



ACTUALIDAD EN LAS CIENCIAS SOCIALES, HUMANIDADES Y PEDAGOGÍA

El dilema de la última cama

The dilemma of the last bed

Javier Lovo¹  

¹ Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina. San Salvador, El Salvador.

Recibido: 19 de junio de 2020

Aceptado: 25 de septiembre de 2020

Publicado: 12 de diciembre de 2020

Citar como: Lovo J. El dilema de la última cama. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado: fecha de acceso]; 24(6): e4562. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4562>

RESUMEN

Introducción: la aparición de crisis globales, generan nuevas encrucijadas éticas en la atención en salud. La escasez de recursos suscita interrogantes como la asignación de la última cama. Esta situación conlleva profundos conflictos éticos en su resolución.

Objetivo: argumentar la existencia de una falacia dentro del concepto del dilema de la última cama.

Desarrollo: los principios bioéticos básicos deben prevalecer en todo momento, aun frente a situaciones de crisis que requieren soluciones rápidas y eficaces. El rol de selección de pacientes es crucial, pero es también el momento en el que los grandes dilemas éticos encuentran su mayor expresión. Un sistema de reserva basado en la categorización en la que todos los pacientes, acorde a su condición clínica, sean considerados elegibles, parece ser la opción más acertada. El dilema de la última cama, es una falacia, porque tal como está formulado carece de solución admisible bajo el prisma de la ética, pues con una visión centrada en la persona no debería existir tal dicotomía.

Conclusiones: si se elude un sistema utilitarista que obliga al médico a elegir, y se pone en práctica un modelo personalista, el dilema puede desaparecer.

Palabras clave: Bioética; Discusiones Bioéticas; Derechos Del Paciente; Infecciones Por Coronavirus.

ABSTRACT

Introduction: the appearance of global crises generates new ethical crossroads in health care. The scarcity of resources raises questions, such as the allocation of the last bed. This situation involves deep ethical conflicts in its resolution.

Objective: to argue the existence of a fallacy, within the concept of the dilemma of the last bed.

Development: basic bioethical principles must prevail at all times, even in crisis situations, which require quick and effective solutions. The role of patient selection is crucial, but it is also the moment in which the great ethical dilemmas find their greatest expression. A reservation system based on categorization, in which all patients according to their clinical condition are considered eligible, seems to be the most appropriate option. The dilemma of the last bed is a fallacy, because as it is formulated, it lacks an admissible solution under the prism of ethics, under a person-centered vision, there should be no such dilemma.

Conclusions: if a utilitarian system is avoided, which forces the doctor to choose, putting into practice a personalistic model, the dilemma as such must not exist.

Keywords: Bioethics; Bioethical Issues; Patient Rights; Coronavirus Infections.

INTRODUCCIÓN

La aparición de nuevas crisis globales genera el desarrollo de nuevos dilemas éticos, y la agudización de problemas relacionados con la atención médica previamente conocidos. Sin embargo, pese a estas disyuntivas, la medicina no puede quedarse en un estado de letargo ante estas nuevas situaciones que involucran aspectos sensibles del bienestar y la vida humana. Se hace imperante el desarrollo de nuevas estrategias que permitan contender con estos desafíos, manteniendo vigente el principio clásico que nos impone que, la primera acción debe ser no hacer daño. Se deben resolver los problemas clínicos que la problemática suscita y proteger la vida humana como el principio fundamental e inalienable que se convierte en la base medular del actuar médico.

Las crisis no previenen su llegada, se desarrollan y hacen necesario la búsqueda de soluciones, para la cuales, en muchos casos, los sistemas de salud no están preparados. El mundo está inmerso en la más grave de las crisis sanitarias que alguna vez la humanidad confrontó. Se trata de un problema sin precedentes en la historia universal que ha hecho germinar profundos dilemas éticos concernientes a su manejo y prevención. La llegada de un nuevo virus en enero, cuando se reportaron los primeros casos en China, parecían eventos tan aislados de la realidad como si ocurriesen en Marte.⁽¹⁾ Pese a esta creencia, el virus continuaba su avance implacable por el mundo, el 11 de marzo de 2020, con 118,300 casos confirmados por laboratorio y 4,292 muertes, la OMS declara que se trata de una pandemia.⁽²⁾

El virus continuó su diseminación por el globo como ninguna enfermedad previa lo había hecho. El 15 de mayo de 2020, había causado 4,338,658 casos confirmados, de los cuales 297,119 personas habían fallecido. Enfermedades con esta magnitud hacen germinar encrucijadas éticas en la investigación y el uso de nuevos fármacos, en el tratamiento y profilaxis de la nueva patología, y la implementación acelerada de medidas de salud pública que no se habían aplicado a gran escala por décadas.⁽³⁾

Pero estos no son los únicos dilemas que se gestan en este ambiente hostil, la alta tasa de contagio ocasiona que el número de pacientes en estado crítico aumente de manera rápida, dificultando su captación de manera eficaz por los sistemas sanitarios. Esta realidad es especialmente apremiante en los países de renta baja o media, quienes no cuentan con el número necesario de unidades de cuidados intensivos, ni tampoco tienen la posibilidad de construir nuevos hospitales para la atención exclusiva de pacientes con la COVID. Se debe tomar en cuenta que, aunque se tenga los fondos para la edificación de estas nuevas instalaciones, se requiere equipamiento y personal de atención para que sea oportuno en la atención.

El colapso de los sistemas de salud, es uno de los grandes desafíos que trae consigo la pandemia,⁽⁴⁾ en el momento que los mecanismos de compensación de los sistemas son insuficientes, y las últimas medidas desesperadas fracasan, se debe contender con una vasta disyuntiva que involucra desde el proceso de selección de pacientes, hasta los pacientes que se encuentran institucionalizados. ¿Quién debe ocupar la última cama que queda?, es la gran interrogante, difícil de responder cuando se tienen dos o más pacientes que requieren urgentemente este espacio y sus implementos para proteger sus vidas. Esta dualidad se ha conocido como el dilema de la última cama, llamado por otros el ritual de la última cama.⁽⁵⁾ Por estas razones, el objetivo del presente trabajo es solventar el dilema de la última cama.

DESARROLLO

Los principios bioéticos en tiempos de Covid-19

Se estableció una carta magna que comprende los principios básicos del actuar médicos, estos son: principio de prioridad del bienestar del paciente, principio de autonomía del paciente y principio de justicia social.⁽⁶⁾ El primero de estos principios se fundamenta en la necesidad de orientar los servicios médicos al servicio de los intereses del paciente. Es en situaciones como la actual que toda la asistencia de salud se sitúa en el trabajo de la prevención y manejo de la patología, prevaleciendo el bienestar y la vida del paciente como bases medulares del accionar médico.

El segundo principio decreta la franqueza del médico con su paciente, al ofertar las mejores opciones que la ciencia médica tenga en ese momento, pero dejando en manos del paciente la posibilidad de admitir o rechazar el manejo ofrecido. Este principio se ha coartado hasta cierta medida, por las acciones de salud pública implementadas. Basado en su autonomía el paciente infectado por la COVID podría salir a las calles e infectar a otros, pero en situaciones como esta predomina el bien mayor, de manera que poner en riesgo el bienestar de las mayorías invalida el principio de autonomía individual. El último principio de la carta magna, se basa en la justicia social, mediante el cual se debe evitar cualquier tipo de discriminación, brindando una atención oportuna, con calidad y calidez a todos los pacientes.

Beauchamp y Childress formularon cuatro principios bioéticos fundamentales,⁽⁷⁾ estos son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El primero implica la libertad de elegir por parte del paciente al tener la mayor información posible que le asegure tomar la decisión más favorable. La beneficencia compromete toda acción en beneficio del bienestar del paciente. El principio de no maleficencia retoma el concepto de "Primum non nocere" (Lo primero es no hacer daño). Obliga a respetar la integridad humana, al evitar que el accionar médico genere daño, incluye valorar incluso las injurias iatrogénicas. El principio de justicia involucra la equidad en la prestación de servicios de salud, al considerar la salud el segundo bien supremo, solo por detrás de la vida.

Existen otros principios éticos involucrados en la práctica médica que son más pragmáticos, e incluyen aspectos como: prioridad, humanitarismo, solidaridad, autodeterminación, consentimiento informado, confidencialidad y veracidad.⁽⁸⁾ Todos estos principios se consideran inviolables, aunque al enfrentarse a una pandemia con la magnitud generada por el SARS Cov-2, los principios básicos deben imponerse. El profesional médico se debe adscribir a un modelo personalista, promover el respeto y la dignidad del paciente en todo momento y mantener la vida como el objetivo medular de la praxis.

No es objeto de este trabajo revisar todos los principios que los distintos modelos de bioética pregonan, solo se busca dejar en evidencia, que aun ante crisis como la actual, los principios son irrenunciables. El abordaje y la búsqueda de soluciones ante la carencia de camas de UCI o ventiladores mecánicos, no debe ser en menoscabo de los derechos fundamentales del paciente. El médico debe hacer todo cuanto esté en sus manos, pero manteniendo la dignidad de la persona.

La hora de la selección

No es igual filosofar sobre la tempestad desde la arena de la playa, que enfrentar al turbulento mar en una barcaza que amenaza por hundirse mar adentro. Sirva esta analogía, para comprender que la teoría debe ir más allá, hasta la praxis que los intensivistas y médicos en primera línea deben enfrentar. La catástrofe se instaló a nivel global, las historias espeluznantes se viven diariamente, los linderos entre lo ético y lo que no lo es, han comenzado a verse borrosos. Se gesta la eterna pregunta que se debe hacer ante la calamidad, por el momento solo se tiene la opción de soportar la embestida y hacer lo mejor por cada paciente.

Cuando los recursos escasean se requieren medidas drásticas, como las propuestas por los médicos italianos, consistentes en dirigir los servicios ese esenciales, como las camas de UCI y los ventiladores mecánicos, para los pacientes que puedan obtener el mayor beneficio de ellos.⁽⁹⁾ Este escenario pone la decisión en manos del médico encargado de la selección, al ser este quien debe elegir a aquellos pacientes que pasarán a ocupar una cama de UCI, por sobre otros a quienes se les ofertará servicios fuera de la unidad de críticos.

La ética del racionamiento de recursos médicos es un tema escabroso que se debe abordar. Es evidente que todos los pacientes tienen derecho a la atención médica de calidad, y el uso de las mejores tecnologías que estén disponibles. Pero cuando esta tecnología se agota y el número de pacientes es tan extenso que los servicios de salud colapsan, se hace necesario un abordaje racional de la situación, que en muchos casos colinda con lo antiético. Se han establecido principios para la asignación de recursos médicos ante la escasez, estos son: tratar a todas las personas por igual, favorecer a lo que estén peor, maximizar los beneficios totales y el utilitarismo: promover y recompensar las utilidades sociales.⁽¹⁰⁾

El primer principio que exige igualdad en su desarrollo original incluía la práctica de servir al primero que llegara, una acción impráctica y antiética. Se mantiene la igualdad en la selección aleatoria para pacientes con pronósticos idénticos. La segunda premisa que favorece al más enfermo y a los jóvenes, se supedita a la condición de obtener los mayores beneficios. El tercer principio que menciona el maximizar los beneficios totales, involucra salvar la mayor cantidad de vidas que sea posible, al priorizar según el pronóstico de cada paciente. La última premisa conlleva al privilegio de aquellas personas que hayan realizado contribuciones importantes, o que podrían realizarlas de salvarse, tales como científicos y personal de salud, pero solo cuando otros factores, tales como maximizar los beneficios, son equivalentes.⁽¹¹⁾

El maximizar los beneficios totales se debe llevar a la práctica mediante el uso juicioso de recursos, para salvar el mayor número de vidas y aumentar las mejoras en la calidad de vida de los pacientes post tratamiento.⁽¹²⁾ Se debe mantener la vida como valor máximo, pero se debe maximizar el número de pacientes que sobrevivirá al tratamiento con una expectativa de vida razonable. Cuando en un grupo de pacientes el pronóstico es igual, la asignación de beneficios se hará de forma aleatoria, de esta forma se brindará a todos ellos la mejor atención posible.

El racionamiento de los recursos se hace necesario, pero este no debe ser una actividad mecánica, sino una acción dinámica que incluya el juicio clínico, basado en la mejor evidencia disponible.⁽¹³⁾ Tradicionalmente la selección de pacientes para UCI, se basa en el número de camas disponibles, diagnóstico de ingreso, la severidad de la enfermedad, edad y estado operativo. Se conoce que aun en condiciones normales, el número de pacientes admitidos disminuye si la mayoría de camas de críticos están ocupadas.

El concepto de asignación de recursos, en relación con el mayor beneficio médico para cada paciente, es lo que se conoce como triage. Consiste en ofrecer la atención más adecuada a cada paciente cimentado en la evaluación de la enfermedad y su urgencia.⁽¹⁴⁾ Esta selección y el racionamiento de los recursos, son decisiones complejas que se facilitan si se tienen claro los principios a poner en juego.

El rol de selección de pacientes es decisivo tanto para decir los pacientes que entrarán a UCI, como para discontinuar la ventilación de otros. Es deseable separar el rol de triage del rol clínico para mejorar la objetividad, eludir conflictos por compromisos, y reducir la angustia del médico tratante.⁽¹⁵⁾ Se ha propuesto un sistema de reserva para la selección de pacientes que se basa en una clasificación por categorías, a las que se les ha asignado un orden de prioridad,⁽¹⁶⁾ este modelo soslaya los problemas de justicia e igualdad que otros prototipos no logran solventar. Dentro de este paradigma no existe exclusión, la totalidad de pacientes es elegible para su clasificación en las diferentes categorías asignados por su evaluación. Estas clasificaciones son dinámicas según la evolución del paciente o disponibilidad de nuevos recursos, que pueden ocasionar que los pacientes se muevan de categoría de manera rápida, en cuanto sea preciso. De esta forma se mantiene íntegro el principio de hacer lo mejor por cada paciente dentro o fuera de la UCI.

Dictaminar cuál paciente será colocado en cada categoría, debe ser guiado por los mismos principios que siempre han guiado la selección de pacientes para su ingreso en UCI, lo mismo aplica para el uso de los ventiladores. Los criterios deben ser eminentemente clínicos y pronósticos, nunca deben ser basados en cuestiones irrelevantes tales como el sexo, raza, religión, ciudadanía y estatus social, entre otros. Esto reduce la probabilidad de que crisis como la actual remarquen las inequidades sociales existentes.⁽¹⁷⁾

Un sistema de reserva basado en la categorización de pacientes no es reciente, ha sido usado durante largo tiempo por los programas de trasplante de órganos, fundamentados en las listas de espera y los criterios de elegibilidad.⁽¹⁸⁾ Las categorizaciones también han sido utilizadas cuando se presentan eventos masivos que generen una alta tasa de víctimas. En este escenario la gravedad de las lesiones y el número de pacientes que requiere atención, desborda la capacidad de los servicios y personal de salud. Se atiende con prioridad a los pacientes que tienen más probabilidad de sobrevivir y que requieran menor inversión de tiempo, equipos, suministros y personal.⁽¹⁹⁾

Sin embargo, estos modelos se cimientan sobre la exclusión de pacientes, lo cual deja en un claroscuro los conceptos bioéticos de igualdad y justicia. En un modelo ideal para afrontar una pandemia como la generada por el SARS Cov-2, todos los pacientes deberían tener lugar en una categoría, aunque no se puede eludir la realidad, ante la carencia de recursos, lo poco que se tenga tienen que ser bien utilizado, logrando con ello el mayor bien posible.

No se debe perder de vista que el uso de ventilador y cuidados en UCI, son opciones terapéuticas que se agregan al arsenal del manejo médico, de ninguna manera representan una promesa de supervivencia ilimitada; esto se debe dejar claro a los familiares y pacientes desde el primer encuentro. Se debe traer siempre a consideración que la ventilación e intubación innecesaria de un paciente, puede privar la salvación de la vida de otro paciente, especialmente en un ambiente de recursos limitados. Se deben valorar otras medidas de soporte respiratorio, si la condición clínica del paciente lo permite.⁽²⁰⁾

Se debe tener esclarecido en la selección, además de la condición clínica, cuales otros aspectos se valoraran para catalogar al paciente en una u otra categoría. El principio de máximo beneficio debe ser tomado a cuenta, para salvar el mayor número de vidas posibles, pero valorando especialmente a aquellos pacientes con una mayor probabilidad de vida posterior al tratamiento. Las personas tienen el derecho de vivir todas las etapas de la vida, de acuerdo con esto, los niños y jóvenes en consonancia con la valoración general, deben ser colocados en categorías que les acerquen al uso de una cama en UCI, si con ellos se les salva.⁽²¹⁾ Por utilitarismo, el personal de salud y aquellos que trabajen en primera línea de combate al virus deben ser colocados en las primeras categorías de elegibles.

El pronóstico debe ser valorado meticulosamente, los criterios a aplicar deberían estar claramente fundamentados en las guías de práctica clínica, que deberían ser estandarizadas. Esto no es solo para eludir las posibles repercusiones legales que pueden acarrear a los profesionales médicos el asignar un paciente a una categoría, sino más bien para facilitar la toma de decisiones, al reducir la angustia por compasión. Las escalas pronósticas que se apliquen, deben estar basadas en la mejor evidencia disponible, es irrefutable que aspectos como la edad del paciente, la presencia de fallo multiorgánico, la no respuesta al tratamiento, compromisos sistémicos previos y el deterioro de estado clínico con gran rapidez, influyen sobre los pronósticos de supervivencia de manera contundente.⁽²²⁾

Si se aplicara un modelo tradicional de selección, los pacientes que presenten estas características quedarían excluidos de la elegibilidad, lo que indubitablemente viola el principio de justicia e igualdad; bajo el modelo de categorización no existe tal expulsión. Los pacientes serán colocados en su totalidad en categorías en consonancia con la disponibilidad de recursos y la respuesta clínica, lo que significa que siempre serían elegibles, aunque hayan sido valorados en las últimas categorías.

La falacia de la última cama

Las emergencias de salud pública, sean esta de origen natural (ej. pandemias) o deliberadas (ej. ataques terroristas con armas biológicas o químicas), encaminan a los sistemas de salud al límite de sus capacidades, exigiendo respuestas diferentes a las establecidas.⁽²³⁾ En este contexto de sobredemanda que se encuentra de manera incompatible con carencia de recursos para contender de manera efectiva con todo el caudal de pacientes críticos que demandan atención de cuidados intensivos, es que se gesta el llamado dilema de la última cama.

La comunidad médica se enfrentaría a este escenario ante una hipotética situación de desastre, en la que la unidad de cuidados intensivos haya alcanzado el límite de su capacidad instalada para la atención de pacientes críticos. En la unidad de emergencia arriban continuamente pacientes graves que requieren con urgencia el uso de una cama en UCI y de un ventilador mecánico, que para tal fin solo cuente la unidad de críticos.

Esta situación se puede manifestar de varias formas, una de ellas sería la llegada de un único paciente, contando el encargo de triage con solo un espacio en UCI, lo cual le colocaría ante la disyuntiva de asignársela o no, justipreciara la realidad, que de asignar la cama y posteriormente presentarse otro paciente con mayor probabilidad de sobrevivida, tendría que sacar al paciente crítico recién ingresado para poder ingresar a la otra persona.⁽²⁴⁾ En este caso el médico puede hacer uso del razonamiento de paciente único asignándole la cama, ya que no puede predecir cuan pronto llegará el próximo paciente, aunque estando en crisis lo más seguro es que sea en breve.

La situación más oscura para el médico encargado del triage, tras el colapso del sistema sanitario, sería la llegada de cinco o más pacientes en estado crítico en igualdad de condiciones clínicas y pronóstico idéntico, todos requiriendo intubación inmediata, ingreso a UCI y colocación de ventilador mecánico. El médico sería consciente de que solo cuenta con un espacio en UCI, por tanto, se encontraría en medio de un gran dilema. Ante la magnitud de una pandemia como la actual, escenarios como este serán frecuentes, poniendo al encargado de selección en conflictivas paradojas éticas.

Una falacia, se define como un argumento, que se utiliza como si fuera válido, pero que en realidad no lo es.⁽²⁵⁾ El dilema de la última cama recae dentro de la definición de falacia porque su postulado expone una encrucijada que argumenta como válida cuando no lo es; en la práctica carece de solución apropiada. Se pueden formular desenlaces lógicos pero que son inválidos, por cuando quebrantan los principios más básicos de la bioética. Bajo este contexto, solventar de una forma u otra el dilema deja a quien lo enfrente con la potencial implicación de violación de fundamentos bioeticistas.

En la práctica no debería existir tal dilema, efectivamente puede llegar a darse el escenario descrito, pero el médico no tendrá la disyuntiva en ningún momento si se apega a un modelo centrado en la persona, por cuanto valorará un paciente a la vez, se centrará única y exclusivamente en la persona que en ese momento atiende, no justipreciará bajo ninguna circunstancia basándose en el número de pacientes. De manera que, de presentarse tal contexto caótico, debería asignarle el espacio a la persona que más lo necesite, luego buscaría la manera de hacer lo mejor posible por todos los pacientes, resolviendo un problema a la vez.

CONCLUSIONES

Escenarios delicados hacen preciso la toma de decisiones, en muchas ocasiones, en un tiempo corto. Contextos como la actual pandemia, que generan una alta tasa de infección de la que se deriva un elevado número de pacientes con dificultad respiratoria severa que requieren intubación, el uso de cama en UCI y la conexión a un ventilador mecánico para salvaguardar su vida, hacen emerger profundos dilemas éticos para el manejo de estos pacientes.

Los sistemas de salud por muy avanzado que sean, tienen capacidades limitadas de resolución que se ven ampliamente superadas cuando el caudal de pacientes demandando atención es grande. Ante la carencia de recursos, la solución lógica parecería ser racionar, asignar en base a la mayor utilidad. Esto puede ser válido en gerencia en salud, pero no lo es en bioética, donde se mantiene el principio de valorar cada vida como el valor más grande.

Se presenta el llamado dilema de la última cama, ante la presencia de múltiples pacientes en igualdad de condiciones que requieren el espacio en UCI cuando solo una cama se encuentra disponible. Se argumenta que, bajo una visión utilitarista, se le obliga al médico a elegir quién tendrá acceso a ese último lugar. La tesis del presente trabajo refuta este argumento, ya que, bajo una medicina centrada en la persona, el médico no se debería colocar en esta situación. El dilema como tal es una falacia irremediable éticamente, pero no debe existir tal dilema cuando el médico se centra en la persona no en los resultados, ya que el galeno verá un único paciente sin tomar justipreciaciones por la población que requiera el espacio en UCI. La premisa es un paciente a la vez, se le resuelve a este y luego se busca hacer lo mejor por la siguiente persona.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Contribución de autores

El autor participó del artículo científico y se responsabiliza públicamente por este, revisó la versión final del trabajo y aprobó su publicación en la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Este trabajo, u otro sustancialmente semejante en contenido, no ha sido publicado en otra revista ni como parte de un libro, ni está siendo sometido a revisión en otro espacio editorial. El autor concuerda en ceder los derechos de autor del artículo a la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. La reproducción total o parcial de este artículo en otras publicaciones requiere de la autorización escrita del Director de la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, sin embargo, se permite su almacenamiento en webs, repositorios y otros medios de difusión, siempre que se reconozca a la revista como primer medio de publicación.

Financiación

El autor indica que no recibieron financiación para el desarrollo de la presente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rourke EJ. Waiting. New England Journal of Medicine. N Engl J Med [Internet]. 2020 [citado 05/05/2020]; 382: 2184-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2007073>
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report –51 [Internet]. WHO; 2020 [citado 05/05/2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
3. Smith MJ, Silva DS. Ethics for pandemics beyond influenza: Ebola, drug-resistant tuberculosis, and anticipating future ethical challenges in pandemic preparedness and response. Monash Bioeth Rev [Internet]. 2015 [citado 05/05/2020]; 33(3): 130-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40592-015-0038-7>

4. Armocida B, Formenti B, Ussai S, Palestra F, Missoni E. The Italian health system and the COVID-19 challenge. *Lancet Public Health* [Internet]. 2020 [citado 06/05/2020]; 5(5): e253. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30074-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30074-8)
5. Teres D. Civilian triage in the intensive care unit. *Crit Care Med* [Internet]. 1993 [citado 06/05/2020]; 21(4): 598–606. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00003246-199304000-00022>
6. ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 Jul [citado 06/05/2020]; 100(1):170-2. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02082-3](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02082-3)
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
8. Gispert Cruells J. *Conceptos de bioética y responsabilidad médica*. 3ra ed. México: Manual Moderno; 2005.
9. Riccioni L, Bertolini G, Giannini A, Vergano M, Gristina G, Livigni S, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances. *Recenti prog med* [Internet]. 2020 [citado 08/05/2020]; 111(4): 207-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1701/3347.33183>
10. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* [Internet]. 2009 [citado 08/05/2020]; 373(9661): 423–31. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)
11. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [citado 09/05/2020]; 382: 2049-2055. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsb2005114>
12. Christian MD, Sprung CL, King MA, Dichter JR, Kissoon N, Devereaux AV, et al. Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest* [Internet]. 2014 [citado 09/05/2020]; 146(4): e61S-e74S. Disponible en: <https://doi.org/10.1378/chest.14-0736>
13. Truog RD, Brock DW, Cook DJ, Danis M, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Rationing in the intensive care unit. *Crit Care Med* [Internet]. 2006 [citado 09/05/2020]; 34(4): 958-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16484912/>
14. Sinuff T, Kahn moui K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM. Rationing critical care beds: a systematic review. *Crit Care Med* [Internet]. 2004 [citado 11/05/2020]; 32(7): 1588-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000130175.38521.9F>
15. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* [Internet]. 2020 [citado 11/05/2020]; 323(18): 1773–74. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5046>

16. Pathak PA, Sönmez T, Unver MU, Yenmez MB. Leaving No Ethical Value Behind: Triage Protocol Design for Pandemic Rationing. National Bureau of Economic Research [Internet]. Cambridge; 2020 [citado 12/05/2020]. Disponible en: <https://www.nber.org/papers/w26951.pdf>
17. Biddison ELD, Gwon HS, Schoch-Spana M, Regenber AC, Juliano C, Faden RR, et al. Scarce resource allocation during disasters: a mixed-method community engagement study. *Chest* [Internet]. 2018 [citado 13/05/2020]; 153(1): 187-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.08.001>
18. Egan TM, Murray S, Bustami RT, Shearon TH, McCullough KP, Edwards L, et al. Development of the new lung allocation system in the United States. *Am J Transplant* [Internet]. 2006 [citado 13/05/2020]; 6(5p2): 1212-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2006.01276.x>
19. American College of Surgeons. Soporte Vital en Trauma ATLS. Manual del curso para estudiantes. 9na ed. Chicago: *American College of Surgeons*; 2012.
20. Arulkumaran N, Brealey D, Howell D, Singer M. Use of non-invasive ventilation for patients with COVID-19: a cause for concern? *Lancet Respir Med* [Internet]. 2020 Jun [citado 15/05/2020]; 8(6):e45. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30181-8)
21. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *J Health Econ* [Internet]. 1997 [citado 15/05/2020]; 6(2): 117-32. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291099-1050%28199703%296%3A2%3C117%3A%3AAID-HEC256%3E3.0.CO%3B2-B>
22. Hick JL, O'Laughlin DT. Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2006 [citado 15/05/2020]; 13(2): 223-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.07.037>
23. Hanfling D, Altevogt BM, Gostin LO. A framework for catastrophic disaster response. *JAMA* [Internet]. 2012 [citado 16/05/2020]; 308(7): 675-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2012.8171>
24. Colmenero M. El ritual de la falta de camas. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2011 [citado 16/05/2020]; 35(3): 139-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2011.01.015>
25. González García JC. *Diccionario de Filosofía*. 1er ed. Madrid, España: Biblioteca Edaf; 2000.