

## La nueva Guía Bioética (del 30 de abril de 2020)

**El Consejo de Salubridad General, el 30 de abril pasado en su página oficial, puso a disposición del público una nueva versión de la Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia (la "Guía"). No es vinculativa pues no se publicó en el Diario Oficial de la Federación para que lo fuera, conforme a derecho.**

Se reconoce que contiene aciertos, pero en lo esencial establece como criterio de asignación de recursos limitados (ventiladores, por ejemplo) durante la pandemia, uno predominante -salvar años de vida saludable- de corte utilitarista y por ende discriminatorio, contrario a la dignidad de toda persona humana, a la luz de la filosofía y ética perennes.

### I. Discusión

La Guía contiene aciertos como haber eliminado la cuestión de suspensión en el amparo, como promover la solidaridad de los hospitales privados frente a la crisis sanitaria, pero en la parte fundamental de la misma es parecida a la anterior en lo esencial, utilizando un lenguaje aparentemente objetivo y no discriminatorio. Está basada expresamente en una guía de la Universidad de Pittsburgh. Ésta maneja dos criterios medibles a través de un puntaje: un primer criterio correcto moralmente hablando, y otro objetable por su base utilitarista.

El primero es justo: salvar el mayor número de vidas de personas en base a las que tienen más probabilidades a corto plazo de salir adelante de la grave enfermedad, mediante los ventiladores; es decir, se trata de la supervivencia intrahospitalaria. Si el paciente tiene muchas probabilidades de supervivencia frente al virus, se le da un puntaje de 1, de 2 al que tenga menos que el de 1, y así hasta llegar al que tiene menos con un puntaje de 4. A este criterio se le puede llamar el de "salvar el mayor número de vidas", el de "necesidad médica con perspectiva de buen resultado".

Y el segundo, objetable por ser básicamente utilitarista: salvar años de vida en base precisamente a la expectativa de vida a largo plazo, en función de la presencia o no de trastornos o enfermedades propios de la persona. Si el paciente, conforme a este segundo criterio, tiene expectativas de vida de corta duración a pesar de poder conjurar el coronavirus con el ventilador, por ejemplo, de menos de 5 años, entonces se le dan 2 puntos.

Entre menos puntos se tengan a la luz de los dos criterios, se es el candidato idóneo para el tratamiento crítico frente al que tenga más puntos. Si tiene expectativas de vida remotas por enfermedad terminal, se le da el máximo de 4 puntos, aunque pueda superar el coronavirus con el ventilador, y finalmente al que tiene expectativa de larga vida se le dan 0 puntos, resultando el más beneficiado.



La combinación de los dos criterios lo subsume la Guía en el criterio indiferenciado de "mayor supervivencia", pero omitiendo que se trata de dos clases de supervivencias: la primera, relativa a salir adelante del coronavirus en el hospital que proporciona el tratamiento crítico, por un lado. Y la segunda que, al margen de dicho éxito vital intrahospitalario ante la pandemia, se refiere a la expectativa de vida a largo plazo, donde la salud y edad en general definen tal tipo de supervivencia a largo plazo (salvamento de años de vida). Supervivencia esa última generadora de puntaje clave para definir a qué paciente se le da el tratamiento del ventilador, por ejemplo.

Esta combinación de criterios y su medición en puntajes, que da mayor densidad numérica al segundo criterio de salvar años de vida, con 2 y 4 puntos, favorece en última instancia probabilística, a los más jóvenes y sanos frente a los más viejos y enfermos, ambos -jóvenes y viejos- padeciendo el Covid-19 o enfermedad crítica semejante con probabilidades grandes de superar dicho Covid-19.

En la realidad, esta combinación de criterios acaba por discriminar a los viejos y a los enfermos terminales, pero sin decirlo abiertamente la Guía, mediante fórmulas aparentemente objetivas y no discriminatorias formalmente hablando.

Desde una perspectiva económica, tal combinación de criterios esencialmente incompatibles es resultado de un cálculo económico utilitarista del mayor beneficio para el mayor número en aras del salvamento de años de vida productivos.

La Guía anterior reemplazada por la actual, hablaba del criterio de "mayor cantidad de vida por completarse". ahora trata del criterio arriba comentado, de supervivencia en el sentido de expectativa de vida a largo plazo. Eso equivale a la idea de "salvar años de vida", sin que la Guía mexicana lo diga abiertamente como sí lo hace la de Pittsburgh que le sirve de modelo de manera expresa. Es decir, la Guía mexicana sostiene el criterio discriminatorio por utilitarista, de salvar años de vida de manera implícita mediante rodeos retóricos.

En el fondo, ambos criterios -mayor cantidad de vida por completarse y supervivencia a largo plazo equivalente a salvar años de vida-, están emparentados por tratarse de criterios utilitaristas con miras a la eficiencia y productividad, pero sacrificando la dignidad humana de los viejos enfermos y pacientes terminales, que estadísticamente son mucho más propensos a una expectativa de vida limitada frente a la muy larga de los jóvenes, y en consecuencia, a obtener más puntos (2 0 4 como vimos) conforme a la Guía.

## **II. Conclusión**

A manera de corolario, pensamos que el criterio que debió ser utilizado por la Guía, es el primero arriba mencionado conforme a una sana filosofía y ética fundadas en la dignidad intangible de la persona humana, sin mezclarse con el segundo de corte utilitarista y discriminatorio, que, en puridad, probabilísticamente, se impone al primero, favoreciendo, en suma, a los más jóvenes.

En 2015, las fuerzas de tarea sobre vida y derecho del Estado de New York emitieron una guía de asignación de ventiladores, con motivo de una grave epidemia, en la que se estableció como criterio de asignación de ventiladores escasos, el de necesidad médica con perspectiva favorable de salir airoso como paciente del hospital, al margen de la edad (primer criterio justo antes comentado) y al margen de la expectativa de vida a largo plazo (segundo criterio de corte utilitarista).



Dicha guía de New York de 2015 fue encomiada por varios médicos y filósofos de Fordham, Princeton y Harvard, hace pocas semanas a raíz de la pandemia actual.

Finalmente, cabe destacar el contenido de un artículo que se publicó en Nexos, el 11 de abril pasado, por un grupo de cinco brillantes jóvenes -médicos, politólogos y un jurista-. Es encomiable su trabajo desde toda perspectiva. Hacen una propuesta de "uso de un modelo para estimar la mortalidad intrahospitalaria de las personas diagnosticadas con Covid-19", a la luz del criterio de salvar el mayor número de vidas y no del utilitarista de salvar años de vida.

Ricardo Chacón López Velarde  
([rchacon@ecija.com](mailto:rchacon@ecija.com))

J. Mauro González-Luna Mendoza  
([jgonzalez@ecija.com](mailto:jgonzalez@ecija.com))

ECIJA México, S.C.