

PROPOSICIÓN CON PUNTO DE ACUERDO POR LA QUE LA CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN, RECHAZA QUE EN LA GUÍA BIOÉTICA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS DE MEDICINA CRÍTICA, SE ESTABLEZCA CUALQUIER TIPO DE CRITERIO BASADO EN LA EDAD O CUALQUIER TIPO DE DISCRIMINACIÓN, PARA LA ATENCIÓN CRÍTICA DE LOS ENFERMOS POR COVID-19.

SILVIA LORENA VILLAVICENCIO AYALA, en mi calidad de Diputada Federal de la LXIV Legislatura, integrante del Grupo Parlamentario de MORENA, con fundamento en lo dispuesto en la fracción I del numeral 1 del artículo 6 y numeral 1, fracción II, del artículo 79 del Reglamento de la Cámara de Diputados, someto a consideración del pleno de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, la presente proposición con punto de acuerdo, bajo las siguientes:

CONSIDERACIONES

PRIMERO. En la actualidad estamos enfrentando la epidemia más grave en los últimos cien años, la cual ha tenido y sigue teniendo enormes consecuencias negativas para la salud, la vida y la economía mundial, y por supuesto también de México.

Con la finalidad de afrontar la enfermedad del Coronavirus SARS-coV 2, causante de la enfermedad de Covid19, el Consejo de Salubridad General (CSG)¹ llevó a cabo su primera Sesión Extraordinaria 2020² el 19 de marzo, y como parte de los acuerdos, entre otros, se aprobaron:

"1. El pleno del Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID) en México como una enfermedad grave de atención prioritaria.

2. El pleno del Consejo de Salubridad General sanciona las medidas de preparación, prevención y control de la epidemia de COVID diseñadas, coordinadas, y supervisadas por la Secretaría de Salud, e implementadas por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF), los poderes Legislativo y Judicial, las instituciones del Sistema Nacional de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y diversas organizaciones de los sectores social y privado.

¹ El Consejo de Salubridad General (CSG) es un órgano del Estado Mexicano, establecido por el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dependiente del Presidente de la República, presidido por el Secretario de Salud, que tiene como mandato la emisión de disposiciones obligatorias en materia de Salubridad General. El Consejo representa la segunda autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República. El ámbito de acción del Consejo abarca a todas las organizaciones, públicas y privadas, que constituyen el Sistema Nacional de Salud, y todas aquellas que estén relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales. Emitir disposiciones de carácter obligatorio en materia de Salubridad General en todo el país mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos, y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal, para fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud hacia el cabal cumplimiento del Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

² Presidencia de la República. 19 de marzo de 2020. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/092-se-declara-en-sesion-permanente-el-consejo-de-salubridad-general>

3. La Secretaría de Salud establecerá las medidas necesarias para la prevención y control de la epidemia COVID. En consenso con las dependencias y entidades involucradas en su aplicación, se definirán las modalidades específicas, las fechas de inicio y término de las mismas, así como su extensión territorial.

4. El Consejo de Salubridad General exhorta a los gobiernos de las entidades federativas, en su calidad de autoridades sanitarias y, en general, a los integrantes del Sistema Nacional de Salud a definir, a la brevedad, planes de reconversión hospitalaria y expansión inmediata de capacidad que garanticen la atención oportuna de los casos de COVID que requieran hospitalización;

5. El Consejo de Salubridad General se constituye en sesión permanente hasta nuevo aviso.

Durante el desarrollo de la reunión que se realizó en Palacio Nacional, se expusieron las actividades realizadas por la Secretaría de Salud en la preparación y control en México para la atención de los efectos del virus denominado COVID-19, también conocido como coronavirus 2019.

Asimismo, se expuso el Plan Estratégico de Reconversión de Camas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), puesto en marcha el pasado 28 de febrero, donde participan 18 hospitales en distintos puntos del país..."

Después de este acuerdo, se han venido publicando en el Diario Oficial de la Federación diversos decretos y acuerdos para concretar los acuerdos tomados por el Consejo de Salubridad General, y poder hacer frente de la mejor manera ante la pandemia de Covid19; entre algunas de las disposiciones más relevantes se encuentran las siguientes:

1) El 24 de marzo de 2020, que se publicó en el Diario Oficial de la Federación, ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)³, el cual, entre otros puntos, estableció:

"ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

Para los integrantes del Sistema Nacional de Salud será obligatorio el cumplimiento de las disposiciones del presente Acuerdo.

Las autoridades civiles, militares y los particulares, así como las dependencias y entidades de los tres órdenes de gobierno, estarán obligadas a la instrumentación de las medidas preventivas

³ DOF 24/03/2020 ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020

contra la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), a que se refiere el primer párrafo de este artículo.

Para efectos de este Acuerdo se entenderá por medidas preventivas, aquellas intervenciones comunitarias definidas en la "Jornada Nacional de Sana Distancia", que tienen como objetivo el distanciamiento social para la mitigación de la transmisión poblacional de virus SARS-CoV2 (COVID-19), disminuyendo así el número de contagios de persona a persona y por ende el de propagación de la enfermedad, con especial énfasis en grupos vulnerables, permitiendo además que la carga de enfermedad esperada no se concentre en unidades de tiempo reducidas, con el subsecuente beneficio de garantizar el acceso a la atención médica hospitalaria para los casos graves.

ARTÍCULO SEGUNDO.- *Las medidas preventivas que los sectores público, privado y social deberán poner en práctica son las siguientes:*

a) Evitar la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y otros lugares concurridos, a los adultos mayores de 65 años o más y grupos de personas con riesgo a desarrollar enfermedad grave y/o morir a causa de ella, quienes en todo momento, en su caso, y a manera de permiso con goce de sueldo, gozarán de su salario y demás prestaciones establecidas en la normatividad vigente indicada en el inciso c) del presente artículo. Estos grupos incluyen mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, menores de 5 años, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas no transmisibles (personas con hipertensión arterial, pulmonar, insuficiencia renal, lupus, cáncer, diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia hepática o metabólica, enfermedad cardiaca), o con algún padecimiento o tratamiento farmacológico que les genere supresión del sistema inmunológico;

b) Suspender temporalmente las actividades escolares en todos los niveles, hasta el 17 de abril del 2020, conforme a lo establecido por la Secretaría de Educación Pública;

c) Suspender temporalmente las actividades de los sectores público, social y privado que involucren la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas a partir de la entrada en vigor de este Acuerdo y hasta el 19 de abril del 2020.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las organizaciones de los sectores social y privado, deberán instrumentar planes que garanticen la continuidad de operaciones para el cumplimiento de sus funciones esenciales relacionadas con la mitigación y control de los riesgos para salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) y garantizar los derechos humanos de las personas trabajadoras, en particular los señalados en el inciso a) del presente artículo, y de los usuarios de sus servicios.

En el sector público, los Titulares de la Áreas de Administración y Finanzas u homólogos o bien las autoridades competentes en la institución de que se trate, determinarán las funciones esenciales a cargo de cada institución, cuya continuidad deberá garantizarse conforme al párrafo anterior.

En el sector privado continuarán laborando las empresas, negocios, establecimientos mercantiles y todos aquéllos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, de manera enunciativa, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, servicios médicos, financieros, telecomunicaciones, y medios de información, servicios hoteleros y de restaurantes, gasolineras, mercados, supermercados, misceláneas, servicios de transportes y distribución de gas, siempre y cuando no correspondan a espacios cerrados con aglomeraciones.

Las relaciones laborales se mantendrán y aplicarán conforme a los contratos individuales, colectivos, contratos ley o Condiciones Generales de Trabajo que correspondan, durante el

plazo al que se refiere el presente Acuerdo y al amparo de la Ley Federal del Trabajo y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional.

Todo lo anterior, con estricto respeto a los derechos laborales de las y los trabajadores, en los sectores público, social y privado;

d) Suspender temporalmente y hasta nuevo aviso de la autoridad sanitaria, los eventos masivos y las reuniones y congregaciones de más de 100 personas;

e) Cumplir las medidas básicas de higiene consistentes en lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo; saludar aplicando las recomendaciones de sana distancia (evitar saludar de beso, de mano o abrazo) y recuperación efectiva para las personas que presenten síntomas de SARS-CoV2 (COVID-19) (evitar contacto con otras personas, desplazamientos en espacios públicos y mantener la sana distancia, durante los 15 días posteriores al inicio de los síntomas), y

f) Las demás que en su momento se determinen necesarias por la Secretaría de Salud, mismas que se harán del conocimiento de la población en general, a través del titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

ARTÍCULO TERCERO.- *Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán mantener coordinación con la Secretaría de Salud para la instrumentación de las medidas objeto del presente Acuerdo.*

ARTÍCULO CUARTO.- *La Secretaría de Salud será la única instancia responsable de la emisión y manejo de la información oficial que se desprenda del presente Acuerdo."*

2) El 27 de marzo de 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación,⁴ DECRETO por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), el cual, entre otros puntos, estableció:

"Que... la Ley General de Salud establece la posibilidad de que el Ejecutivo Federal declare, mediante decreto, la región o regiones amenazadas que quedan sujetas, durante el tiempo necesario, a la acción extraordinaria en materia de salubridad general;

Que las acciones extraordinarias en materia de salubridad general serán ejercidas por la Secretaría de Salud, para lo cual deberá integrar y mantener permanentemente capacitadas y actualizadas brigadas especiales que actuarán bajo su dirección y responsabilidad, llevando a cabo las atribuciones a que se refiere la Ley General de Salud, y

Que aún y cuando se han llevado diversas acciones preventivas para la mitigación y el control de la enfermedad causada por el SARS-CoV2 (COVID-19), mismas que han permitido atenuar la propagación de la enfermedad en la población mexicana, resulta necesario emprender acciones adicionales extraordinarias a efecto de salvaguardar la integridad y la salud de los

⁴ DOF 27/03/2020. Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020

mexicanos ante la situación de emergencia que afecta al país, por lo que he tenido a bien emitir el siguiente:

DECRETO

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

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

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

3) Como consecuencia inevitable del avance de la pandemia, en todo el mundo y en México, el 30 de abril de 2020, el Consejo General de Salubridad publicó en el Diario Oficial de la Federación el **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)**⁵, que en su parte sustantiva señala:

"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)

Primero. Se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

⁵ DOF, 30/04/2020. ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020

Segundo. La Secretaría de Salud determinará todas las acciones que resulten necesarias para atender la emergencia prevista en el numeral anterior."

SEGUNDO. A partir de la declaración de emergencia sanitaria, distintas áreas del sector salud han venido preparándose para afrontar la pandemia en sus momentos de mayor recurrencia, es decir, cuando existan más casos activos, y se tenga necesidad de su hospitalización e incluso de una atención médica crítica, a través de la intubación de los pacientes para el uso de ventiladores mecánicos que los auxilie a respirar.

Según un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), denominado "*¿Cómo se compara el sistema de salud de México con otros miembros de la OCDE? Descripción general basada en indicadores de Health at a Glance 2019*", en México, el gasto "*per cápita*"⁶ en materia de Salud es de \$1,138.00 dólares, comparado con el promedio de los países de la OCDE que es de \$3,994.00 (en USD PPA⁷); mientras el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) que México destina al sector es de 5.5 % por ciento, frente al 8.8 por ciento de los integrantes de la organización.

De acuerdo con este estudio, en México existen relativamente pocos profesionales de la salud: En 2019 el número de médicos per cápita por cada 1,000 habitantes fue de 2.4 galenos, una cifra muy inferior al promedio de médicos en los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 3.5 médicos por cada 1,000 habitantes; por otra parte, en 2019, el número de enfermeras o enfermeros era de 2.9 por cada 100.000 habitantes, un cifra que sigue estando muy por debajo del promedio de 8.8 enfermeras por cada cien mil habitantes, en los Estados miembros de la OCDE. Así mismo los datos del multimencionado estudio señalan una baja proporción de enfermeros con respecto a médicos, de 1.2 en México y ante el 2.7 de la OCDE (en la proporción de enfermeros/médicos.)⁸

Por otra parte, en cuanto infraestructura hospitalaria en México, la red de hospitales públicos de todo el país, y que incluye los de la Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Pemex, los de las secretarías de

⁶ ¿Cómo se compara el sistema de salud de México con otros miembros de la OCDE? Descripción general basada en indicadores de Health at a Glance (Salud en un vistazo) 2019. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-C%C3%B3mo-se-compara-M%C3%A9xico.pdf>

⁷ Las conversiones a dólares internacionales se calculan utilizando la "paridad del poder adquisitivo" (PPA). La PPA es la cantidad de unidades monetarias locales que se necesitan para adquirir, dentro del país en cuestión, la misma cantidad de bienes que en Estados Unidos se comprarían con un dólar estadounidense. Los bienes deben ser iguales o al menos comparables.

⁸ ¿Cómo se compara el sistema de salud de México con otros miembros de la OCDE? Descripción general basada en indicadores de Health at a Glance (Salud en un vistazo) 2019. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-C%C3%B3mo-se-compara-M%C3%A9xico.pdf>

Marina y Defensa Nacional disponen de alrededor de 3 mil camas para cuidados intensivos para atender a los pacientes que se encuentren gravemente enfermos.⁹

De acuerdo a información proporcionada por la Secretaría de Salud, el IMSS tiene 1,867 de estas camas y 2,565 ventiladores para soporte respiratorio; el ISSSTE, 551 camas y 3,064 ventiladores; Pemex, 102 y 103, respectivamente, y Salud (con sus hospitales de alta especialidad) tiene 218 camas y 443 ventiladores. En total, solo en el centro, en la Ciudad de México, señaló Terán, hay 400 camas de cuidados intensivos en diferentes hospitales. En el país hay apenas 1.4 camas de hospital por cada mil habitantes, mientras que en China hay 4.3, en Italia 3.2 y en España son 3 por cada mil personas.

Para tener la suficiente capacidad, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López Gatell, explicó que se hará una reorganización de los hospitales y se pospondrán todas las consultas y servicios que no sean urgentes para priorizar la atención a los afectados por COVID-19.¹⁰ El martes 17 de marzo, al salir de una reunión entre el gabinete extendido y el presidente Andrés Manuel López Obrador, el secretario de Salud, Jorge Alcocer, aseguró que se hará esa reconversión. El funcionario federal dijo que existe la posibilidad de solicitar la colaboración de hospitales privados. Señaló que no se requiere construir un nuevo hospital, como hizo el gobierno de China para agilizar la atención de la población contagiada.¹¹

Así mismo, la esperanza de vida en México se ha incrementado mucho más lentamente en los últimos diez años que en cualquier otro país de la OCDE; hoy en día, México tiene la esperanza de vida más baja entre todos los países de la OCDE. Mientras que la esperanza de vida se incrementó en promedio en tres años entre el 2000 y el 2012 en los países de la OCDE (aumentando de 77.1 años a 80.2 años), la esperanza de vida en México se incrementó solamente en un año durante el mismo periodo (de 73.3 a 74.4 años). Por lo tanto, la brecha en longevidad entre México y otros países miembros de la OCDE se ha ampliado de aproximadamente cuatro a cerca de seis años.

El lento progreso en la esperanza de vida en México se debe a los dañinos comportamientos relacionados con la salud incluyendo malos hábitos de nutrición y a las muy altas tasas de obesidad, como también, al incremento en las tasas de mortalidad debido a la diabetes y a la no reducción en la

⁹ Animal Político. 18 de marzo de 2020. En conferencia de prensa Gustavo Reyes Terán, titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), <https://www.animalpolitico.com/2020/03/pocas-camas-hospital-baja-proporcion-medicos-enfrentaria-mexico-covid-19/>

¹⁰ Idem.

¹¹ Ibid.

mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

En México, la tasa de obesidad en la población adulta – basada en medidas reales de talla y peso – fue de 32.4% en el 2012 (en comparación con una tasa de 24.2% en el 2000), la cual representa la segunda tasa más alta de los países de la OCDE, después de los Estados Unidos (35.3% en el 2012). La creciente prevalencia de la obesidad presagia incrementos en la incidencia de problemas de salud (tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares).

Es en este contexto, de un déficit de profesionales de la salud, principalmente médicos y enfermeras; una infraestructura hospitalaria limitada, y un alto porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas como obesidad, diabetes, hipertensión arterial, derivada de décadas de mala alimentación, es como México se verá obligado a enfrentar la parte más difícil de la pandemia ocasionada por el coronavirus SARS-CoV2, causante de la enfermedad del Covid-19.

Finalmente cabe mencionar que el escenario sobre la “carga de enfermedad” calculado con base en lo ocurrido en China, el nivel de afectación que tuvo ese país y la población en México, se estima que la “tasa de ataque” en México sea de 0.2%, por lo que habría 250,656 personas con COVID-19. De esa cantidad, unas 140,367 solo requerirían tratamiento ambulatorio, es decir, en su hogar, sin requerir ser hospitalizadas. En cuanto a pacientes que sí requerirían hospitalización, aunque sin requerir terapia intensiva, el cálculo es de 24,564 personas; mientras que 10,528 personas sí podrían necesitarla,¹² por estar en estado crítico.

TERCERO. Como parte de los preparativos que realiza el sector salud para la atención de enfermos por Covid-19 durante la fase crítica de la enfermedad, el Consejo de Salubridad General publicó un documento intitulado “**Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica**”, que tiene por objeto servir de pauta o guía para los profesionales de la Salud que, en caso de llegar a una situación crítica en la que no haya disponibilidad de recursos médicos para el tratamiento a los pacientes de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, deberán decidir que pacientes reciben el recurso. Con pocas camas de hospital y baja proporción de médicos México enfrenta al COVID-19.

¹² Animal Político. 18 de marzo de 2020. Con pocas camas de hospital y baja proporción de médicos México enfrenta al COVID-19.

<https://www.animalpolitico.com/2020/03/pocas-camas-hospital-baja-proporcion-medicos-enfrentaria-mexico-covid-19/>

A manera de precedente, podemos señalar que desde el año 2007, la Organización Mundial de la Salud, proponía una serie de consideraciones éticas a aplicar en salud pública para responder a la influenza, para lo cual se elaboró el documento titulado "**Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica**".¹³

El propósito de estas "**Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica**", es ayudar en las decisiones de política sobre la incorporación de consideraciones éticas en los planes nacionales de preparación para una pandemia de gripe. Así mismo, trata de cuestiones relacionadas con la salud pública, en especial las que surgen probablemente durante el periodo de una alerta pandémica. El escrito de mérito, entre otros puntos, se refiere a:

- 1) El establecimiento de prioridades y el acceso equitativo a recursos;
- 2) Restricciones en el movimiento de los individuos como consecuencia de intervenciones no farmacéuticas (aislamiento de casos, cuarentena de contactos y limitación de las reuniones sociales);
- 3) Las obligaciones respectivas del personal sanitario y sus empleadores y gobiernos; y.
- 4) Las obligaciones recíprocas de los países.

Pero sobre todo establece la base de los principios éticos fundamentales sobre los que debe hacerse hincapié como son la equidad, utilidad/eficiencia, libertad, reciprocidad y solidaridad. Y se aborda la necesidad de un intercambio transparente y oportuno de información para mejorar el diseño de políticas basadas en pruebas y facilitar la participación pública en el proceso de toma de decisiones.

Ahora el bien, como ya se ha mencionado, para la pandemia provocada por el virus SARS-CoV2, causante de la enfermedad del Covid-19, en México, de manera preliminar ha desarrollado la "**Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica**", sin embargo, de manera desafortunada, en uno de sus aspectos fundamentales, **desarrolló un criterio aplicable a aquellos casos que requieran cuidados hospitalarios intensivos que no puedan ser atendidos en el lugar de tratamiento por no existir el recurso médico material, y tampoco puedan ser referidos a otro centro de salud para ser atendidos de manera adecuada.**

¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica.

Es decir, en palabras simples, la mencionada guía, ante la escasez de equipo médico, estableció un supuesto sobre a **quien se debe "priorizar"**, entre dos personas, **para la asignación de recursos**, humanos y tecnológicos, a fin de salvarle la vida una de ellas.

Así pues, el documento, que es dividido en dos secciones o partes. En cuanto a la primera parte, el documento establece como principio rector salvar la mayor cantidad de vidas bajo los principios de Salud Pública Justicia Social, orden de llegada y equidad.

En ese tenor, el principio de Salud Pública evalúa dos aspectos: A) la posibilidad de que un paciente mejore y sobreviva; y, B) el tiempo que dicho paciente utilizará los recursos escasos que se pueden reutilizar.

Esto plantea consideraciones Constitucionales, convencionales, legales, éticas y de derechos humanos que no deben pasar desapercibidas.

Por ejemplo: En los hechos ¿Qué pasaría cuando tengamos un solo ventilador y existan dos pacientes que lo requieren? una persona de 70 años y otra de 20 años. En este caso, atendiendo al **principio de vida-por-completarse**¹⁴, debería de asignarse el recurso al paciente de 20 años, pues de esa manera se **"prioriza"** el salvar una vida que no ha desarrollado todas sus etapas y que, por sus condiciones físicas, será posible o probable que llegue a vivirlas.

Ahora bien, no solo el tema de la edad, se tomarían en cuenta para la decisión de la asignación de recursos y el tratamiento médico intensivo.

Durante procedimiento propuesto, se involucra la creación de equipos de "triaje", que son los encargados de asignar recursos escasos de medicina crítica para el tratamiento en cuidados intensivos. Estos equipos de triaje, independientes del médico tratante, estarían formados por: 1) El Oficial de Triage, que es un médico intensivista o un médico urgenciólogo; 2) El Segundo Oficial de Triage, que deberá ser un profesional de la enfermería intensivista o de urgencias médicas; y, 3) La Administración, que es un administrador del centro de salud.

El sistema para asignación de recursos médicos tendría dos pasos:

I) Calcular el puntaje inicial de priorización de cada paciente;

¹⁴ Por "**Una vida por completarse**" se debe de entender como aquella que aún no ha pasado por los diferentes estados de desarrollo bio-psico-social humanos (i.e. infancia, adolescencia, edad adulta, vejez). Y de entre las vidas-por-completarse hay que elegir aquellas que están en etapas más tempranas."

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

Para calcular el puntaje el paciente debe encontrarse estabilizado brindándole, al efecto, todos los cuidados necesarios, inclusive los mecánicos. De tal suerte, la guía propone utilizar la "**Evaluación Secuencial de Insuficiencia Orgánica** (Sequential Organ Failure Assessment - SOFA, por sus siglas en inglés)¹⁵ u otro método objetivo y validado de supervivencia, que deberá de ser utilizado para determinar la prognosis de supervivencia del paciente.

Es decir, en PRIMER LUGAR, se daría prioridad u obtendrá menor puntaje el paciente que tiene mayor probabilidad de sobrevivir con el menor tiempo de ayuda de la medicina crítica; en SEGUNDO LUGAR, se dará prioridad a salvar la mayor cantidad de "vidas-por-completarse". lo que ya se explicó. La presencia de comorbilidades serias deberá de ser tomada en cuenta cuando se calcule la prognosis a largo plazo de los pacientes. A menor puntaje mayor probabilidad de beneficiarse de los escasos recursos de medicina crítica con los que se cuenta para afrontar la pandemia del Covid-19.

Las decisiones tomadas por el Oficial de Triage para la asignación o reasignación de recursos médicos escasos puede ser apelada; recurso que debe ser resuelto de inmediato por un Comité revisor. La apelación sólo podrá objetar la manera en la que se calculó el puntaje de priorización y no dará trámite a las apelaciones que cuestionan la pertinencia del método de priorización.

El documento propone que solo podrán apelar la asignación o reasignación que hiciera la Unidad de Triage, el paciente, familiares o el médico tratante.

Sólo tendrán prioridad para la asignación o reasignación de recursos médicos escasos aquellos que formen parte del personal de salud que combate la emergencia de COVID-19, entendiéndose este como médicos tratantes, personal de enfermería, terapeutas respiratorios, personal de mantenimiento que desinfecta las instalaciones, camilleros, por ejemplo.

¹⁵ El **SOFA** es el acrónimo en inglés de **Sequential Organ Failure Assessment** score (score SOFA). Es utilizado para seguir el estado del paciente durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9824069?dopt=Abstract>

Es uno de entre varios sistemas de puntaje utilizados habitualmente en unidades de cuidados intensivos y brinda datos dinámicos sobre el estado del paciente a diferencia de otros como APACHE II, que solo brinda datos estáticos al momento de admisión del paciente. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10470572?dopt=Abstract>

CUARTO. Debe hacerse hincapie en que. los principios que expone la multimencionada “**Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica**”, vulnera el principio de no discriminación establecido en el párrafo quinto del artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que a la letra señala:

"Artículo 1o. ...

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas."

Es decir, de facto se renuncia a la defensa y protección de grupos vulnerables, entre los que se encuentran los adultos mayores, personas con enfermedades crónicas o degenerativas, en situación de calle, desnutrición, pobreza o que padezcan o sean parte de cierto grupo o comunidad que por sus características los ponga en desventaja del grueso de la población del país por tener diezmada su salud o condiciones de vida.

Adicionalmente, cabe decir que la “**Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica**” deja de lado esas variables, que también deberían o podrían importar o tener un cierto peso en el análisis de los casos para la toma de la decisión, para dar prioridad a una directriz para la Salud Pública a nivel nacional.

No obstante que las políticas públicas que podrían ser aplicadas en situaciones críticas buscan el bienestar del mayor número de personas, los gobernados, en lo particular, no no deben ser vulnerados la protección de sus derechos fundamentales como lo son la vida y el derecho a la Protección de la Salud.

QUINTO. Es necesario resaltar que ante esta propuesta contenida, de manera preliminar, en la "**Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica**", puesta a consideración de la sociedad por el Consejo de Salubridad General, diversas instituciones nacionales e internacionales han expresado su preocupación y rechazo por al criterio de edadismo¹⁶ ahí asentado, por considerarlo discriminatorio y que vulnera derechos humanos de grupos vulnerables, particularmente de los adultos mayores, en una

¹⁶ El **edadismo** es la discriminación por edad. Hace referencia a todos los comportamientos inadecuados y prejuiciosos hacia las personas vinculado a su edad avanzada. <https://cenie.eu/es/blog/edadismo-no-mas-prejuicio>

especie de darwinismo social que resulta inaceptable.

Así lo expreso la Universidad Nacional Autónoma de México, al deslindarse de la elaboración de dicha Guía17, por lo que mediante un comunicado menciono:

"Este fin de semana, el Consejo de Salubridad General hizo público un documento titulado Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica, mediante la cual se establecen las disposiciones que orientarán las decisiones del personal médico en caso de que el sistema de salud se vea sobrepasado por la pandemia de la Covid-19.

Al respecto, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) considera importante hacer la siguiente precisión:

1.- De acuerdo con lo dispuesto por los artículos 15 de la Ley General de Salud y tercero del Reglamento Interior del propio Consejo, corresponde a la Universidad Nacional, específicamente al rector, uno de los asientos destinados a los Vocales Titulares.

2.- Ni la UNAM ni su rector, doctor Enrique Graue Wiechers, han sido convocados a sesión plenaria alguna para el análisis, discusión y eventual aprobación de dicha Guía.

Por tanto, la Universidad Nacional se deslinda de los términos y del contenido del referido documento."

En el mismo sentido se ha expresado la Corte Interamericana de Derechos Humanos que ha adoptado, una Declaración titulada **“COVID-19 y Derechos Humanos: Los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de Derechos Humanos y respetando las obligaciones internacionales”**,¹⁸ misma que en su parte fundamental, entre otros puntos, señala:

"La Corte Interamericana de Derechos Humanos, como órgano de protección de los derechos humanos, consciente de los problemas y desafíos extraordinarios que los Estados americanos, la sociedad en su conjunto, y cada persona y familia están afrontando como consecuencia de la pandemia global causada por el Coronavirus COVID-19, emite la presente Declaración a fin de instar a que la adopción y la implementación de medidas, dentro de la estrategia y esfuerzos que los Estados Parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos están realizando para abordar y contener esta situación que concierne a la vida y salud pública, se efectúe en el marco del Estado de Derecho, con el pleno respeto a los instrumentos interamericanos de protección de los derechos humanos y los estándares desarrollados en la jurisprudencia de este Tribunal. En particular, considera que:

...

• Dada la naturaleza de la pandemia, los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales deben ser garantizados sin discriminación a toda persona bajo la jurisdicción del

¹⁷ Universidad Nacional Autónoma de México. Boletín UNAM-DGCS-336, 14 de abril de 2020.
https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020_336.html

¹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Comunicado. Declaración de la Corte Interamericana de Derechos Humanos 1/20, 9 de abril de 2020. Covid-19 y Derechos Humanos: Los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de derechos humanos y respetando las obligaciones internacionales.
http://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_27_2020.pdf

Estado y, en especial, a aquellos grupos que son afectados de forma desproporcionada porque se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, como son las personas mayores, las niñas y los niños, las personas con discapacidad, las personas migrantes, los refugiados, los apátridas, las personas privadas de la libertad, las personas LGBTI, las mujeres embarazadas o en período de post parto, las comunidades indígenas, las personas afrodescendientes, las personas que viven del trabajo informal, la población de barrios o zonas de habitación precaria, las personas en situación de calle, las personas en situación de pobreza, y el personal de los servicios de salud que atienden esta emergencia.

- *En estos momentos, especial énfasis adquiere garantizar de manera oportuna y apropiada los derechos a la vida y a la salud de todas las personas bajo la jurisdicción del Estado sin discriminación alguna, incluyendo a los adultos mayores, las personas migrantes, refugiadas y apátridas, y los miembros de las comunidades indígenas.*

- *El derecho a la salud debe garantizarse respetando la dignidad humana y observando los principios fundamentales de la bioética, de conformidad con los estándares interamericanos en cuanto a su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, adecuados a las circunstancias generadas por esta pandemia. Por lo señalado, las trabajadoras y trabajadores de la salud deberán ser proveídos de los insumos, equipos, materiales e instrumentos que protejan su integridad, vida y salud, y que les permita desempeñar su labor en términos razonables de seguridad y calidad.*

..."

Por su parte la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha expresado su preocupación ante el documento denominado "Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica", elaborada por integrantes del Consejo de Salubridad General para la emergencia de COVID-19¹⁹, la cual plantea cómo resolver casos extremos en los que no haya equipos suficientes de terapia intensiva, y ha señalado que:

"Se trata de un documento en borrador, hasta donde se ha dicho, pero que tiene muchas posibilidades de implementarse ante el tamaño de la exigencia que le impondrá la pandemia a nuestros servicios de salud. Ante las implicaciones de decisiones bioéticas de emergencia como las que plantea un escenario de sobresaturación de servicios médicos asociada al COVID-19, la CNDH llama la atención para que se tomen en cuenta cuestiones tales como la de saber si desde la perspectiva del bloque de constitucional, la eventual aplicación de esta Guía violaría los derechos humanos de quienes no recibieran atención urgente debido a las circunstancias extremas de no disponer de recursos suficientes.

A partir del análisis desde el bloque constitucional de derechos humanos, es importante precisar que la Guía es contraria a disposiciones sobre el derecho a la salud vinculantes para México, tanto en el Sistema Universal como en el Sistema Regional de protección de los derechos humanos, ya que es un documento que justifica que el Estado Mexicano no garantice

¹⁹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 17 de abril de 2020. Comunicado de Prensa DGC/137/2020. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos exhorta al Consejo de Salubridad General a implementar medidas para garantizar los derechos humanos de todas las mexicanas y mexicanos y rechazar medidas discriminatorias, con motivo de la emergencia derivada de la pandemia originada por el coronavirus COVID-19.

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-04/Com_2020_137_0.pdf

el acceso efectivo a los bienes de salud a todos los pacientes con COVID 19, en este caso a los recursos de medicina crítica.

De manera particular contiene criterios que ejercen una discriminación indirecta hacia las personas mayores, y las pone en desventaja en el acceso a los recursos de medicina crítica, lo que vulnera su derecho a la salud, a la vida y a la integridad personal.

Asimismo, es delicado que la Guía proponga que el triaje funcione como un órgano decisorio, que no esté supervisado y/o acompañado por un Comité de Ética, que le permita tomar decisiones que involucren vidas humanas., asimismo, que sus criterios de integración del equipo de triaje, deban de aplicarse “idealmente”, lo cual no garantiza la adecuada decisión en el respeto y garantía de los derechos humanos de las y los pacientes con COVID-19.

*Además, **es ilegal desde el bloque constitucional**, toda vez que invade la competencia del Poder Judicial de la Federación, al establecer que en los términos del artículo 128 de la Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en caso de que se soliciten suspensiones por vía de amparo respecto de las decisiones tomadas con apego a la Guía, las mismas deberán ser denegadas, lo que viola la autonomía de los jueces y magistrados, quienes son los que tienen que estudiar el asunto, y decidir sobre el otorgamiento del Amparo, con fundamento en el bloque constitucional de derechos humanos.*

Cabe señalar que este documento no tiene un carácter vinculante, pues se trata de una serie de recomendaciones para los trabajadores del Sector Salud, y hasta este momento no cuenta con el aval de todos los miembros del Consejo de Salubridad General, por lo que aún estamos en tiempo de evitar su obligatoriedad y, por tanto, sus efectos.

*Frente a todo lo señalado anteriormente, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos reconoce el esfuerzo del Consejo de Salubridad General en la determinación de aquellos criterios para la toma de decisiones cuando una emergencia de salud pública genera una demanda en los recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer en el caso de la pandemia COVID-19. Sin embargo, esta Comisión **expresa su preocupación por el contenido de la Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica al contener criterios e indicaciones contrarios al bloque constitucional y con ello al respeto, protección y garantía de los derechos humanos de todas las personas sin excepción.***

Existe especial preocupación por el respeto al derecho a la salud de las personas mayores que puede verse violado de seguir la propuesta contenida en la Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Por lo mismo, la CNDH hace un exhorto al Consejo de Salubridad General, de poder encontrar la solución adecuada al problema descrito, en el marco de un pleno respeto, protección y garantía de los derechos humanos en términos constitucionales, así como de la normatividad aplicable al caso.

La CNDH enfatiza la necesidad de atención a los derechos de las personas mayores en México, quienes gozan de los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.

Por lo que emitimos, a la par de lo anterior, un exhorto respetuoso al titular del Poder Ejecutivo Federal a fin de llevar a cabo el proceso de firma y ratificación de la Convención

Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015, por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.

La firma de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores busca promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

La CNDH reivindica de manera categórica la igualdad en la defensa del derecho a la vida y a la protección de la salud. Los ciudadanos deben saber que, en estas circunstancias excepcionales, sus derechos más fundamentales continúan igualmente garantizados, porque las libertades y los derechos no se suspenden por muy difícil que sea el reto.

Los derechos humanos no deben ser objeto de ningún dilema."

SÉXTO. A manera de respuesta por la andanada de críticas que ha suscitado la "**Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica**", el 15 de abril de 2020, la Secretaría de Gobernación y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) emitieron un comunicado una "**Nota sobre la Revisión de la “Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica” desde el Derecho a la Igualdad y No Discriminación**"²⁰ conjunto en el que se señala:

Utilidad de la Guía

El pasado 13 de abril, el Consejo de Salubridad General publicó en su página de internet el documento provisional titulado “Guía bioética de asignación de recursos de medicina crítica” en el contexto de la pandemia de COVID-19. Este fue diseñado por un grupo de personas expertas de los campos de la medicina, el derecho, la filosofía y la administración pública. En éste se señalan los criterios para que las y los médicos asignen los cuidados y equipos especializados, como ventiladores y monitores para asistir la función respiratoria en los casos más graves de esta enfermedad, en un escenario donde el número de personas enfermas podría desbordar las existencias y recursos humanos.

Equipos de triaje

De acuerdo con la Guía, la decisión sobre a quién asignar estos tratamientos y recursos recae sobre un equipo de triaje, es decir, un equipo encargado de la selección y clasificación de pacientes en época de emergencias. Este equipo no está en contacto directo con las y los pacientes. Su propósito es establecer criterios objetivos que reduzcan la posible discrecionalidad de las decisiones en estos periodos extraordinarios, documentar sus decisiones para revisión en caso de controversia y orientar la práctica médica de quienes sí están en contacto directo con personas enfermas. Este equipo es creado por la persona que funge como director de la unidad de cuidados críticos y quien funge como director del servicio de salud. Se integra por una o un médico especialista, una o un enfermero especialista y una o un administrador del hospital.

²⁰ Segob, Conapred. 15 de abril de 2020. Nota sobre la Revisión de la “Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica” desde el Derecho a la Igualdad y No Discriminación.

El equipo de triaje debe hacer prevalecer los criterios de la práctica de salud pública, que son distintos a los de la práctica médica cotidiana. Esta última considera que todas las personas son candidatas para recibir atención médica, mientras que la primera tiene un objetivo doble: tratar el mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas. En consecuencia, el equipo de triaje debe decidir acerca de a quién sí y a quién no se asignarán los recursos médicos y humanos cuando estos escasean.

Criterios adoptados por el equipo de triaje

*En el caso de personas con COVID-19, el equipo de triaje establece un puntaje para cada paciente a partir de una evaluación médica general que considera los siguientes factores: **la edad**, saturación de oxígeno, diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica, elevación de enzimas cardíacas, conteo total de leucocitos, conteo de linfocitos y elevación de la creatinina sérica. Estos elementos están asociados a morbilidades como la diabetes, la obesidad, la inmunosupresión o el daño renal, pero el equipo de triaje no prejuzga por la apariencia ni por la información brindada por pacientes o sus familiares que no sea corroborada por exámenes médicos. En ningún caso se dispensan estos exámenes para integrar el puntaje.*

*El equipo de triaje tampoco toma en cuenta características individuales o grupales como afiliación política, religión, ser cabeza de familia, valor social percibido, nacionalidad o estatus migratorio, género, raza, orientación sexual, discapacidad o los recursos invertidos en la recuperación. **Si después de establecido y ponderado el puntaje hay un empate entre dos o más pacientes, se aplican dos criterios en orden progresivo: primero, se considera el principio de vida-por-completar que indica priorizar la atención de cuidados intensivos para pacientes más jóvenes que los de mayor edad; y, segundo, el azar.***

El único grupo de población que tiene prioridad absoluta durante la emergencia es el personal médico especializado en la enfermedad que causa la emergencia, ya que promover su recuperación refuerza los objetivos de la práctica de salud pública. Esto, siempre y cuando dicho personal cumpla con el perfil de idoneidad derivado de los exámenes médicos que integran el puntaje.

No discriminación y criterios del equipo de triaje

Ante la cuestión de si estos criterios resultan discriminatorios, debe precisarse lo siguiente:

- Al día de hoy, no existe ningún sistema de salud en el mundo que pueda dar atención médica simultánea en cuidados intensivos a las personas afectadas por el COVID-19, cuya tasa de mortalidad entre los pacientes que requieren ventilación mecánica oscila entre el 70 y el 86% y que, en promedio, tardan alrededor de 10 días en llegar al desenlace fatal.²¹*
- La Guía especifica que, en todo momento, se buscará garantizar la salud, la recuperación y la integridad de las personas afectadas de acuerdo con los criterios más altos atención y calidad en el servicio. De manera específica, la Guía no señala que las personas mayores quedan excluidas de ejercer el derecho a la salud en el contexto de la pandemia ni que su valor social es menor que el de las y los jóvenes; tampoco se afirma que resulta desproporcionada la relación de costo y beneficio en la inversión de recursos materiales y humanos para dicho*

²¹ Silvio A. Ñamendys-Silva, "Respiratory support for patients with COVID-19 infection", The Lancet, núm. 8, vol. 4, abril de 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129706/>

sector de la población. En consecuencia, no se fundamenta el trato diferenciado en prejuicios o estigmas relacionados con la edad.

- La previsión de la integración de equipos de triaje es un elemento regular de la práctica de la salud pública y tiene como propósito permitir que las y los médicos cuenten con reglas claras para aplicar en momentos, como epidemias y pandemias, en que las decisiones tienen que tomarse de manera acelerada, objetiva y estableciendo un equilibrio entre las necesidades generales de la población y los recursos materiales y humanos disponibles.
- La Guía especifica los criterios que tomará el equipo de triaje para la valoración de la condición de salud de cada persona, los cuales a su vez orientarán la acción del personal médico en escenarios críticos.
- Se excluye la consideración de condiciones de salud que tienen asociadas históricamente una carga estigmatizante como el Vih, la diabetes o la obesidad o la propia discapacidad por sí mismas. En su lugar, se atienden sus posibles consecuencias para la salud actual de la personas. Por ejemplo, una persona con Vih puede tener un sistema inmune adecuado si ha seguido el tratamiento prescrito y, entonces, su conteo total de leucocitos no jugará en contra de la posibilidad de acceder a un ventilador.
- De manera correcta, la Guía excluye como irrelevantes algunas de las que son consideradas categorías sospechosas de discriminación, entre ellas de manera destacada la discapacidad, que en algunas experiencias locales (como en Alabama, Estados Unidos en relación con la discapacidad mental) han sido consideradas condiciones que excluyen a las personas enfermas de COVID-19 del acceso a ventiladores. La Guía también excluye, por considerarlo un criterio arbitrario, priorizar la atención de las y los pacientes de acuerdo con el orden de llegada o solicitud del servicio médico, dado que esto daría ventaja a las personas que viven en los centros urbanos o tienen mejores redes de apoyo para su desplazamiento a los hospitales.
- Ahora bien, la Guía señala dos conjuntos de criterios que el equipo de triaje deberá aplicar. Por una parte, están los criterios derivados de los exámenes médicos (7 componentes, **entre ellos la edad**); y, por la otra, los 2 criterios para el desempate de pacientes con puntajes similares, es decir, la edad y el azar. Hay que señalar que, de estos 9 criterios, sólo **la edad es considerada una categoría sospechosa de discriminación** y, como tal, debe ser examinada a la luz de los estándares establecidos como obligatorios por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- De acuerdo con la jurisprudencia de la SCJN, cualquier medida de diferenciación en el acceso a derechos y oportunidades y que se base en categorías sospechosas de discriminación debe cumplir con tres requisitos fundamentales: 1) cumplir una finalidad imperiosa desde el punto de vista constitucional; 2) estar estrechamente vinculada con la finalidad, y 3) ser la medida menos restrictiva posible para conseguir efectivamente la finalidad.
- El criterio de la edad no cumple con estos requisitos por un igual número de razones: 1) la propia Constitución especifica que está prohibido establecer discriminaciones a partir de esta características y que todos los derechos, entre ellos la salud, corresponden a todas y todos los habitantes del territorio nacional sin excepción; 2) proteger la salud de todas las personas no tiene un vínculo de necesidad con la exclusión de algunas de ellas por una característica, como la edad, que pudiera significar menores probabilidades de éxito para el tratamiento, y 3) la exclusión de las personas de mayor edad no es la mejor manera de maximizar los recursos materiales y humanos disponibles durante la emergencia con el propósito de lograr los fines de

la salud pública, dado que la experiencia en otros países muestra que las personas mayores pueden tener una condición de salud que les permita recuperarse del COVID-19.²² Por todo lo anterior, se considera que la edad debería ser excluida de los criterios médicos y de desempate para que las personas puedan acceder a los servicios de cuidado intensivo, escasos como son en época regular y urgentes en contextos de pandemia.

Recomendaciones para enriquecer la Guía

1. Retirar a la edad como criterio médico para el puntaje asignado por el equipo de triaje y, también, como criterio de desempate en casos extremos que ameritan ponderar entre dos o más personas para su acceso a los servicios de cuidado intensivo. De realizarse esto, en el primer tramo de la evaluación, no se afectaría de manera significativa la obtención del perfil de salud general de la persona a partir de exámenes médicos y no se procedería a partir de la idea generalizada de que las personas mayores tienen una mala salud y que las jóvenes son en general sanas. Y, para el caso del desempate, no se responsabilizaría a la persona por una característica sobre la que no tiene control o no puede modificar para aumentar sus posibilidades de acceso a bienes escasos como los ventiladores y monitores durante la pandemia por COVID-19.

2. Esto es fundamental por dos razones: por una parte, para no alarmar a las personas mayores o a sus familiares; y, por la otra, para evitar los prejuicios y estigmas hacia esta población. También porque así se disipa la idea de que sólo la población mayor puede contagiarse y enfermar de gravedad, lo que ha generado un sentido de invulnerabilidad frente al COVID-19 entre las personas más jóvenes.

3. Diseñar una estrategia de comunicación eficiente y en lenguaje sencillo de los contenidos de la Guía entre la población, de tal forma que se combata la percepción generalizada desde la aparición de esta versión del documento, de que se excluye por principio a las personas mayores y que ellas bajo ninguna circunstancia son candidatas a atención hospitalaria y cuidados intensivos. Esto también para dar a conocer que, en todo momento, se buscará que la persona que no pueda acceder a ventiladores y monitores contará con cuidados paliativos y asistencia psicosocial. El derecho a la salud también se integra por estos elementos a los que las personas deben acceder sin discriminación.

4. Diseñar un mecanismo para asegurar (por ejemplo, la automatización de los resultados o la no consignación de la edad, el género, la discapacidad o el estatus serológico por Vih en el reporte médico del que se extrae el puntaje por ejemplo una breve hoja de verificación) que ninguna persona que integre un equipo de triaje reproduzca, en el curso de sus decisiones, prejuicios y prácticas que puedan resultar en atención discriminatoria.

5. Incluir en el mecanismo de revisión de las decisiones del equipo de triaje la posibilidad de la atención e intervención expeditas por parte de instituciones competentes (no sólo Conapred, sino de la CNDH, las autoridades de Salud, CONAMED, etcétera), en caso de inconformidades con las decisiones del equipo de triaje. Estos recursos deberán ser del conocimiento público y, en especial, de las personas enfermas (cuando sea posible hacerlo) y de sus familiares.

²² Suprema Corte de Justicia de la Nación. CATEGORÍA SOSPECHOSA. SU ESCRUTINIO. Tesis: P/J. 10/2016 (10a.) Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Décima Época, Pleno, Libro 34, Septiembre de 2016, Tomo I, Pag. 8. Jurisprudencia (Constitucional).

<https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/Paginas/DetalleGeneralV2.aspx?Clase=DetalleTesisBL&ID=2012589&Semanao=0>

6. Valorar que muchas de las afectaciones a la salud, o comorbilidades de las personas enfermas son resultado de contextos de desigualdad históricamente constituidos, como los que se refieren a trastornos alimenticios (desnutrición, obesidad y enfermedades relacionadas) o a la falta de acceso universal a la salud (como ocurre con algunas enfermedades crónicas o formas de discapacidad). En este caso, el Estado debe asegurar que no se responsabilice, y menos aún se culpabilice, a la persona de manera individual por una condición de salud que no es su responsabilidad sino el producto de una discriminación estructural que ha limitado su acceso a los bienes y servicios que procuran la salud y una buena calidad de vida.

7. En todo momento se debe señalar que la Guía se aplica en casos excepcionales, no sólo en lo que refiere a la pandemia, sino cuando no queda otra opción que racionar los recursos materiales y humanos disponibles para la atención de la salud; es decir, que su punto de partida no es discriminar o limitar derechos para ningún grupo de población."

Es claro que nadie tiene derecho a institucionalizar la obligación ética de la producción, reproducción, desarrollo y fin de la vida humana en general.

Por ello, lo más adecuado es que la Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica se apegue de manera estricta a lo señalado en el artículo primero Constitucional, así como a los Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos en los que el Estado Mexicano sea parte, a fin atender a todas las personas que sean hospitalizadas y en su caso sometidas a tratamiento crítico, en la Unidades de Cuidados Intensivos, por la enfermedad de Covid-19.

Por las razones anteriormente señaladas, pongo a consideración de esta asamblea la siguiente proposición con:

PUNTO DE ACUERDO

PRIMERO. La Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, rechaza que en la Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica, se establezca cualquier tipo de criterio basado en la edad o cualquier tipo de discriminación, para la atención crítica de los enfermos por Covid-19.

SEGUNDO. La Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, respetuosamente exhorta, al Consejo de Salubridad General, para que en el contenido de la Guía Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica, se abstenga de incluir cualquier concepto que signifique un acto de discriminación y se apegue de manera estricta a la protección y garantía de los derechos humanos en términos Constitucionales, así como de la normatividad aplicable al caso, buscando en todo momento la preservación del mayor número de vidas posible.

TERCERO. La Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, respetuosamente exhorta, al titular del Poder Ejecutivo Federal a fin de llevar a cabo el proceso de firma y ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada el 15 de junio de 2015, por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.

Atentamente

Silvia Lorena Villavicencio Ayala

Palacio Legislativo de San Lázaro a 27 de abril de 2020.