativo de personas que murieron fuera del hospital, pues han sido 7,8% de los fallecidos (Hernández Bringas, 2020: 125); es decir, que no pudo llegar a urgencias para ser atendida o que prefirió morir en casa. Este dato muestra las dificultades y carencias del sistema de salud, y la complejidad de las decisiones de triaje. Durante la pandemia se ha reportado en México números elevados de muertes: para enero de 2022, más de 300 mil con diagnóstico confirmado de COVID-19 y más de 140 mil “asociadas” o que, si bien no se diagnosticaron adecuadamente, forman parte del exceso de mortalidad que contabiliza el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) de 2020 a 2021.<sup>2</sup> Por tanto, el SARS-CoV-2 ha matado en México a más de 440 mil, en números aproximados, hasta enero de 2022 y, por ello, México está en cuarto lugar en número de decesos, solo detrás de EE. UU., India y Brasil.

---

<sup>1</sup> La relevancia del artículo de Hernández Bringas publicado en la revista de la CEPAL: *Notas de población* no. 111, es que se basa en datos de actas de defunción del registro civil, y no en los datos oficiales que ofrece la Secretaría de Salud del gobierno mexicano, que solo consigna los casos confirmados. Hasta el momento, no se han publicado otros estudios estadísticos que analicen la pandemia en México.

<sup>2</sup> Es conocido que el “exceso de mortalidad” que se ha reportado demográficamente en varios países, como México, se deba también a que han muerto durante la pandemia más personas que no recibieron adecuado tratamiento médico de sus padecimientos crónicos graves o de urgencia. Estos datos no se pueden alterar porque en la mayoría de los países el recuento de defunciones es habitual y lo registran instituciones independientes, como el INEGI de México. El INEGI estableció que, al menos, el exceso irregular de muertes aumentó 58% de 2019 a 2020. En 2019 murieron 747,784 personas, en 2020 1,086,743. Véase el INEGI, Mortalidad ([inegi.org.mx](http://inegi.org.mx)) Y, de acuerdo con el sitio web del Gobierno Federal de México, el exceso de mortalidad de 2020 a 2021 fue de 644,599 personas, de las cuales “asociadas a COVID-19” fueron 448,633 y solo se habían confirmado 292,740 muertes por COVID-19 directas hasta el 29 de noviembre de 2021. Véase: Exceso de Mortalidad en México – Coronavirus. Es decir, que más de 200 mil personas no registradas han muerto o por la pandemia o en condiciones probablemente irregulares por falta de atención médica a otros padecimientos, pues la tasa de suicidios no aumentó más que en mínimo porcentaje (en 2020 se suicidaron 7,896 personas, según el INEGI).

El triaje<sup>3</sup> ha sido en México responsabilidad del personal médico durante la pandemia. En diversos países se formaron comités *ad hoc* dentro de los hospitales que analizaron los datos clínicos para ayudar a seleccionar a las y los pacientes. De cualquier modo, las decisiones deben tomarse con urgencia y, por ello, tendrá que ser el personal médico el que cargue con gran parte de la responsabilidad, si no se organiza un sistema eficiente de triaje. Tales decisiones pueden agregar mucha más zozobra al, de por sí, excesivo estrés que ha sufrido el personal sanitario por la avalancha de pacientes. Una responsabilidad individual tan pesada para las y los médicos no es justa. Por eso, ha resultado inevitable el daño a su salud, así como el aumento de deserción o solicitud de licencias de un número indeterminado de estos profesionales. A ninguna sociedad le conviene extenuar y llevar al límite la resistencia de su mejor y más experimentado personal médico. La afectación que han sufrido, no sólo emocional, sino en el núcleo de su moral profesional, es un tema pendiente de investigación, a fin de diseñar modelos que reduzcan la sobrecarga, el *burnout* y las malas condiciones de trabajo (además de bajos salarios y poco reconocimiento social) en los sistemas públicos de salud.

Es indispensable que la responsabilidad de las decisiones de triaje esté compartida en comités hospitalarios de bioética, que la sociedad civil esté bien informada y que las directivas de las instituciones de salud se involucren en la formación de los comités y en la adecuada información a la población. Pero una de las más graves fallas de los gobiernos ha sido dejar al personal médico en las UCI y en las salas de urgencias sin el apoyo de suficientes recursos materiales y humanos (Fernández et al., 2021). En muchos países, como México, estas carencias de su sistema público de salud se han normalizado por años y a nadie le preocuparon en sucesivos gobiernos (Arreola et al., 2021). Son ahora inaceptables y altamente riesgosas durante una pandemia de la magnitud que hemos vivido y, por supuesto, para las pandemias que vendrán después.

---

<sup>3</sup> Como se sabe comúnmente, el triaje comenzó a aplicarse en el contexto militar, al menos desde las guerras napoleónicas, para seleccionar a soldados heridos que tenían más posibilidades de sobrevivir. En el contexto civil contemporáneo se aplica en situaciones de desastres con muchos heridos y en las unidades de urgencias y de cuidados intensivos en los hospitales. A pesar de que muchos intensivistas estén habituados a utilizar estos métodos, la situación de emergencia sanitaria mundial ha desbordado sus capacidades de operación por la altísima demanda y el estrés social y profesional. Véase "Triage" en: Henk ten Have (ed.), *Encyclopedia of Global Bioethics*, Springer, 2016, p. 2839.

## 2. Los criterios de utilidad médica en el triaje

Seguramente, aun sin aplicar los distintos protocolos y guías éticas de triaje que se emitieron en diversas naciones<sup>4</sup>, las y los médicos tomaron las mejores decisiones posibles al momento de intubar o extubar, así como practicar difíciles maniobras a las personas con COVID-19, para intentar salvar al mayor número que fuera posible (Heras, 2020).<sup>5</sup> Pero es inexcusable que en las próximas oleadas de esta o las siguientes pandemias, si no logramos contar con un adecuado triaje, los recursos médicos escasos (equipo técnico y de protección, ventiladores mecánicos y, ante todo, el personal especializado de las UCI) no se utilizarán del modo más eficiente que lo permita la situación de emergencia.

El peor método de selección, opuesto a la lógica del triaje, es el orden de llegada al hospital, que supuestamente no discrimina a nadie; pero que, en realidad, deja a las disímiles circunstancias de las y los pacientes las prioridades de atención. Asimismo, se levantó una enorme controversia (sobre todo en Europa) sobre si la edad avanzada era un criterio para no ingresar a pacientes en estado grave a las UCI (Altman, 2021). Ese es un criterio médico necesario para determinar la capacidad de responder a un tratamiento invasivo y riesgoso, así como para calcular la expectativa y calidad de vida posterior, pero no el único ni el más determinante. Los criterios más decisivos son los de “utilidad médica” o posibilidad de sobrevivencia, junto con otras ponderaciones que el personal tiene que efectuar para determinar la calidad y la cantidad de vida que es esperable para *cada paciente en particular*, utilizando diversas escalas y mediciones (QALY<sup>6</sup> o SOFA<sup>7</sup>). Pero el criterio de la mayor posibilidad de supervivencia con mayor número de años con una calidad de vida aceptable no es meramente técnico porque siempre estará cargado de consideraciones

---

<sup>4</sup> En México, se emitió la *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*, publicada por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. [GuiaBioeticaTriage\\_30\\_Abril\\_2020\\_7pm.pdf \(csg.gob.mx\)](#). Esta Guía fue cuestionada desde el inicio por la opinión pública. Ante la imposibilidad de aplicarla, el gobierno la desactivó dejándola como una “recomendación” que, probablemente, pocos hospitales siguieron. No existen datos públicos al respecto.

<sup>5</sup> Véase Gabriel Heras, *En primera línea. Un testimonio desde las UCI de la crisis del coronavirus*. Este intensivista español explica con detalles y mucho tino las complicaciones del tratamiento de las/los pacientes COVID-19 en las UCI. Es una reflexión de primera mano, honesta y muy valiente sobre lo que han vivido miles de médicas y médicos en las UCI en todo el mundo.

<sup>6</sup> Véase un capítulo que explica y critica muy atinadamente el método QALY (Quality Adjusted Life Years): John Harris, “Deciding Between Patients” en Helga Kuhse y P. Singer, *A companion to bioethics*, 2a. ed., 2014. Asimismo, los artículos sobre “allocation of healthcare resources,” “epidemics,” “triage” y “Health Policy In International Perspective”, de Stephen G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*.

<sup>7</sup> La *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia* de México hace referencia y emplea el método SOFA (Sequential Organ Failure Assessment o Escala de evaluación de fallo orgánico secuencial). Dicha escala calcula las posibilidades de sobrevivencia mediante la evaluación de seis órganos y estado de sus funciones: pulmones y respiración, coagulación, hígado, sistemas cardiovascular y nervioso, funcionamiento renal, así como la edad y las comorbilidades.

sociales y de valores morales explícitos o implícitos. Por eso es una cuestión bioética, y no solo médica.

Por otra parte, la evaluación de la expectativa de vida en años ajustada por calidad puede resultar problemática, dado que hoy sabemos que un porcentaje no insignificante de personas que se contagiaron de SARS-CoV-2 han tenido efectos prolongados y, en algunos casos, graves e incapacitantes (afectaciones cardíacas, vasculares, pulmonares o neurológicas), algunos de los cuales no tenían relación con su estado previo de salud. Por tanto, la valoración de años de vida ajustada en calidad se puede volver incierta ante *nuevos virus*. Es un error cognitivo emplear métodos que son adecuados con enfermedades o patógenos *ya conocidos* a los que resultan *desconocidos*. Dado que no se podía predeterminar esos efectos de la COVID-19, y que tampoco se podrá prever las secuelas a largo plazo en pandemias causados por otros nuevos virus, los criterios de utilidad social pueden reforzar las decisiones de triaje que se tienen que tomar en lo inmediato y con un alto grado de incertidumbre.

Para que sea efectivo, el criterio de utilidad médica debe alimentarse de datos fiables sobre las condiciones de las/los pacientes, a saber, comorbilidades y antecedentes de salud, pero también de factores como red familiar y social, así como capacidad de resiliencia, condiciones de habitabilidad e higiene para el cuidado posterior. Sin embargo, en la urgencia no habrá en muchos casos tiempo suficiente para elaborar historias clínicas completas, y para monitorear de manera pormenorizada la evolución de cada paciente, como sucede habitualmente en las UCI. Así que, ante las dificultades de aplicar los criterios médicos del triaje en las urgencias, es de sospechar que el método de orden de llegada pueda imponerse por fuerza mayor.

Estas son las recomendaciones principales que la OMS y la OPS han establecido para los métodos de triaje durante una pandemia, y que son el resultado de la experiencia internacional:

*1. Establecer criterios de priorización transparentes: [...] alivia la carga de los proveedores de salud, al no tener que ser ellos quienes determinan estos criterios.*

*2. Salvar la mayor cantidad de vidas: [...] priorizar a quienes están en mejores condiciones clínicas de sobrevivir el tratamiento con respecto a quienes difícilmente se recuperarán incluso con el tratamiento. Debe quedar siempre claro que esto no constituye abandonar a los pacientes: se les debe siempre brindar el cuidado paliativo necesario incluso si no es posible ofrecerles tratamiento.*

*3. Priorizar a quienes tienen la tarea de salvar las vidas de otros. [...] Priorizar su atención responde por ello a un criterio de justicia, y permite además salvar la mayor cantidad de vidas dado su rol central en la atención de otros.*

*4. Tratar a todas las personas equitativamente: Todas las personas en la misma situación (con COVID-19 u otra enfermedad) deben ser tratadas de la misma manera. En atención a la justicia y la equidad es fundamental asegurar que no haya variaciones según privilegio o discriminación respondiendo a diferencias de etnicidad, religión, orientación sexual, recursos económicos u otros criterios ajenos a estas recomendaciones. (OPS-OMS, 2020).*

Se sabe bien que en una situación de emergencia sanitaria se prioriza el principio utilitarista del “mayor bien para el mayor número posible de personas”, pero este debe ser ponderado con criterios de justicia distributiva, igualdad de derechos y equidad (ten Have, 2016: 2839-2846). Allí reside el problema de tomar decisiones médico/ético/políticas en una pandemia que posee el enorme potencial para matar rápida y masivamente. Por tanto, es indispensable que la comunidad médica y bioética del mundo pueda analizar los casos específicos para poder elaborar nuevos protocolos de triaje o para ajustar los ya existentes.

De acuerdo con Susanne Jöbges y coautores (2020), los principios éticos más comunes en las guías bioéticas sobre el triaje en varios países analizados<sup>8</sup> son la *justicia distributiva* y la *maximización del beneficio*, que incluya a todos las/los pacientes, tanto a los infectados por el SARS-CoV-2 como a los no infectados pero en estado crítico.<sup>9</sup> Todas las guías bioéticas coinciden en que, como primera regla, no debe discriminarse a nadie por su edad, etnicidad<sup>10</sup>, discapacidad, género, orientación sexual, religión, tipo de seguro médico, nivel económico o estatus social, y que debe prestarse debida atención a los grupos vulnerables: personas mayores, minorías culturales, lingüísticas y religiosas, mujeres, personas con discapacidad, en pobreza, y en países como México, a personas de pueblos originarios.

Jöbges y coautores enumeran otras condiciones comunes<sup>11</sup> a las guías para un adecuado triaje; por ejemplo, la necesidad de establecer un procedimiento para distinguir los diferentes

---

<sup>8</sup> Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Reino Unido, EE. UU., Suiza, Italia, Alemania, Bélgica, Pakistán, Sudáfrica, y uno internacional. Falta el análisis en dicho artículo de una guía de un país iberoamericano, pero aquí nos referimos a la *Guía bioética mexicana*.

<sup>9</sup> Se sabe, pero no con precisión porque no hay estudios empíricos publicados, que muchas personas murieron por no haber sido atendidas en los hospitales que se dedicaron exclusivamente a los enfermos de COVID-19. Este descuido *intencional* o *por fuerza mayor* se ha manifestado en los “excesos de mortalidad” reportados en varios países, como en México. Es decir, entre las víctimas de la pandemia también deberíamos contar a las personas que no tuvieron atención dedicada o en UCI por no padecer COVID-19.

<sup>10</sup> En el mundo anglosajón siguen hablando erróneamente de “raza”. Este es un falso concepto que ya no debería figurar en ningún documento de bioética. La humanidad es suficientemente homogénea en términos biológicos. No existen las “razas humanas”, sino solo poblaciones diversificadas geográficamente y que comparten algunas características genómicas y fenotípicas.

<sup>11</sup> Las prioridades de la aplicación del método de triaje en diversos países, de acuerdo con el estudio comparativo hecho por Jöbges y coautores son: a) maximizar el beneficio, b) la igualdad y la equidad, c) el criterio de utilidad, d) la extensión de años de vida, e) transparencia y justicia, f) la consideración de la voluntad de las/los pacientes y g) la posibilidad de reconsideración del tratamiento, si falla o no da resultados esperados. La utilización de criterios médicos y ético-sociales para decidir quién tiene prioridad en un

niveles de escasez (disponibilidad limitada de camas de UCI versus ninguna cama disponible) y sus implicaciones para la toma de decisiones (continuar con la intubación versus la interrupción del tratamiento). Esto implica una evaluación consistente de la supervivencia de cada paciente, así como su reevaluación continua “por un comité de triaje independiente, en lugar del equipo de tratamiento.” (Jöbges et al., 2020: 958). Asimismo, Jöbges llama la atención sobre la consideración de los deseos de las/los pacientes al tomar decisiones, que en el triaje implica respetar el rechazo de cuidados intensivos, asegurando la disponibilidad de cuidados paliativos (Jöbges et al., 2020: 959).

En la bioética se ha desarrollado una amplia discusión sobre el empleo de los principios utilitaristas en el triaje y su combinación con criterios deontológicos. Es preciso advertir que ninguna aplicación de un principio ético puede ser absoluta o darse al margen de otras consideraciones, y siempre debe hacerse sobre la base de la igualdad y la equidad. Esta es la dificultad principal de las decisiones prácticas de carácter bioético. Exigen amplia experiencia profesional, buen juicio, prudencia y sentido de la justicia. Por eso, no cualquiera puede tener una participación efectiva en un comité hospitalario, y este no solo debe incluir a personal médico, sino también a profesionales con experiencia en deliberación bioética provenientes de ciencias sociales y humanidades.

Sin embargo, las decisiones de triaje no siempre se basan en consideraciones médicas neutras y científicamente validadas. Se debe tratar de evitar lo más posible los sesgos discriminatorios y errores en la aplicación de los principios, pero no existe garantía de absoluto rigor ni mucho menos de infalibilidad. El peligro mayor reside en que las directrices o guías bioéticas del triaje estén influidas por consideraciones políticas o por la intención de complacer a la opinión mayoritaria en una sociedad. Al respecto de la dificultad de aplicar principios utilitaristas en el triaje, Savulescu apunta:

*La directriz de salud a menudo es impulsada por la política o la opinión popular, no por la ética. Esto es moralmente incorrecto. Gran parte de la ética en la esfera pública implica la condena social, el moralismo y, a veces, las ilusiones (por ejemplo, tratar de eliminar los dilemas éticos más difíciles). La consideración cuidadosa de las consecuencias de nuestras acciones requiere que enfrentemos tanto los hechos como nuestros valores. Un enfoque utilitarista no es simple ni fácil. Requiere que elijamos el curso de acción que beneficiará a la mayoría de las personas en el mayor grado, por difícil o contraintuitivo que sea. (Savulescu et al., 2020: 632).*

---

tratamiento de emergencia con recursos escasos debería seguir dichas pautas mínimas.

### 3. El problema de los criterios de “utilidad social”

Uno de los temas más controversiales en el triaje ha sido el uso de criterios de “utilidad social” para hacer distinciones de prioridad o desempatar entre varios casos después de las evaluaciones médicas, o en la situación de retirar el tratamiento a una persona para dárselo a otra. Si no hubiera “empates” o las evaluaciones médicas fueran suficientes no existiría ningún problema moral en el triaje. Pero no es así. Por ejemplo, en la experiencia internacional con el manejo de las listas de espera para trasplantes de órganos se han empleado diversos criterios sociales (además de los médicos) para determinar quiénes deben tener prioridad. La distribución de un bien público de salud escaso a cargo del Estado (como puede ser un órgano para trasplante o como la atención en una UCI en pandemia) tiene dos alternativas éticas que se combinan con dificultad: a) la utilitarista, que busca maximizar el bienestar general de la población y de la sociedad; b) la deontológica (o igualitarista sin más), que intenta priorizar el derecho inalienable de las personas a recibir un tratamiento (sin considerar su estado de salud y perspectivas futuras), con algún criterio adicional de merecimiento individual y protección de la dignidad para evitar discriminaciones indebidas, por ejemplo por razones del estatus social o económico de las personas. (Rivera López, 2001: 129).

Toda persona tiene derecho a ser atendida en una situación de emergencia pandémica, pero no siempre existen los recursos suficientes de medicina crítica para salvar a todas, ni las condiciones de salud de las/los pacientes son equiparables, ni todas podrán superar la infección. Es un hecho que debemos aceptar que la primera decisión médica será determinar quiénes tienen mejores posibilidades de sobrevivir con los tratamientos intensivos y quiénes no; y por ello, quienes no, deben recibir cuidados paliativos para morir con dignidad y tranquilidad. Pero en algunos casos no basta con esa determinación médica, será necesario valerse de otros criterios sociales para ayudar a que la decisión sea equitativa y contribuya al bienestar general.

### 4. ¿Por qué son injustos los métodos aleatorios y el orden de llegada?

El priorizar el orden de llegada para recibir tratamientos críticos en las UCI aparenta igualar el derecho de todas las personas en una situación de emergencia sanitaria, pero parece más cercano a un método aleatorio. Es decir, permitir que el azar determine el destino de las personas ingresadas implica desatar una serie casi ilimitada de variables y circunstancias que dominarán arbitrariamente nuestras acciones y decisiones. Si el azar decide la supervivencia o muerte,

perdemos la posibilidad de controlar alguna de las variables que determinen la atención médica y, ante todo, el uso más racional y justo de los recursos escasos.

No obstante, cualquier método aleatorio en el triaje confiere ventaja a quienes pueden llegar más rápido (por tener transporte privado y vivir cerca de los hospitales) o tener acceso a los mejores hospitales públicos por conocer a alguien (personal médico o administrativo) con poder de decisión;<sup>12</sup> pero no garantiza que, en la serie ilimitada de azares, las personas beneficiadas puedan sobrevivir. Si el azar domina es muy probable que se impongan los patrones de discriminación persistentes en una sociedad, sin que ello signifique mayor eficiencia en los tratamientos. Así que el intento de evitar un método aleatorio en el caso de los ingresos a las UCI es una acción de justicia correctiva de las brechas de desigualdad existentes en una sociedad.

Sin embargo, se puede pensar que un método aleatorio es el más justo para distribuir recursos escasos, pero *únicamente cuando no es posible realizar comparaciones entre el estado de salud y las perspectivas de calidad de vida de las/los pacientes*. Sin duda que la mayoría preferiría, en condiciones “normales”, el método de selección por orden de llegada que uno al azar o por sorteo porque sería más transparente; pero no debe olvidarse que los recursos escasean y deben usarse con urgencia lo más eficiente y racionalmente que sea factible cuando enfrentamos una pandemia causada por un virus nuevo. Por ello, el método aleatorio y el orden de llegada al hospital son los menos recomendables para asegurar un uso eficiente y justo de los recursos escasos.

En México, las autoridades afirmaron que no hubo “necesidad” de aplicar los métodos de triaje porque se distribuían los ingresos entre los hospitales disponibles de tal modo que no se saturaban las UCI a la vez. Esto significa que probablemente prevaleció el orden de llegada. Sin embargo, dicho orden de llegada a los hospitales estableció de facto una “lista de espera” para ingresar a las UCI y pudo haber permitido que influyeran en la atención médica las brechas de desigualdad, visibles e *invisibles*, que subsisten en nuestra sociedad. Esto se puede inferir porque la categoría sociodemográfica que tenía la mayoría de los fallecimientos en México corresponde a la población más desfavorecida (económica y culturalmente) en la escala social (Hernández Bringas, 2020: 113, 116, 122, 123<sup>13</sup>).

---

<sup>12</sup> La *Guía bioética* mexicana reconoce este problema y por ello no recomendaba utilizar el método de “orden de llegada al hospital”. Al final, recomendaba, si las condiciones para comparar estados de gravedad y decidir se complicaban, utilizar un método aleatorio.

<sup>13</sup> Hernández Bringas estima que en México la tasa de letalidad por COVID-19 fue del 20% en municipios de mayoría indígena, mientras que 13,4% en municipios de pobreza no urbana, 11,4% de pobreza urbana y solo del 7,7% en municipios con pobreza baja, de acuerdo con los datos del INEGI.

La aplicación de criterios utilitaristas en los métodos de triaje conlleva realizar comparaciones y evaluaciones probabilísticas sobre la condición médica y las perspectivas del tratamiento entre las/los pacientes. Supone evitar el azar y corregir el orden de llegada al hospital, en la medida de lo posible, para decidir quién debe tener prioridad en los tratamientos con recursos escasos y poder así proteger más vidas. Pero los criterios utilitaristas implican no sólo tomar en cuenta factores estrictamente médicos, sino también ético-sociales que justifiquen las decisiones.

Estos son los tres criterios que la *Guía bioética para asignación de recursos limitados*<sup>14</sup> proponía en México, a partir de la posibilidad demostrable, de acuerdo con la experiencia médica, de beneficiarse de dichos recursos intensivos:

- 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. (Consejo de Salubridad General, 2020: 7).*

Los factores que deben considerarse en la evaluación de cada paciente son: la expectativa de vida en calidad y cantidad; es decir, la expectativa de que tendrá un número de años suficiente con una calidad aceptable de vida, la edad, la gravedad, urgencia del tratamiento, comorbilidades que comprometan la supervivencia y el tiempo de espera. La estructura típica de las cuatro escalas para el triaje en situaciones de desastre confiere prioridad a quienes tienen un daño grave pero pueden sobrevivir con el tratamiento; en segundo lugar, a quienes pueden esperar o resistir con tratamientos no intensivos (en la expectativa de que podrían necesitar ingresar a la UCI); en tercero, aquellas personas con daños menores que no requieren ingresar, de momento, a la UCI y pueden esperar; y en último lugar, aquellas para las que ningún tratamiento será eficaz.

Empero, como señalan Beauchamp y Childress, en determinadas circunstancias, los juicios de “merecimiento social” comparativo son ineludibles y, en cierta medida, aceptables, como en el caso de una pandemia, en la que aumenta rápidamente la cantidad de personas que requieren de atención en las UCI:

*[...] en un brote de enfermedad infecciosa, es justificable vacunar primero a los médicos para permitirles atender a otros. En situaciones de emergencia, las*

---

<sup>14</sup> Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud, Gobierno de México, *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*, abril de 2020. En adelante nos referiremos a ella como *Guía bioética mexicana*.

*comunidades y los individuos necesitan protección inmediata contra el desastre. En tales circunstancias, se puede dar prioridad en el tratamiento de una persona sobre la base de la utilidad social solo en el caso de que su contribución sea indispensable para lograr una meta o función social más importante -por ejemplo, al presidente de un país en tiempos de guerra se le daría prioridad de modo justificable. Como en los casos análogos del bote salvavidas, los juicios del valor social comparativo deberían limitarse a las cualidades y habilidades específicas que son esenciales para la protección de la comunidad, sin pretender evaluar el merecimiento social general de las personas. (Beauchamp y Childress, 1999: 371).*

Beauchamp y Childress ponen como ejemplo de “merecimiento social” el de la o el presidente de un país como prioridad médica en una situación de guerra.<sup>15</sup> Pero la realidad es que ningún personaje político es imprescindible para un país democrático, incluso en una guerra. En un Estado democrático debemos aceptar que ninguna persona que ocupa un cargo político o burocrático, reemplazable o removible por ser temporal, debería tener, por esa razón, prioridad en el tratamiento en una pandemia. De cualquier modo, nadie estaría a salvo del efecto letal de los virus y los microorganismos si tiene salud vulnerable, por más que fuera protegido por todo el aparato de seguridad nacional. Así que, a diferencia de lo que planteaban Beauchamp y Childress, considerar la posición de poder o cargo político no es un criterio válido para dar prioridad en el triaje ni tampoco en la vacunación.

## 5. ¿Quiénes deben tener prioridad en los tratamientos críticos en la pandemia?

En muchas guías o directrices han sido excluidos los criterios de utilidad social por considerarlos problemáticos y controversiales. No recomiendan conocer la condición social y estatus socio-económico de las/los pacientes. Pero el estado de salud nos revela, inevitablemente, mucha más información personal. Es verdad que, si se utilizan criterios de “merecimiento social”, se darían

---

<sup>15</sup> El argumento de B&Ch parece aceptable solo si pensamos, contrafácticamente, en un Roosevelt o Churchill durante la Segunda Guerra Mundial, personas que en su momento fueron carismáticas y con amplia aceptación pública, como líderes temporales de Estados democráticos; pero el mismo argumento también debería aplicar para un Stalin, Franco o un Hitler, líderes autócratas de Estados no democráticos y totalitarios. No obstante, la diferencia política sustancial entre una democracia y un régimen totalitario es que en este no hace falta ninguna justificación moral para dar prioridad al autócrata en los tratamientos médicos críticos; el mandatario y toda la elite política tienen asegurada siempre la prioridad de la mejor atención médica, por encima de toda la población. Así que la prioridad en el triaje de estos líderes políticos no provendría de su “irreemplazabilidad” sino del privilegio autoritario. Ese privilegio es injusto y no debería suceder ya en los regímenes democráticos.

ventajas injustas a la gente más famosa o reconocida y se discriminaría a la menos favorecida. Por ello, nadie que se dedique a la política o al gobierno profesionalmente (así como personas legisladoras, juezas, jefas de policías, militares de alto rango) debería tener prioridad sobre las demás en los tratamientos de medicina crítica en una pandemia ni en la vacunación. Todos esos perfiles políticos profesionales son reemplazables por definición, si todavía existe personal de reserva con capacidades similares.<sup>16</sup> Pero lo mismo sucede con profesionales de la educación, servicios comerciales, financieros, producción de bienes no esenciales para la vida diaria, servicios culturales, actividades artísticas y de entretenimiento. En cambio, el personal médico especializado en las UCI no es fácilmente reemplazable y en varios países existen déficits de este personal.

Por tanto, quienes deberían tener prioridad en tratamientos con recursos escasos en situación de pandemia y también para la vacunación son:

- (a) Los miembros del personal médico y sanitario de apoyo que atienden a todos los enfermos graves de COVID-19 (en este criterio hay consenso mundial).
- (b) También a todos los que atienden a pacientes graves o con padecimientos crónicos y degenerativos que requieren atención constante (pacientes con cáncer, VIH, enfermedades renales, cardíacas, mentales, neurodegenerativas, inmunosupresoras, etc.), ya que dichas personas requieren cirugías o procedimientos médicos de urgencia. (En este criterio no hay consenso mundial y ahora, tras la experiencia internacional, es destacable por el número elevado de muertes asociadas a la pandemia).
- (c) En tercer lugar, todas las personas que laboran en producir y distribuir alimentos, medicamentos, productos de uso necesario para la higiene y servicios públicos esenciales como energía, combustibles, transportes de bienes necesarios, desazolves y mantenimiento de drenajes, recolección de basura, saneamiento de áreas públicas, policías, bomberos y seguridad pública (en muchas guías no se dice nada al respecto, pero es imprescindible conferir prioridad al tratamiento de estas personas).
- (d) En cuarta prioridad, quienes laboran en telecomunicaciones, aeropuertos (personal especializado como los controladores de vuelos), ejército en tareas de seguridad nacional y ayuda a la población, tribunales y sistema judicial, protección civil, servicios forenses y funerarios, investigación científica y tecnológica, es decir, todas las personas que laboran

---

<sup>16</sup> Algunos gobiernos tienen sistemas de "reemplazo" en sus gabinetes y altos mandos si se produjera una situación en la que muriera el o la jefa de Estado, su gabinete o los principales dirigentes políticos de un país. Todas las naciones deberían tener un protocolo precautorio de esta naturaleza, y todas las constituciones tienen un mecanismo para sustituir o designar jefes y jefas de Estado provisionales cuando muere o es incompetente la persona que había sido electa por el pueblo.

directamente en sostener otros servicios y recursos básicos para la sociedad, y que no son fácilmente reemplazables.

Después de estas 4 prioridades se pueden implementar acciones afirmativas y triajes especiales que favorezcan a grupos vulnerables y a personas que se dedican a otros servicios de trascendencia social, como los educativos.

## 6. El criterio utilitarista de responsabilidad social

¿Deberían formar parte de las consideraciones y criterios para el triaje la ocupación profesional de la gente y su nivel de responsabilidad social? La mayoría de las guías responden que no. Pero uno de los criterios dentro del rubro “utilidad social” tiene relevancia ética y no implica juzgar la profesión ni cuestionar las decisiones previas y cuidado de la salud de cada paciente, sino solamente *su utilidad social y su responsabilidad directa para con otros*:

*En la medida en que este tipo de “valores sociales” lleva a excluir a criminales o personas consideradas “poco valiosas”, tendemos a rechazar la inclusión de este criterio. Pero ¿qué diríamos si la opción incluye a una madre con varios hijos, por un lado, y a un hombre soltero, por otro? ¿Debemos incluir solamente el bienestar del paciente o también el de otros (hijos, padres, la comunidad)? (Rivera López, 2001: 144).*

La pandemia nos ha revelado que un criterio adicional para la atención crítica sí puede ser considerado: deben tener prioridad quienes reciben un diagnóstico de calidad y cantidad de vida aceptable, y *que tengan capacidades y responsabilidades sociales mayores* en comparación con las personas ancianas que han tenido ya una experiencia vital suficiente, o bien con aquellas que viven solas y sin dependientes directos. Lo más racional es utilizar los recursos escasos de la manera más eficiente posible para intentar preservar al mayor número en edad productiva, *que tengan a su cuidado a otras personas dependientes económica y socialmente*.<sup>17</sup> Si alguien de edad mayor cumple estos criterios debería tener prioridad (por ejemplo, que esté a cargo del cuidado de sus nietos/nietas), porque el mayor bien buscado aquí tiene una implicación de carácter socio-político de suma trascendencia para el bienestar general.

Según los informes oficiales en México, no hubo necesidad de aplicar formalmente el triaje en los hospitales.<sup>18</sup> Sin embargo, la no sobresaturación de las UCI no se debió probablemente a

---

<sup>17</sup> Uno de los datos que más llaman la atención del estudio de Hernández Bringas es que el 26,9%, el mayor porcentaje, de personas fallecidas por COVID-19 fueron mujeres “amas de casa”. (Hernández Bringas, 2020: 124).

<sup>18</sup> El gobierno mexicano ha destacado que pudo equipar con ventiladores suficientes a las UCI y hospitales que provisionalmente se

una eficiente gestión de los contagios e ingresos a los hospitales, sino a la escasez de recursos y unidades hospitalarias del sistema de salud y a la dificultad de llegar a tiempo para ser atendido. Mucha gente no alcanzó a llegar a urgencias o quizá prefirió no acudir al hospital: 7,8% murió fuera de los nosocomios. Al respecto comenta Hernández Bringas:

*A nivel nacional, solo una de cada cinco personas fallecidas por COVID-19 fue atendida en UCI. En las instituciones privadas, las unidades médicas de la SEDENA y de la Secretaría de Marina y los hospitales municipales el número de personas en las UCI fue superior al de personas fallecidas. El contraste más significativo es el del IMSS, que solo proporcionó terapia intensiva al equivalente al 4% de las personas fallecidas que había atendido dicha institución. (Hernández Bringas, 2020: 128).*

Así pues, podemos denominar criterio de “responsabilidad social”, es decir, tener dependientes económicos, menores de edad, personas discapacitadas o ancianas a cargo, como criterio ético relevante para evaluar la “utilidad social” del tratamiento con recursos escasos en una UCI en situación de pandemia. Este criterio utilitarista, adicionado a los criterios médicos y otros criterios sociales que hemos señalado en las cuatro prioridades, podría aumentar en México el número global de población atendida en las UCI<sup>19</sup> y, potencialmente, la posibilidad de preservar más vidas.

## 7. El triaje “simbólico” o especial

También suele haber casos de “triaje simbólico” en los que se selecciona personas que tengan la suerte de ser conocidas por una acción o situación moralmente relevante que, de otra manera, no serían consideradas en prioridad. Ha sucedido en desastres naturales, y es, en parte, un escenario probable en el entorno inmediato del hospital. Así que este tipo de selección extraordinaria debe sumarse a la selección de personas que tengan responsabilidades sociales, pero siempre con un límite preestablecido.

---

convirtieron en centros de atención COVID-19. Según las autoridades, no se desbordaron las UCI ni se aplicaron formalmente triajes. Pero aún no sabemos si contaron con el personal médico y de apoyo suficiente, y si se tomaron decisiones eficientes en el manejo de los casos en estado crítico. La proporción de ingreso a las UCI y de letalidad en los hospitales en México fue muy variable. Pero la tendencia es que fue mucho mayor el porcentaje de ingreso a UCI en hospitales privados y de las fuerzas armadas que en el IMSS o ISSSTE. Pero una vez ingresado a una UCI, había un riesgo tres veces mayor de morir en los hospitales del IMSS y del ISSSTE (que concentran a la mayoría de la gente con seguridad social y de niveles socioeconómicos más bajos) que en los hospitales de las fuerzas armadas o en los hospitales privados de alto nivel económico (Hernández Bringas, 2020: 127-128).

<sup>19</sup> Ciertamente no hay seguridad de que más ingresos a las UCI deriven directamente en más personas que superen la enfermedad grave, pero al menos reduciría la cantidad de aquellas que no fueron adecuadamente atendidas.

*Los veteranos de las misiones humanitarias a menudo dan testimonio de eventos en los que se ejerció mucha presión para persuadir al oficial de triaje para que admitiera a personas en nombre de consideraciones no médicas. Una víctima podría ser «la única sobreviviente entre siete hermanos», «una niña que sobrevivió milagrosamente una semana bajo los escombros», «una anciana que resultó herida mientras salvaba heroicamente a muchos otros», «un hombre que es el único sostén de una gran familia» [...] Por tanto, asignar un porcentaje de puestos (por ejemplo, uno de cada cincuenta) a consideraciones humanitarias o simbólicas que son extraordinarias, así como la opinión de más de un oficial de triaje (si es posible) en la aplicación de este vago criterio puede ofrecer una solución satisfactoria. (ten Have, 2016: 2845).*

Podríamos agregar que sería justo incluir en este tipo de triaje especial o “simbólico” que el personal de salud directamente involucrado en las UCI y en los servicios de urgencias tuviera la oportunidad de beneficiar a un familiar en línea consanguínea directa (hermanas/os, hijas/os, padre o madre) para aliviar así su angustia por su gravedad, y motivar más su trabajo en beneficio de toda la sociedad.

## 8. La persistencia de las brechas de desigualdad social

Por los imponderables que implica, muchas personas piensan que no solo sería discriminatorio sino impracticable el triaje con criterios de utilidad social, y que únicamente se debería priorizar al personal médico directamente involucrado en las UCI. Empero, si no se aplica un adecuado triaje cuando es necesario, es lógico suponer que el personal médico podría favorecer en sus decisiones de tratamientos críticos a personas de su familia extendida o conocidas, o a quienes les simpatizaran más; es decir, que prevaleciera el tipo de triaje “simbólico” o de sesgo afectivo.

Pero también es inevitable que, en sociedades desiguales y racistas como la mexicana, persistan de manera involuntaria en los servicios de salud patrones o tendencias de discriminación que afectan a la gente más pobre, menos escolarizada, de tez más “morena” o de apariencia “extranjera”. De otro modo, además de la mayor exposición riesgosa que enfrentaron grupos vulnerables, no se puede explicar por qué en países de desigualdad añeja como México murieron en mayor proporción personas con menores recursos económicos<sup>20</sup>, las desempleadas

---

<sup>20</sup> Mientras la tasa de letalidad es del 7.7% en los municipios de altos ingresos económicos en México, en los municipios urbanos pobres es del 13.4% y en los municipios rurales de mayoría indígena fue del 20%. La diferencia es muy notable. El promedio nacional de México es una de las tasas de letalidad más altas en el mundo por COVID-19: 10.7%, que se refleja en el número absoluto de fallecidos. (Hernández Bringas, 2020: 117).

o de empleos callejeros informales, mujeres dedicadas al cuidado del hogar, así como aquellas con comorbilidades derivadas de la obesidad (24.5% de los muertos), diabetes (38.1%) e hipertensión (44.4%); padecimientos que no son fortuitos, sino signo de otra epidemia social que afecta especialmente a la población en pobreza, con mala alimentación y falta de acceso a los sistemas públicos de salud para recibir un tratamiento oportuno.

El triaje levantó muchas críticas y recelos porque en países muy longevos, como España o Italia, se temía que se utilizara principalmente el criterio de la edad para decidir quiénes recibirían atención prioritaria en las UCI, afectando a las más ancianas y vulnerables por comorbilidades asociadas. Mientras tanto, en países como México, con una pirámide etaria todavía asentada en población más joven, la mayoría de los decesos se produjo en el rango de 40 a 69 años (el 63%), mientras que el rango de mayores de 70 años ha sido el 31% (Hernández Bringas, 2020: 118).

Por tanto, de acuerdo con los datos recabados por Hernández Bringas, en México podemos decir que hemos perdido durante la pandemia en mayor proporción a una población que asumía responsabilidades sociales y estaba a cargo de otras personas.<sup>21</sup> Ciertamente, las comorbilidades y mala salud general de la población pueden explicar la alta tasa de decesos de gente relativamente joven. No obstante, mi hipótesis es que un adecuado triaje, aplicando los criterios de utilidad médica ajustados con criterios de utilidad social, podría tener como objetivo intentar salvar a más de esas personas en esta o en la próxima pandemia.

De acuerdo con la *Guía bioética mexicana*, no se debería discriminar a nadie por ningún motivo, y tampoco aplicar el criterio de orden de llegada, sino calcular las posibilidades de beneficio terapéutico y sobrevivencia para entrar a la UCI. Sin embargo, la *Guía* cometía un error, en mi opinión, al excluir que ser “cabeza de familia” fuera un criterio relevante para el ingreso a las UCI. Esto es más relevante hoy al conocerse que México es el país con el mayor número de niños(as) huérfanos por la COVID-19 en América Latina y el segundo en el mundo, solo detrás de la India.<sup>22</sup>

*Las siguientes características no deberán de ser tomadas en cuenta durante la asignación de recursos escasos de medicina crítica: afiliación política, religión, ser*

---

<sup>21</sup> Además, el confinamiento en México no fue obligatorio e implicó que quienes tenían que salir a trabajar o buscar el sustento se expusieran a mayores riesgos. Y lo tuvieron que hacer porque no recibieron ayudas económicas de los gobiernos.

<sup>22</sup> El *Excelsior*, así como otros periódicos, reportó el 31 de octubre de 2021: “Aunque México ocupa el cuarto sitio de los países con más muertos por COVID-19, después de Estados Unidos, Brasil e India, ocupa el primer sitio en menores huérfanos en el continente americano debido a esta enfermedad, revela un estudio del Instituto Belisario Domínguez (IBD) del Senado. En México, de acuerdo con cifras oficiales, han quedado en la orfandad 131 mil 325 niñas y niños, quienes han perdido a su padre, madre o a ambos, y es el primero con menores de edad que han perdido a su cuidador principal, con 141 mil 132 casos. [...] De esta manera, según el estudio del IBD, citando a la UNICEF y a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el país con más huérfanos por COVID-19 es la India (241,200), seguido de México (131,325), Brasil (113,150) y Estados Unidos (104,884)”.

*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. (Consejo de Salubridad General, 2020: 5).*

Es fundamental que cualquiera que sea el método de triaje, se realice mediante la deliberación y consenso de comités de bioética con la experiencia suficiente, y que el método debe ser bien conocido por la población mediante una campaña de información exhaustiva. Sus criterios se deben apegar al principio de la mayor transparencia para que nadie piense que son arbitrarios. Las decisiones en el triaje deben estar basadas en datos verificados, las personas afectadas deben estar de acuerdo (o sus familiares, si aquellas no están conscientes) y aceptar los criterios de selección como base de un consentimiento informado sobre los tratamientos factibles, entre los cuales están los cuidados paliativos en estado terminal. Estos factores de transparencia podrían favorecer que más personas infectadas acudan oportunamente a los hospitales.

## 9. Conclusiones

- (1) En esta y en las próximas pandemias será necesario emplear métodos de triaje para intentar salvar al mayor número posible de personas. Pero el triaje no se reduce, en algunos casos, a una decisión técnico-médica, sino que implica consideraciones y criterios de utilidad social; es, por ende, una cuestión bioética.
- (2) Los criterios de utilidad social deben agregarse y combinarse con los criterios médicos para reforzar las decisiones de triaje tomadas deliberativamente en comités hospitalarios de bioética, que ayuden al personal de salud.
- (3) Los datos disponibles en México del perfil sociodemográfico de la población fallecida por la pandemia revelan que un porcentaje significativo no fue atendido en los hospitales o prefirió no acudir a los servicios de urgencias, por ello las UCI no se sobresaturaron. Mi hipótesis es que una mejor gestión pública y un triaje más claro permitirían que la gente acuda con mayor confianza y oportunidad a los hospitales y que el triaje pueda beneficiar a más personas (independientemente de su estrato socioeconómico), que podrían estar en posibilidad de superar la enfermedad al ser atendidas en las UCI de toda la red del sistema público de salud.
- (4) A partir de los datos disponibles aquí citados, los perfiles sociodemográficos de fallecimientos por COVID-19 en México confirman las brechas de desigualdad social persistentes. Mi hipótesis al respecto es que en las siguientes pandemias un triaje que incluya criterios de utilidad social podría lograr salvar a más gente en edad productiva, con responsabilidades

sociales prioritarias o que están al cuidado de otras personas (como las mujeres al cuidado del hogar), lo que redundaría en un mayor beneficio social.

- (5) En las próximas pandemias serán indispensables en todo el mundo métodos más precisos y claros de triaje para ofrecer a la población garantías de que se actuará con racionalidad, equidad y transparencia en una situación de emergencia sanitaria en la que, muy probablemente, escasearán los recursos de medicina crítica y personal especializado, el cual, además, quedará exhausto después de días de enfrentar las peores oleadas pandémicas.
- (6) Para lograr no naufragar en una situación tan complicada como la de la reciente pandemia requerimos que toda la experiencia bioética, mediante una deliberación colectiva en comités experimentados, esté al servicio de los sistemas públicos de salud para cumplir el principio de beneficiar al mayor número posible de personas. Los protocolos de triaje implican problemas bioéticos de no fácil resolución y no se reducen a una mera cuestión técnica/médica, por lo que pueden ser enriquecidos con la consideración de los criterios éticos y sociales que aquí hemos discutido.

## Referencias

- ◆ Altman, M. C. (mayo de 2021). A consequentialist argument for considering age in triage decisions during the coronavirus pandemic. (IAB, Ed.) *Bioethics*, 35(4), 356-365. DOI: 10.1111/bioe.12864.
- ◆ Arreola Ornelas, H., Frenk, J., Gómez, A., & Knaul, F. (2021). *Salud: focos rojos. Retroceso en los tiempos de la pandemia* (Epub ed.). México: Debate.
- ◆ Beauchamp, T. L., & Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- ◆ Consejo de Salubridad General. (abril de 2020). Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia. México: Secretaría de Salud, Gobierno de México. Obtenido de [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion\\_relevante/GuiaBioeticaTriage\\_30\\_Abril\\_2020\\_7pm.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf).
- ◆ Ehni, H.-J., Wiesing, U., & Ranisch, R. (febrero de 2021). Saving the most lives—A comparison of European triage guidelines in the context of the COVID-19 pandemic. (I. A. Bioethics, Ed.) *Bioethics*, 35(2), 125-134. doi:<https://doi.org/10.1111/bioe.12836>.
- ◆ Fernández Ruiz, S., Sánchez Bayle, M., & Sánchez Fernández, C. (2021). *Salud, pandemia y sistema sanitario*. Madrid: Foca-Akal.
- ◆ Heras, G. (2020). *En primera línea. Un testimonio desde las UCI de la crisis del coronavirus* (Epub ed.). Barcelona: Península.

- ◆ Hernández Bringas, H. (julio-diciembre de 2020). COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico. CEPAL. *Notas de población, XLVII* (no. 111), 105-133. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46557/1/20-00528\\_LDN111\\_05\\_Hernandez.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46557/1/20-00528_LDN111_05_Hernandez.pdf).
- ◆ Jöbges, S., Vinary, R., & Luyckx, V. (noviembre de 2020). Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. (I. A. Bioethics, Ed.) *Bioethics*, 34(9), 948-959. doi:<https://doi.org/10.1111/bioe.12805>.
- ◆ Kuhse, H., & Singer, P. (2014). *A Companion to Bioethics* (2a. ed.). USA: Wiley-Blackwell.
- ◆ Lewis, J., & Schuklenk, U. (enero de 2021). Bioethics met its COVID-19 Waterloo: The doctor knows best again. (IAB, Ed.) *Bioethics*, 35(1), 3-5. doi: <https://doi.org/10.1111/bioe.12840>.
- ◆ OPS-OMS. (2020). *Orientación ética para el uso de recursos limitados en los servicios críticos de salud durante la pandemia de COVID-19*. Obtenido de OPSHSSBIOCOVID19200012\_spa.pdf (paho.org).
- ◆ Post, S. G. (Ed.). (2004). *Encyclopedia of Bioethics* (3a. ed., Vol. 2). USA: Thompson Gale.
- ◆ Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (mayo de 2021). Ethical issues in managing the COVID-19 pandemic. (I. A. Bioethics, Ed.) *Bioethics*, 35(6), 581-588. doi:<https://doi.org/10.1111/bioe.12877>.
- ◆ Rivera López, E. (2001). *Ética y trasplantes de órganos*. México: FCE/UNAM.
- ◆ Savulescu, J., Persson, I., & Wilkinson, D. (julio de 2020). Utilitarianism and the pandemic. (IAB, Ed.) *Bioethics*, 34(6), 624-632. doi:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bioe.12771>.
- ◆ Schuklenk, U., & Savulescu, J. (marzo de 2021). The COVID-19 pandemic and what bioethics can and should contribute to health policy development. (IAB, Ed.) *Bioethics*, 35(3), 227-228. doi: <https://doi.org/10.1111/bioe.12855>.
- ◆ Shaw, D. (mayo de 2021). Triaging ethical issues in the coronavirus pandemic: how to prioritize bioethics research during public health emergencies. (IAB, Ed.) *Bioethics*, 35(4), 380-304. doi: <https://doi.org/10.1111/bioe.12859>.
- ◆ ten Have, H. (Ed.). (2016). *Encyclopedia of Global Bioethics*. Dordrecht: Springer.
- ◆ WHO (OMS). (2016). *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. Recuperado el 2021, de WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

**Fecha de recepción: 15 de febrero de 2022**

**Fecha de aceptación: 10 de septiembre de 2022**

**Fecha de publicación: 19 de octubre de 2022**