

CRÍTICA A LA GUÍA BIOÉTICA QUE ASIGNA RECURSOS MÉDICOS ESCASOS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR COVID-19: UNA MIRADA A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

CRITIQUE OF THE BIOETHICS GUIDE THAT PRIORITIZES RESOURCES FOR THE CARE OF THE DISEASE OF COVID-19: AN OVERVIEW OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

Daniel García Urbina*

La distribución natural de los talentos no es ni justa ni injusta; tampoco es injusto que las personas nazcan en la sociedad en una posición particular.

Estos son simplemente hechos naturales.

Lo que es justo e injusto es la forma en que las instituciones tratan estos hechos.

JOHN RAWLS

Resumen

La Guía Bioética que asigna recursos médicos escasos por la nueva enfermedad por COVID-19, apareció el 30 de abril de 2020 y generó una gran discusión, no solo en el ámbito médico, sino también en el académico y, en especial, en el debate filosófico-ético. En esa

* Maestro en Filosofía del derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México y actualmente doctorante del Instituto de Investigaciones Jurídicas, en la misma universidad. Líneas de interés: filosofía del derecho, sociología del derecho, derecho indígena, interculturalismo y filosofía política. Correo electrónico: danielgarciaurbina25@gmail.com. Es importante mencionar que algunas de las reflexiones aquí escritas, sobre todo las que tienen que ver con la discusión utilitarista, fueron revisadas en la sesión del 02 de junio de 2020, durante la reunión virtual del Programa del Seminario de Seguimiento y Análisis Jurídico COVID-19, organizado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Sin embargo, en este texto se exploran diferentes ideas relacionadas con el aspecto sociológico de los determinantes sociales de la salud, y que aportan una nueva visión y nuevas reflexiones a la discusión.

Fecha de recepción: 30 de julio de 2020.

Fecha de aceptación: 1 de septiembre de 2021.

tesitura, en este escrito se realiza una serie de reflexiones filosóficas y socio-jurídicas en torno a dicha Guía, relacionadas con la inviabilidad de una ética utilitarista que favorece la igualdad formal en la priorización de esos recursos. Particularmente, la discusión se concentrará en la revisión de los determinantes sociales de la salud y el por qué su omisión es perjudicial en la lucha por una justicia distributiva.

Palabras clave: derecho a la salud, utilitarismo, determinantes sociales de la salud, sociología médica, priorización de recursos, igualdad de oportunidades.

Abstract

The Bioethics Guide that allocates limited medical resources for the COVID-19 disease made its appearance on April 30th, 2020, and generated a big discussion, not only in the medical field, but also in the academic and, especially, in ethics debate. In this context, this paper will present a series of philosophical and socio-legal arguments on the Bioethics Guide, related to the non-viability of a utilitarian ethics that favors formal equality in the prioritization of these resources. Particularly, the discussion will be about the social determinants of health and the reasons why its omission in the Guide is harmful for distributive justice.

Keywords: right to health, utilitarianism, social determinants of health, medical sociology, prioritization of resources, equal opportunities.

I. Introducción

Como prolegómenos, quisiera aclarar cuáles son (y cuáles no) las intenciones del presente texto. Empezaré por las que no lo son. No es mi intención realizar un análisis de aspectos estrictamente jurídicos, como la fundamentación o motivación de la Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia (en adelante “Guía”), sobre su controvertido proceso de publicación¹ o sobre su constitucionalidad.² Tampoco serán parte de mi análisis las discusiones sobre el supuesto permiso que daba la Guía para efectuar la eutanasia por parte de las y los médicos, o aquella que muchos diarios difundieron, según la cual obligaba al personal de salud a no atender a las y los adultos mayores por favorecer a los jóvenes, porque desde luego, se

¹ Durante el proceso de publicación de la Guía, se han difundido diferentes versiones, de fechas 11 de abril, 15 de abril, 20 de abril, y la última (la que se comenta en este escrito) es del 30 de abril de 2020.

² Por ejemplo, se ha argumentado que, de acuerdo con la jurisprudencia obligatoria, las medidas que establezcan categorías sospechosas de priorización, como lo hace la Guía, para ser consideradas constitucionalmente válidas deben pasar un test de escrutinio estricto. Véase: SCJN P./J. 10/2016 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, libro 34, t. I, septiembre de 2016, registro 2012589, p. 8.

trata de argumentos que a todas luces son una falacia del hombre de paja y resultan poco relevantes para ser tomados en serio. Tampoco es mi propósito revisar las dificultades y retos de su implementación. Mucho menos es mi intención proveer una alternativa a la Guía como lo han hecho otros y otras colegas.³

En ese sentido, mi intención primordial es explorar algunos argumentos desde la sociología médica y la filosofía, acerca de los problemas que se pueden desprender en torno a la asignación de recursos escasos que establece la Guía. Además de hacer una crítica al utilitarismo propuesto por el documento, mi intención es exponer, de alguna manera, reflexiones que pudieran ser de utilidad para abonar al debate —necesario— de la priorización de recursos, ya que, como acertadamente ha mencionado el profesor Ángel Puyol, indefectiblemente una discusión que tenga que ver con la distribución de recursos en medicina tiene que ser evaluada a la luz de las teorías de la justicia.⁴ Así, mi propuesta es defender que la Guía —sin menospreciar su oportuna aparición y enorme aporte a la discusión ética— falló en reconocer que en la asignación de recursos médicos deben tomarse en cuenta los determinantes sociales de la salud, y no solamente criterios de igualdad formal. Para lograr esta empresa, primero se ofrecerán los puntos clave de la Guía; luego, un análisis de su ética utilitarista y, finalmente, se manifestarán algunos razonamientos sobre los problemas de una asignación de recursos médicos que no tome en cuenta los determinantes sociales de la salud.

II. Fundamentación y motivación de la Guía

En esta primera parte, resulta importante establecer los principales elementos formales que conforman la Guía. La motivación del documento deriva de la declaración de pandemia, emitida el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud. En México, el 30 de marzo del mismo año, el Consejo de Salubridad General estableció un acuerdo por el cual se declaraba la emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a raíz de la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).

También se debe tomar en cuenta que, en aras de la obligación del Estado mexicano de adoptar los pronunciamientos de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la presente Guía se fundamenta en la Resolución 1/2020 que emitió dicho organismo. De manera sucinta, la resolución tiene como propósito emitir una serie de recomendaciones a los Estados miembros para hacer frente a la pandemia derivada del COVID-19; asimismo, hace alusión a la relevancia de que prevalezca la defensa al derecho a la salud y los compromisos con los derechos humanos en general, que se promueva la investigación

³ Véase: Soto Mota, Adrián *et al.*, “Un dilema inevitable del Covid-19: ¿Cómo salvar más vidas cuando se acaban las camas?”, *Nexos*, México, *s/n*, 11 de abril de 2020, así como Martín Reyes, Javier *et al.*, “México necesita una política clara de acceso a terapia intensiva”, *Revista Etcétera*, *s/n*, 16 de abril de 2020.

⁴ Puyol, Ángel, “Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempos de crisis”, *XXIII Congreso Derecho y salud: Sistema de salud: novedades y desafíos*, vol. 24 extraordinario, 2014, pp. 19-26.

científica y que las medidas sanitarias tomen en cuenta los grupos en situación de vulnerabilidad. Particularmente, llama la atención la recomendación número 9:

Velar por una distribución y acceso equitativos a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, sean públicos o privados, asegurando la atención de las personas con COVID-19 y los grupos desproporcionalmente afectados por la pandemia, así como personas con enfermedades preexistentes que las hacen especialmente vulnerables al virus. La escasez de recursos no justifica actos de discriminación directos, indirectos, múltiples o interseccionales.⁵

Respecto a sus objetivos, la Guía menciona que entre éstos se busca proporcionar “criterios para orientar la toma de decisiones de triaje cuando una emergencia de salud pública genera una demanda en los recursos de medicina crítica que no es posible satisfacer”.⁶ Además, vale la pena resaltar que la misma “entrará en operación si la capacidad existente de cuidados críticos en un determinado hospital está sobrepasada, o está cerca de ser sobrepasada, y no es posible referir pacientes que necesitan de cuidados críticos a otros hospitales donde puedan ser atendidos de manera adecuada”,⁷ y que “se elaboró para hacer frente a la pandemia de COVID-19. La COVID-19 es una enfermedad viral infecciosa nueva, causada por el virus SARS-CoV-2, que tiene manifestaciones clínicas muy severas en aproximadamente el 5% del total de la población que la contrae. Actualmente no existe tratamiento profiláctico ni curativo para este virus”.⁸

Con relación a su fundamentación, la Guía está sustentada en los artículos 1º, 2º, 4º, y 73, fracción XVI, bases 1ra. y 3ra. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, 16 y 17, fracción VI de la Ley General de Salud (LGS), así como 1º y 9º, fracciones VI, XIII; 10, fracciones II, V, VIII; 11, fracciones VIII, IX; 15, fracción V, y 20 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General (CSG). Por su parte, la actuación del Comité de Ética de la Comisión Consultiva Científica se fundamenta en los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el artículo 16 y 17, fracción VI de la Ley General de Salud; 20 y 23 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General; 2º, 3º y 6º de las Reglas Internas de Operación de los Comités de la Comisión Consultiva Científica; 1º, 2º, 8º, 9º y 16 del Reglamento Interior de la Comisión Consultiva Científica, a través del Secretario del Consejo de Salubridad General.

De acuerdo con la Ley General de Salud —artículos 15, 16 y 17— y el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General —artículo 1º—, el CSG es un órgano

⁵ Resolución 1/2020, disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>.

⁶ Consejo de Salubridad General, *Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia*, p. 1, 2020, disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf.

⁷ *Idem*.

⁸ *Ibidem*, p. 2.

que depende directamente del Presidente de la República y tiene funciones normativas, consultivas y ejecutivas; además, tiene carácter de autoridad sanitaria, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país. Además, el artículo 17, fracción IV de la LGS, así como el artículo 9° del Reglamento del CGS, mencionan que una de las competencias del CSG es la de opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud, así como proponer políticas y estrategias para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, con lo cual se justifica la presente Guía. Es importante recalcar que, de acuerdo con el artículo 15, fracción V, el Consejo tendrá una Comisión Consultiva Científica, misma que a su vez, de acuerdo con las Reglas Internas de Operación de los Comités de la Comisión Consultiva Científica —artículos 2°, 3° y 6°—, contará con un Comité Técnico Específico de Ética, integrado por expertos. Vale la pena resaltar que este último no está expresamente señalado, sino que se desprende como uno de aquellos que será determinado por la propia Comisión —artículo 23 del Reglamento del CSG y el artículo 3°, fracción IV de las Reglas Internas—.

III. Contenido de la Guía

En un primer momento, es justo reconocer que la Guía no solo es un documento técnico, sino también un indudable objeto de reflexión filosófica y ética.⁹ Estoy convencido de que la Guía es una forma excepcional de concientizar al personal de los hospitales y de protegerlos moralmente, y que tiene como propósito proveer un modelo que permita a las y los médicos de los Comités de Ética de cada hospital decidir quién tiene acceso a los recursos escasos de medicina crítica para combatir la enfermedad por coronavirus.

Por ello, la Guía responde a una situación muy concreta: en casos donde, derivado de una emergencia sanitaria, los recursos médicos críticos indivisibles son escasos, ¿cómo se deben asignar éstos cuando dos o más pacientes los necesitan? Para responder a esta pregunta, se debe partir de cuatro premisas contempladas en el propio documento: a) derivado de la emergencia sanitaria, los recursos de medicina crítica son escasos y no es posible satisfacer su demanda;¹⁰ b) la escasez se presenta cuando un hospital se ve superado en cuanto a sus recursos de medicina crítica y, además, no es posible ubicar al

⁹ De acuerdo con el profesor Juan Antonio Cruz Parceró, la aparición de la Guía puso de manifiesto dos situaciones: una, que las autoridades sanitarias no se habían pronunciado al respecto y resultaba necesario hacer algo, y dos, se estaba mandando un mensaje a la sociedad civil de que ante la pandemia por COVID-19, en materia de salud pública, se actuaría sin discriminación alguna. Cruz Parceró, José Antonio, “Seminario UDIR: La Guía Bioética. Discusiones Virulentas”, YouTube, UDIR, UNAM, 01 de julio de 2020, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=PCOFCzevFZc>.

¹⁰ De acuerdo con la Guía, los recursos se consideran escasos cuando la demanda de éstos supera su número en existencia por repartir.

paciente en otro hospital donde pueda ser atendido; *c*) los recursos de medicina crítica son indivisibles, es decir, que no se pueden segmentar, y sólo un o una paciente se puede beneficiar de ellos a la vez; y *d*) la escasez de recursos de medicina crítica indivisibles es una realidad.¹¹

Ahora bien, la Guía reconoce que en materia de salud, el principio moral y jurídico que impera es el de la justicia social. Éste establece que todas las personas tienen el mismo valor y los mismos derechos. En la práctica médica, esto se traduce en que todas las personas recibirán un trato justo y no serán excluidas, o, en otras palabras, que todas las personas —sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, o de cualquier otra índole— son candidatas para recibir atención de la salud y disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Como la salud pública parte del hecho de que cada persona tiene igual valor y dignidad, en consecuencia, de acuerdo con la Guía, el objetivo es tratar al mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas. Y es que, hablar de salvar la mayor cantidad de vidas conduce a evaluar la probabilidad de que un paciente mejore y sobreviva, así como sopesar el tiempo que dicho paciente utilizará los recursos escasos que pueden reutilizarse.

De igual manera, menciona que, en materia de derechos humanos, la legislación internacional recomienda que en el acceso a recursos de medicina de cuidados críticos se debe considerar la posición social de grupos en situación de vulnerabilidad, como niños y niñas, mujeres, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, aquellos pertenecientes a comunidades originarias, adultos mayores y personas que prestan servicios de salud. La Guía no dice de qué manera serán efectivas tales consideraciones especiales, a excepción de la última, que más adelante se comentará. En ese sentido, la asignación de recursos debe hacerse sin utilizar criterios que discriminen a las personas, como por ejemplo: afiliación política, religión, ser cabeza de familia, valor social percibido, nacionalidad o estatus migratorio, edad, género, origen étnico, orientación sexual, identidad de género, discapacidades y situación jurídica o socioeconómica.

Sin embargo, la Guía reconoce que, por tratarse la emergencia sanitaria por COVID-19 de una situación excepcional, no sólo opera el principio de salvar el mayor número de vidas, sino que se deben de tomar decisiones sobre a quiénes se asignarán los recursos escasos de medicina crítica, es decir, decisiones que en muchas ocasiones consisten en seleccionar a una u otra persona con similares características y pronósticos médicos.¹²

¹¹ Es importante reflexionar sobre un tema que no se debe obviar: ¿puede el Estado mexicano decir que hizo todo lo posible, en términos económicos, para proteger la vida de las y los mexicanos? O, en otras palabras, ¿por qué el Estado permite la escasez de determinados recursos médicos? ¿Es posible mitigar tal situación? La pregunta no es ingenua porque, de hecho, la Guía presupone que es una realidad que los recursos médicos van a escasear, y por ello, es preciso resolver el dilema de su asignación a las y los pacientes. Además, en esta reflexión no se puede dejar de tener en cuenta la responsabilidad patrimonial del Estado. Sobre estos particulares, recomiendo la consulta del documento *La respuesta de México al COVID-19. Estudio de caso*, realizado por el Institute for Global Health Sciences, en 2021, disponible en: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf.

¹² Un aspecto importante de señalar es que la decisión para asignar recursos escasos de medicina crítica no implica una decisión sobre la asignación de medicina paliativa o cuidados hospitalarios. Es decir, todas las personas tienen derecho a

Este tipo de decisiones deben ser tomadas teniendo en cuenta distintos criterios. El documento menciona algunos, así como las razones por las cuales no son adecuados. En primer lugar, descarta el criterio de orden de llegada. Éste, de manera sucinta, establece que los recursos médicos serán asignados a la persona que los solicitó primero. De acuerdo con la Guía, no es un criterio que debe tenerse en cuenta para tomar la decisión, ya que resultaría injusta para aquellas personas que viven más alejadas de los hospitales —por pertenecer a zonas rurales— y, por lo tanto, tardarían más en llegar al centro de salud. Tampoco debe tomarse en cuenta el criterio del valor social percibido, ya que es un error suponer que existen ocupaciones más valiosas que otras. Estoy de acuerdo con esta afirmación, sin embargo, surge una pregunta: ¿se dará el mismo criterio para cuando se trate de personas con una posición política relevante, como es el caso del Presidente de la República? Por otro lado, también señala el criterio de necesidad médica, el cual sostiene que el paciente cuya salud está más deteriorada es quien debe recibir el recurso escaso, siempre y cuando esto contribuya al fin terapéutico. La Guía no toma en cuenta este tipo de criterio, pero no explica las razones de ello. Finalmente, se presenta el método aleatorio —lotería—, el cual debe descartarse y sólo utilizarse como último recurso de asignación, aunque tampoco se explica por qué.

De este modo, la Guía menciona que la única característica que debe tomarse en cuenta para ser candidato(a) para la asignación de recursos escasos de medicina crítica, es la posibilidad demostrable, de acuerdo con la experiencia médica nacional e internacional, de beneficiarse de dichos recursos médicos. Es decir, que la decisión de asignación de recursos obedece a un cálculo racional: las y los pacientes que tienen mayor probabilidad de sobrevivir con la ayuda de la medicina crítica son priorizados sobre los pacientes que tienen menor probabilidad de sobrevivir. Cabe entonces preguntarse: ¿cómo se determinará esta probabilidad?¹³

La Guía propone que la decisión del cálculo de priorización esté basada en aplicar una escala que indique la probabilidad de supervivencia, tanto para pacientes con COVID-19 como para pacientes sin esta enfermedad.¹⁴ Este cálculo deberá tomar en cuenta: *a*) situación presente (impacto actual de la infección); *b*) situación pasada (comorbilidades preexistentes); y *c*) expectativa de supervivencia al tratamiento. Es importante tener muy presente que, hasta el momento en que se escribe este artículo, no existe ninguna

recibir tratamiento hospitalario, aun y cuando no se les haya asignado los recursos escasos.

¹³ Hay que ser muy cuidadosos con la interpretación de este argumento. Muchos periódicos nacionales en México —y muchos pseudointelectuales— aseguraron que la Guía, con esta premisa, orillaba a los hospitales a no atender a los adultos mayores porque había que priorizar a la juventud. A esta ridiculización del argumento se le conoce como “falacia del hombre de paja”. Es una falacia, porque decir que la Guía promueve que debemos asignar los recursos escasos a las personas que tienen mayor posibilidad, no discrimina de facto a los adultos mayores. El principio entra en juego cuando hay competencia entre dos personas que tienen diferentes expectativas de vida, sin que necesariamente esto signifique que se dejará de atender a los adultos mayores en favor de los jóvenes. En otras palabras, podría decirse que es perfectamente posible un escenario en donde se dé preferencia a un adulto mayor por sobre un joven en la asignación de recursos de medicina escasos.

¹⁴ Es importante resaltar que, de acuerdo con el documento, el sistema de toma de decisión debe ser aplicado tanto a pacientes con COVID-19 como a pacientes que requieran de cuidados de medicina crítica por otros padecimientos. Esto significa que padecer COVID-19 no es un privilegio para acceder a los recursos de medicina crítica.

escala validada que permita evaluar la probabilidad de muerte para pacientes con COVID-19. ¿Qué quiere decir esto? Que no existe una escala específica para aquellos(as) pacientes con esta enfermedad que permita a los médicos establecer el grado de disfunción orgánica y, derivado de eso, la probabilidad de muerte. Por esta razón, la Guía menciona que, dadas las circunstancias, es válido utilizar cualquier escala ya admitida, siempre y cuando sólo se utilice una misma por hospital. La Guía pone como ejemplo utilizar la escala SOFA —Sequential Organ Failure Assessment—. Esta escala se compone de la suma del puntaje obtenido de la evaluación de seis órganos: cada órgano recibe un valor que va de cero a cuatro puntos, calificado según el grado de disfunción. Aunque, como se mencionó, solo es un ejemplo, por lo que pueden tomarse en cuenta otras escalas.

De acuerdo con la Guía, el objetivo de usar una escala, sea ésta cual sea, es ayudar a la o el médico a decidir a quién debe proporcionarle los recursos —en el entendido de que éstos son escasos— para salvar a la mayor cantidad de vidas, es decir, el médico, auxiliado con la escala, deberá preferir a las y los pacientes que tienen mayor probabilidad de sobrevivir con ayuda de la medicina crítica, por encima de los pacientes que tienen menor probabilidad de sobrevivir. La razón para utilizar una escala de valuación tiene que ver con que el COVID-19 causa más cuadros clínicos graves y críticos, así como mayores posibilidades de fallecimiento en aquellas personas que presentan patologías previas —las llamadas comorbilidades—. ¹⁵ Además, en caso de que el puntaje sea el mismo, se deberá tomar en cuenta el sexo —ya que se ha demostrado que la mortalidad no es la misma para ambos sexos—; ¹⁶ y si esto no resuelve el problema y persiste el mismo puntaje, se deberá procurar atención a personas que pertenezcan a un grupo vulnerable; y si el problema sigue sin resolverse, como último recurso se deberá atender al sistema de lotería. Además, vale la pena apuntar que se establece un caso excepcional que, como consideración propia, es sumamente oportuno: es prioritario dar acceso a los recursos escasos de medicina crítica al personal de salud que combate la emergencia de COVID-19.

Asimismo, la Guía menciona que se crearán equipos de triaje, los cuales se encargan de tomar las decisiones en cada hospital, para la asignación de recursos de medicina crítica. No entraré en detalles sobre cómo estarán integrados ni sobre sus responsabilidades. Lo que sí es relevante destacar es que el personal médico que atiende directamente a los pacientes con COVID-19 no participará en la toma de decisiones. Esto significa que las personas que integran los equipos de triaje son distintas a quienes atienden a los pacientes directamente. El documento contempla que el sistema de decisión aplica tanto para la asignación inicial como para la reasignación de recursos. En ese sentido, el sistema

¹⁵ La comorbilidad es la presencia de diferentes enfermedades que acompañan, a modo de satélite, a una enfermedad protagonista aguda o crónica que es el objeto principal de la atención. Véase: Bernabeu-Wittel, Máximo *et al.*, “Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología”, *Atención Primaria*, España, vol. 46, núm. 7, agosto–septiembre de 2014, pp. 385-392.

¹⁶ Véase: López, Carmen M., “¿Afecta por igual el COVID-19 a hombres y mujeres?”, *Gaceta Médica*, 18 de marzo de 2020, disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/afecta-por-igual-el-covid-19-a-hombres-y-mujeres/>; y Hernández, Héctor, “Mortalidad por COVID-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico”, *Notas de coyuntura del CRIM*, México, CRIM-UNAM, núm. 36, 17 de junio del 2020, p. 7.

tendrá dos pasos: *a)* calcular el puntaje de priorización de cada paciente, y *b)* reevaluar de manera periódica el puntaje de pacientes que están utilizando recursos de medicina crítica. Asimismo, quien comunica la decisión —y cómo fue tomada— al paciente y familiares será el equipo de triaje, esto con la finalidad de mitigar la presión moral que recae sobre las y los médicos tratantes.

De acuerdo con el documento, la decisión podrá tener los siguientes sentidos: *a)* que se le asignen los recursos; *b)* que no sean asignados; *c)* que mantenga los recursos, o, en su caso, *d)* que los recursos le sean retirados. Las decisiones podrán ser apeladas por la o el paciente, los familiares o el médico tratante. Llama la atención que la apelación sólo opera sobre la decisión tomada, mientras que no procede cuando se pretende cuestionar el sistema con el que se tomó esa decisión, aunque no explica por qué no se puede apelar el sistema de puntaje.

IV. ¿Una guía utilitarista?

Se revisará lo medular de este escrito. Lo primero que se tiene que presentar es una idea del derecho humano a la salud. Si bien hay toda una literatura que discute en forma normativa y analítica las implicaciones de este derecho, únicamente se pondrá sobre la mesa que hay un derecho a la salud reconocido nacional e internacionalmente. De acuerdo con el artículo 25 (1) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, toda persona tiene derecho a la salud y el bienestar. De igual manera, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales reconoce este derecho. Por su parte, el Estado mexicano lo tiene contemplado en el artículo 4º de su Constitución federal.

Una vez leído el derecho a la salud, tal cual, sin una base contextual, no dice mucho, más que los Estados lo reconocen. Pero la pregunta resulta obvia: ¿de qué manera se materializa que los países garanticen ese acceso a la salud? Este cuestionamiento tiene importancia porque no es relevante que los derechos se reconozcan en documentos si no es posible llevarlos a la realidad. Y en todo caso, la fetichización para hablar de derechos humanos por parte de abogados y políticos simplemente es una quimera. La respuesta, desde luego, tiene que ver con las decisiones públicas que se toman por parte de los gobiernos. Es aquí donde, bajo la idea de la escasez de bienes, se ha fundamentado que los Estados sólo pueden garantizar un limitado número de recursos médicos y, por ende, salta la necesidad de acudir a la priorización de estos.¹⁷ Esta priorización, a diferencia de lo que podría creerse, no sólo es una decisión técnica que tengan que responder los médicos o quienes distribuyen la riqueza de los Estados, sino que también es una cuestión que tiene que pasar por una serie de criterios éticos. El propósito es visitar de qué manera se podría evaluar, en términos éticos, la Guía.

¹⁷ La propia Organización Mundial de la Salud reconoce que el derecho a la salud debe realizarse progresivamente, dependiendo de los recursos disponibles de los Estados.

En segundo lugar, en consecuencia, hay que reconocer cuál es la naturaleza ética que respalda la asignación de recursos escasos de medicina, según la Guía. Para esto, es menester tener en cuenta, como fue explicado con anterioridad, que los principios morales que persigue la norma en cuestión son: *a)* salvar la mayor cantidad de vidas, y *b)* salvar el mayor número de años vida (años por vivir).¹⁸ Como fue señalado, la salud pública parte del hecho de que cada persona tiene igual valor y dignidad, por lo que, en consecuencia, de acuerdo con la Guía, el objetivo de ésta es tratar al mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas. Pero al tratarse de una emergencia sanitaria y con recursos escasos, el principio de salvar la mayor cantidad de vidas nos conduce a evaluar la probabilidad de que un paciente mejore y sobreviva, y evaluar el tiempo que dicho paciente utilizará los recursos escasos que pueden reutilizarse. Pues bien, particularmente puede pensarse que la Guía responde a estos cuestionamientos con una ética utilitarista en la asignación de recursos.¹⁹

El utilitarismo, como sistema moral, dice que lo correcto es aquello que produce el mayor beneficio para el mayor número de personas. Aquí resulta importante anotar que lo valioso para el utilitarismo es que se promueva lo genuinamente valioso para la sociedad. Para su aplicación se requiere de un cuidadoso cálculo del costo-beneficio de las decisiones y los resultados que se obtendrían. En el caso concreto, sostengo que se trata de una visión utilitarista porque la Guía promueve que los recursos no se destinen a quien más los necesita —como defendería la justicia distributiva— sino con quien más podemos conseguir: salvar a quien más posibilidades tiene de sobrevivir.²⁰ Parece ser que la lógica del argumento utilitarista es: sacrificaremos a una persona —que, de acuerdo con la experiencia médica, tiene menos probabilidades de sobrevivir— para salvar a otra u otras. Esto significa, en otras palabras, que algunos cuerpos precarios —para utilizar la expresión de Judith Butler—²¹ valen más que otros, ante la escasez de recursos.²²

El utilitarismo es atractivo porque, como menciona Will Kymlicka, nos permite decir que algo es moralmente bueno si mejora la vida de alguien, independientemente de

¹⁸ Vale la pena hacer notar que este segundo principio no cae dentro de la falacia del hombre de paja, mencionada con anterioridad.

¹⁹ Llama la atención que se ha insistido en que no se trata de una visión utilitarista porque, se asegura, en realidad hay un llamado a respetar los derechos humanos y ciertos principios clásicos de la bioética.

²⁰ Si la Guía promoviera que los recursos se deberían destinar a quien más los necesita, entonces estaríamos hablando de que está justificada en un principio de justicia distributiva: distribución de recursos sobre la base de igual derecho a la protección de la salud; a diferencia de la utilitarista, que se concentra en optimizar el uso de los recursos de salud para maximizar el bienestar colectivo.

²¹ De acuerdo con la filósofa, en los Estados existen ciertas necesidades —económicas, políticas y sociales— que tienen que ser cubiertas para subsistir, y quienes no consiguen cubrirlas viven en un estado de precariedad, orilladas a vivir una violencia arbitraria. Esta situación no es una contingencia, sino, de hecho, una forma de gobernabilidad que crea normas que determinan qué vidas vale la pena proteger y cuáles merecen que ser lloradas por su pérdida. Véase: Butler, Judith, *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, trad. de Alcira Bixio, Buenos Aires, Paidós, 2002.

²² No quiero omitir el comentario que pudiera hacerse desde el punto de vista filosófico a este argumento, y es que vale la pena preguntarse: ¿por qué creemos que una vida más larga o más corta es más o menos valiosa? O, en otras palabras, ¿por qué vivir menos es menos valioso que vivir más?

las consecuencias que se deriven de esto.²³ Es muy cómodo, porque al ser consecuencialista, permite encontrar la moralidad de una acción, dependiendo del resultado;²⁴ en el caso de la Guía, hablamos del bienestar de las personas. Así, el utilitarismo dice que, en principio, se deben preferir las acciones que fomenten el bienestar de una persona, pero, ¿qué pasa si el bienestar de una persona entra en conflicto con el fomento del bienestar de otra? Bajo el utilitarismo, se trata de incrementar el bienestar de la mayoría, es decir, el bienestar general, aunque algunas personas no queden satisfechas.

No hay razones para preferir, según el utilitarismo, con los que menos se puede ganar. En esta decisión no importa quién eres, el principio se mantiene. De esta manera, el utilitarismo no permite tener consideraciones morales de otro tipo, como la intuición, la empatía o las condiciones sociales de la persona —por ejemplo, si ésta es cabeza de familia—.²⁵ De acuerdo con Rawls, a este tipo de utilitarismo se le conoce como teleológico, ya que con él nuestro primer deber no es tratar a las personas como iguales, sino obtener estados de cosas valiosas. En este tenor, se les considera como depositarias de utilidad o palancas causales para un sistema de utilidad.²⁶ Por ese motivo, el acto correcto se define en términos de incremento de lo bueno, antes que en términos de igual consideración hacia los individuos. Este es, como reconoce Kymlicka, un ideal no moral, puesto que las personas se convierten en medios para el máximo desarrollo del bien.²⁷ Esta posición utilitarista es muy seductora porque, si bien puede tener efectos desiguales sobre las personas, aspira a tratarlas como iguales, es decir, contándolas con el mismo valor. Sin embargo, lo cierto es que el utilitarismo permite que algunas personas no sean tratadas como iguales, sino como medios para los fines de otras.

De acuerdo con Kant, las personas no deberían ser usadas como un simple medio para el bienestar de los demás, puesto que somos seres racionales, merecedores de dignidad y respeto. Kant defiende que la moral no consiste en maximizar la felicidad ni en perseguir ningún otro fin, sino que consiste en respetar a las personas como fines en sí mismos. Por ello, asegura que debemos privilegiar la justicia sobre los ideales políticos o morales, como el bienestar general.²⁸ De esta manera, según el filósofo, lo moralmente deseable no es garantizar el bienestar social ni promover el bien, sino que las decisiones que tomemos deben estar en conformidad con el concepto de lo justo.

²³ Kymlicka, Will, *Filosofía política contemporánea. Una introducción*, trad. de Roberto Gargarella, Barcelona, Ariel, 1995, p. 22.

²⁴ El consecuencialismo es una forma filosófica de la ética que indica que algo es bueno, tomando en cuenta sus consecuencias, independientemente de los medios que se hayan utilizado para alcanzar ese grado de bondad. Los dos ejemplos clásicos del consecuencialismo son el utilitarismo y el hedonismo. Sobre este aspecto, véase: Mill, Stuart, *El utilitarismo*, Madrid, Alianza, 1999.

²⁵ *Ibidem*, p. 35.

²⁶ Rawls, John, *Teoría de la justicia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 40.

²⁷ Kymlicka, Will, *Filosofía política contemporánea...*, *op. cit.*, p. 49.

²⁸ “Yo sostengo lo siguiente: el hombre y en general todo ser racional existe como un fin en sí mismo, no simplemente como un medio para ser utilizado discrecionalmente por esta o aquella voluntad, sino que tanto en las acciones orientadas hacia sí mismo como en las dirigidas hacia los otros seres racionales el hombre ha de ser considerado siempre al mismo tiempo como un fin”. Kant, Immanuel, *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*, España, Editorial Alianza, 1996, p. 137.

En este sentido, la justicia no es un argumento que debe ponderarse por encima de otros, sino que debe ser la piedra angular del desarrollo de la sociedad. Es decir, lo justo tiene prioridad sobre lo bueno. Por eso, para la filosofía kantiana no hay nada que moralmente sea superior sobre nuestras vidas, y que conduzca a un bien social general superior. No hay ningún sacrificio justificado de alguno de nosotros por los demás. Es por ello que Roberto Nozick, en contra del utilitarismo, asegura que: “Hay sólo personas individuales, diferentes personas individuales, con sus propias vidas individuales. Usar a uno de estos individuos en beneficio de otros es usarlo a él y beneficiar a otros. Usar a una persona en esta forma no respeta, ni toma en cuenta suficientemente, el hecho de que es una persona separada, que ésta es la única vida que tiene”.²⁹

El utilitarismo se destaca —a diferencia de la deontología— porque considera que una acción es buena, basada en sus consecuencias: si una acción aumenta o maximiza la felicidad del mayor número posible de personas, entonces será buena, independientemente de los medios que se hayan utilizado para llegar a ese fin. Por ello, el utilitarismo no es una ética preocupada por los medios, sino sólo por los fines, obviando totalmente las intenciones; de tal manera que no importa con qué objetivo hayas realizado una determinada acción, lo que se valora y toma en cuenta son los resultados obtenidos, y no las razones por las que se hizo una determinada acción.

El caso de la asignación de recursos escasos confirma que se trata de una posición utilitarista, puesto que si lo que queremos es asignar los recursos a determinadas personas —basadas en su probabilidad de morir—, no importa realmente que se deje de atender a otros individuos. Un ejemplo clásico de aplicación del utilitarismo para el caso de asignación de recursos de medicina crítica, sería la desconexión de ventiladores de una persona que, derivado de sus comorbilidades, sufre un daño irreversible, ya que sería una decisión que provocaría mayores beneficios para un mayor número de personas, puesto que los recursos que se estaban destinando a su cuidado, ahora podrán redirigirse a alguien a quien le sean más útiles.

Para el utilitarismo, se pueden llegar a violar ciertos derechos individuales en aras de un bien superior. De esta manera, de conformidad con la Guía, no se asignarán recursos escasos a personas en las que se prevé un beneficio mínimo, y se priorizará a las personas con más años vida por vivir —años efectivos de vida—. Así, el utilitarismo niega la existencia de valores superiores al placer o la felicidad, y olvida la discusión de por qué creemos que una vida con menos años por vivir es menos valiosa que una con más años por vivir. Mi percepción es que la Guía, en la asignación de recursos, parece priorizar resultados eficientes por sobre los resultados equitativos, pero ineficientes.³⁰

²⁹ Nozick, Roberto, *Anarquía, Estado y utopía*, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, pp. 44-45.

³⁰ Incluso podría argumentarse que el modelo de cualquier escala que permita elegir a las personas que tengan mayores posibilidades de sobrevivir para asignarles recursos, es una fiel expresión de la necropolítica: arreglos para detentar control sobre los cuerpos de los otros y otras, y para definir quién muere y quién vive. Véase: Mbembe, Achille, *Necropolítica*, España, Melusina, 2011.

De acuerdo con esta visión utilitarista, no es ético dedicar los recursos disponibles a pacientes muy graves, pero sin posibilidades de sobrevivir, si tales recursos podrían destinarse a pacientes menos graves que sí sobrevivirán gracias a los recursos. Digamos que el argumento cobra relevancia, porque asegura que la necesidad médica incrementa con el beneficio que proporciona dicha atención.³¹ Esta es la posición de la Guía: la necesidad no depende de la gravedad del enfermo, sino del beneficio que se espera de ocupar los recursos. En este caso, la Guía se basa en la idea de indicadores de años calidad de vida. De acuerdo con Puyol, esta ética utilitarista cae en un argumento falaz: que la salud que unos ganan compensa a la que otros pierden.³² Así, pareciera que la Guía termina priorizando a los enfermos más sanos, ya que éstos son los que tiene más posibilidades de sobrevivir.

V. Los determinantes sociales de la salud deben ser tomados en cuenta en la asignación de recursos escasos

Desde el punto de vista de los razonamientos sobre el cálculo racional, el SOFA —o cualquier otra escala que calcule mortalidad basada en comorbilidades— resulta atractivo porque da indicios de quiénes tienen más posibilidades de sobrevivir. Pero surgen diversas interrogantes: ¿el hecho de que una persona obtenga más puntos en la escala SOFA (o cualquier otra), la hace merecedora de morir? ¿Este cálculo racional es justo?³³ Mi percepción es que no, puesto que la distribución de recursos estará basada en ventajas de salud: aquellos que son más saludables son quienes pueden recibir los recursos. Estas ventajas son conocidas en la epidemiología social y la sociología médica, como determinantes sociales de la salud. Estos determinantes son, como se verá más adelante, simplemente arbitrarios. Luego entonces, si la Guía funda la asignación de recursos bajo la idea de estos determinantes, y al ser éstos arbitrarios, es decir, sin que sean elegidos por las personas a quienes afectan, aquélla también será arbitraria, y por ende, injusta.

Ahora bien, es menester reconocer que la Guía obedece a una concepción clásica de la epidemiología. Ésta, en términos generales, es el estudio de las relaciones entre exposiciones y enfermedades a nivel poblacional. La epidemiología clásica, así, es

³¹ Puyol, Ángel, “Del derecho a la salud a la ética del racionamiento sanitario”, *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, núm. 52, 2018, pp. 43-65.

³² *Idem*.

³³ Y es que de hecho, el propio sistema SOFA tiene ciertos inconvenientes médicos. De acuerdo con Adrián Soto Mora, uno de los problemas de predecir mortalidad con el SOFA es que sólo se consideran pre-existencias arbitrariamente escogidas y asumen que todos los pacientes están debidamente controlados. Por ejemplo, una persona hipertensa perfectamente controlada *versus* una persona hipertensa pero sin cuidados sobre su sistema. Otro problema radica en que el SOFA sobreestima la capacidad de los médicos de predecir supervivencia a mediano y largo plazo. Por esta razón, la evidencia médica demuestra que las comorbilidades son muy malos predictores de años-vida. Soto Mora, Adrián, “Coloquio Virtual: COVID-19 y Bioética [5]”, YouTube, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, 26 de junio de 2020, disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=J_WaOvRXksk.

aquella que se ocupa de analizar las enfermedades en relaciones con factores de riesgo individuales, como la genética.³⁴ Por otro lado, la epidemiología social es la rama de la epidemiología que, en el amplio ramo de decisiones que debe tomar, estudia la distribución social y los determinantes sociales de la salud. Esto significa que la epidemiología social sirve para encontrar relaciones entre las enfermedades y las condiciones sociales de una persona o un grupo de personas. De esta manera, esta rama del conocimiento está preocupada por las enfermedades y las desigualdades en el acceso a la salud, que se manifiestan a través de condiciones sociales determinantes: la clase social, ingresos, educación, etnia, país de origen, entre otros aspectos.³⁵ Básicamente, esta rama de la epidemiología se preocupa por responder a una sencilla pregunta: ¿por qué enferman algunas personas y otras no?³⁶ El hecho de reconocer las desigualdades sociales en el acceso a la salud, hace que la epidemiología se desprenda de la tradición ortodoxa, según la cual las ciencias naturales están despolitizadas. Es decir, se abre el debate a que en realidad, las ciencias naturales no solo explican sino también valoran —y aquí la sociología, filosofía y la ciencia política son auxiliares de ella—.

Es imperioso que se tome en consideración que la salud de una persona no está definida únicamente por factores biológicos, sino también por determinados factores sociales, culturales y económicos. Reconocer esta situación es vital para cualquier teoría de la justicia que pretenda resolver el problema de la racionalización de recursos médicos —y no sólo médicos—. Esta situación significa que existe una relación estrecha entre los *determinantes sociales de la salud* y nuestra forma de entender la igualdad de oportunidades. Esto, al mismo tiempo, es alejarse de la idea de igualdad de oportunidades, entendida por el liberalismo —y del libertarismo— más genuino: ésta como sinónimo de igualdad formal. Esta forma de entender la igualdad, para muchos(as) juristas, únicamente consiste en la idea de equidad en el acceso a recursos, es decir, que no se discrimine a nadie en esa asignación. Esto es insuficiente, ya que pasa por alto el hecho de que una persona que acuda a un hospital esté enferma, no por razones biológicas o haberse expuesto a una situación peligrosa, sino por razones socialmente injustas, como haber nacido en determinado contexto social. Así, una buena teoría de la justicia que quiera atender la distribución de recursos médicos de una mejor manera, debe voltear a ver no solo la cuestión biológica, sino también las condiciones sociales y culturales del propio país. Por ello, la propia Organización Mundial de la Salud, a través de su Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, asegura que “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias”.³⁷ De este modo, los

³⁴ Segura del Pozo, Javier, “Epidemiología de campo y epidemiología social”, *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, vol. 20, núm. 2, marzo-abril de 2006, pp.153-158.

³⁵ Hersch-Martínez, Paul, “Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, vol. 55, núm. 5, septiembre-octubre de 2013, pp. 512-518.

³⁶ Sobre esta discusión, véase: Evans Robert *et al.*, ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Madrid, Editorial Díaz de Santos, 1996.

³⁷ Véase el informe *Subsanar las desigualdades en una generación*, publicado por la Comisión de Determinantes Sociales

determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Por ello, se podría concluir en un primer momento que las condiciones de salud obedecen a procesos históricos, sociales, económicos y culturales. Si bien no hay un consenso sobre cuáles son los principales determinantes sociales de la salud, se reconoce que éstos tienen que ver con el estilo de vida, el ambiente, así como la organización de servicios de salud.³⁸

Cuando hacemos referencia a los aspectos socioculturales, a diferencia de indicadores unívocos como la edad o el factor genético, esto implica aquellos factores que sin ser biológicos inciden en la causalidad de diversos padecimientos, o en el acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud.³⁹ No es que las enfermedades solo tienen vínculo con factores sociales. Desde luego que el factor biológico también juega un papel relevante, pero hay que reconocer que, de la mano de la epidemiología social, el estudio de las enfermedades no debe realizarse considerando sólo la realidad biológica, sino tomando en cuenta la cultura y las relaciones socioeconómicas y políticas de cada país. Al final del día, la epidemiología social pretende proveer a las estrategias públicas indicadores socioculturales y económicos que permitan tomar mejores decisiones sobre cómo nos enfrentamos a las enfermedades.⁴⁰

La evidencia empírica en relación con los determinantes sociales de la salud tiene un gran respaldo. El primero en hablar del tema fue Marc Lalonde, quien en 1974 elaboró un informe en Londres, en el cual destacó la importancia de tomar decisiones sobre la salud, tomando en cuenta aspectos sociales.⁴¹ De igual manera, Dahlgren y Whitehead plantearon la hipótesis de que las capas sociales que rodean a las personas —como sus redes sociales— influyen en el comportamiento y su situación contextual, hasta el grado de afectar el nivel de salud de las mismas.⁴² Por su parte, Dubos y Mackeown demostraron que la salud en el siglo XIX avanzó gracias a factores sociales como mejoras en las condiciones laborales, la alimentación, la educación y vivienda, lo que indica que hay una estrecha relación entre estos factores.⁴³

De acuerdo con Roberto Castro, los determinantes sociales dependen del modelo de desarrollo capitalista y afectan directamente a la salud de las personas. Según el profesor Castro, la desigualdad entre países —producto evidentemente del capitalismo— hace que los países menos desarrollados sean lugares que dependen de la ayuda internacional

de la Salud, disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.

³⁸ Silberman, Martín *et al.*, “Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública”, *Revista de la Facultad de Medicina*, México, vol. 56, núm. 4, julio-agosto de 2013, pp. 24-34.

³⁹ Hersch-Martínez, Paul, “Epidemiología sociocultural...”, *op. cit.*

⁴⁰ Segura del Pozo, Javier “Epidemiología de campo...”, *op. cit.*

⁴¹ Véase: Lalonde, Marc, *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*, Canadá, Gobierno de Canadá, 1981.

⁴² Véase: Dahlgren, Goran y Whitehead, Margaret, *Policies and Strategies to Promote Social Equality in Health*, Suecia, Institute for Futures Studies, 1991.

⁴³ Dubos, René Jules, *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1975, y Mckeown, Thomas, *El papel de la medicina. Sueño, espejismo o némesis*, México, Siglo XXI, 1982.

para el desarrollo de sus sistemas de salud.⁴⁴ Es por ello que, de acuerdo con él, los fenómenos médicos no deben verse como si fueran ajenos de las fuerzas sociales históricas. Y es que hay que reconocer que la medicina es parte de un sistema social específico. De esta manera, dice el autor, la salud de las personas —y sus diferencias entre sectores poblacionales— puede ser analizada bajo las mismas categorías con que explicamos la lógica capitalista: la desigualdad en la distribución de riqueza.⁴⁵ Y no solo eso, sino que la composición de la población en clases sociales puede ser identificada a través del acceso a la salud. De esta manera, las causas que explican el nivel de desarrollo de un país también explican el desarrollo de los sistemas de salud.⁴⁶

En esta misma línea de pensamiento, la profesora Cristina Laurell ha sido una de las principales pensadoras que demuestra cómo en México las relaciones entre las fuerzas sociales-económicas-culturales —es decir, los determinantes sociales— afectan a la salud. De acuerdo con la socióloga, el sistema económico tiene consecuencias en dos sentidos: en determinados procesos sociales que se ven reflejados en la enfermedad de cada clase social, y en cómo el sistema económico conforma los sistemas de salud.⁴⁷ De tal manera que el reto consiste en encontrar las relaciones de producción vinculadas a la salud y la enfermedad.⁴⁸ Esto significa que las mismas fuerzas que determinan el sistema capitalista, también afectan al sistema de salud. Por ejemplo, en *Medicina y capitalismo en México*, Laurell encontró que en el Estado mexicano hay aspectos económicos, políticos e ideológicos que afectan el nivel de salud en el país.⁴⁹ Es por lo anterior que resulta un error establecer estrategias en la salud si se considera a la enfermedad simplemente como un factor biológico.⁵⁰ Esta explicación biologicista no alcanza a demostrar por qué en ciertas zonas del mundo —o de un país— determinadas enfermedades se desarrollan con mayor gravedad, por ejemplo, las enfermedades del corazón.

Así, de acuerdo con Laurell, las enfermedades no son el resultado de procesos en individuos aislados, sino una respuesta a impulsos exteriores que actúan sobre éste. Según la autora, todas las enfermedades que causan mayor número de muertes en diversos países tienen que ver directamente con la manera de producir, y con las condiciones de vida del capitalismo avanzado. Los estudios demuestran que las morbilidades se desarrollan más en personas asalariadas que en las no asalariadas. También, la deficiencia en la salud se ve afectada por aspectos ambientales, como la vivienda, la calidad del agua, el tratamiento de los desperdicios, los cuales, al mismo tiempo, están determinados por las condiciones socioeconómicas. Por tales motivos, las enfermedades contagiosas

⁴⁴ Castro, Roberto, *Teoría social y salud*, México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2010, p. 49.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 130.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 131.

⁴⁷ *Idem*.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 133.

⁴⁹ Laurell, Cristina, “Medicina y capitalismo en México”, *Cuadernos Políticos*, México, núm. 5, julio-septiembre de 1975, pp. 80-93.

⁵⁰ *Idem*.

—diarreas, parasitosis, infecciones de las vías respiratorias, etcétera— encuentran condiciones óptimas para su propagación.

De acuerdo con Laurell, en un estudio realizado sobre las patologías de pacientes del Hospital General de la Ciudad de México y de pacientes de hospitales privados, se encontró que había diferencias sustanciales entre la clase obrera y las clases medias o altas. Por ejemplo, las enfermedades por las que más llegaban los obreros eran aquellas como pulmonía, enfermedades respiratorias agudas, tuberculosis, amibiasis, cirrosis hepática, problemas graves de la piel, cáncer en estados avanzados, complicaciones del parto y del aborto provocado, desnutrición en el adulto, presencia simultánea de varias enfermedades, enfermedades en estado avanzado, entre otras. Por otra parte, las y los pacientes pertenecientes a la burguesía y estatus medio alto se caracterizaban por su frecuencia más baja de enfermedades infecciosas, y por el predominio de enfermedades degenerativas, así como de cáncer en estado poco avanzado, enfermedades sicosomáticas y neuróticas, así como una detección temprana de la enfermedad.⁵¹ En el mismo estudio se menciona que, por ejemplo, la amibiasis como causa de muerte es 30 veces más común entre los pacientes del Hospital General que entre los pacientes privados; la tuberculosis, 8 veces más común; la hepatitis, 6 veces; las enfermedades respiratorias agudas, 4 veces; la cirrosis, 3.5 veces y las enfermedades reumáticas crónicas, 3.5 veces. Al final, de acuerdo con Laurell, todo esto se ve reflejado en cómo las diferentes clases sociales se enfrentan a las enfermedades.⁵² La burguesía y las esferas medias tienen libre acceso a la medicina profesional, y se atienden antes de que la enfermedad haya progresado. Por su parte, las clases representadas en el Hospital General no pueden admitir la presencia de la enfermedad, hasta que está tan avanzada que materialmente no pueden seguir trabajando o hasta que todos los otros remedios han fallado.⁵³

En esta misma tesitura, un estudio presentado por el profesor Baldomero Sánchez Barragán, demostró que en México hay una relación entre el nivel educativo, el sistema de trabajo, el sistema de lucha contra la pobreza, el estilo de vida, el medio ambiente, la cantidad de población y los sistemas de atención a la salud, con el desarrollo de enfermedades. Por ejemplo, la mortalidad de la población con niveles bajos de educación es hasta 105% mayor que aquellas personas que accedieron a un nivel educativo medio superior o superior. De igual manera, en aquellas personas con menos de cinco años de escolaridad, las causas de morbilidad son de 167% superiores en relación con aquellas que tienen más de trece años de escolaridad.⁵⁴

Por otro lado, de acuerdo con el mismo estudio, la mortalidad es mayor en trabajadores(as) con empleos temporales que en los fijos, lo que lleva a concluir que las

⁵¹ Laurell, Cristina, “Medicina y capitalismo en México”, *apud* Celis, Alejandro y Nava, José, “La patología de la pobreza”, *Revista del Hospital General*, México, núm. 33, 1970, p. 31.

⁵² En ese mismo sentido, de acuerdo con Laurell, la forma en que enfrentan la enfermedad las clases sociales bajas se ve reflejada en que los pacientes recurren a curanderos, hueseros y yerberos.

⁵³ Laurell, Cristina, “Medicina...”, *op. cit.*, *idem*.

⁵⁴ Sánchez Barragán, Baldomero, “Modelo epidemiológico Social de la Salud, para la planeación de la política sanitaria”, *Salud en Tabasco*, Tabasco, vol. 21, núm. 1, enero-abril de 2015, pp. 31-42.

situaciones laborales también afectan la salud y la equidad sanitaria. Por ejemplo, las y los obreros tienen tasas de mortalidad de hasta 7 veces más en bronquitis, 5 veces más en tuberculosis y 4 veces más para accidentes automovilísticos, en relación con trabajadores(as) profesionistas. Además, es importante resaltar que en México, aproximadamente el 13.15% de la población en edad de trabajar no lo hace, o es subocupada, lo que vuelve su estado de salud más vulnerable, pues sin empleo digno se pone en riesgo el saneamiento básico.⁵⁵ La mortalidad en las clases más bajas es mayor, ya que el nivel socioeconómico y cultural es un importante determinante de toda nuestra trayectoria vital. De la forma en que los Estados decidan la justicia social depende el modo de vivir de las personas, las probabilidades de enfermar y morir prematuramente. Es decir, la estrategia de justicia social determina la vida o la muerte de las personas.

Sólo para contextualizar, en México, cuatro de cada cinco personas carecen de la protección básica de seguridad social. Esta justicia social, como se ha mencionado, determina el estilo de vida de las personas y éste, a su vez, es un importante factor determinante de la salud. El estilo de vida se refiere a todas las conductas individuales y sociales —*habitus*, campos sociales—; por ejemplo, el consumo de tabaco, alcohol, abuso de drogas, mala alimentación, falta de actividad física o uso irresponsable del automóvil. De igual manera, el sexo es un factor determinante: los patrones de morbilidad y mortalidad difieren entre hombres y mujeres. Por ejemplo, en México, las mujeres viven 5 años más que los varones; fallecen 134 hombres por cada 100 mujeres, y la utilización de servicios hospitalarios varía enormemente, ya que la tasa de mujeres que ocupan los servicios hospitalarios es de 4.9%, frente al 2.6% de los hombres.⁵⁶ Con estos datos, se podría concluir que los principales determinantes de la salud —y enfermedad— tienen que ver con problemas cuyo origen surge en lo social. Al final del día, tendríamos que reconocer que la pobreza económica y cultural es sinónimo de ausencia de salud.

En el caso específico de la enfermedad por COVID-19, al ser un padecimiento nuevo, aún no existen conclusiones contundentes que permitan asegurar cuáles son los determinantes sociales de la salud que más favorecen el desarrollo del virus y hacen peligrar la vida de las personas. Sin embargo, existen algunos indicadores importantes que visibilizan hacia dónde podríamos mirar para identificarlos. De acuerdo con diversos estudios, la enfermedad por COVID-19 y la forma en la que los países lo enfrentan, están relacionados con la edad de la persona, si el país tiene un clima tropical o no, o si el sistema de salud realmente funciona o no. Sobre esto último, es importante tener en cuenta que no se puede obviar el hecho de que la marginación, así como el limitado acceso a servicios de salud, son un excelente indicativo de que algunas personas no pueden enfrentar la enfermedad por coronavirus con los mismos elementos que aquellas que viven en una situación acomodada.⁵⁷ Además, otro tipo de estudios han dado una importante luz

⁵⁵ *Idem*.

⁵⁶ *Idem*.

⁵⁷ Véase: Banik, Arindam *et al.*, “Why Do COVID-19 Fatality Rates Differ Across Countries? An Explorative Cross-country Study Based on Select Indicators”, *Global Business Review*, vol. 21, núm. 3, 2020, pp. 607-625, disponible en: <https://>

sobre cuáles son las comorbilidades que más intensifican el daño del coronavirus sobre el cuerpo humano y que, curiosamente, son las mismas que las y los autores mencionados identifican como comorbilidades directamente relacionadas con las clases sociales. Por ejemplo, tener problemas pulmonares, enfermedades cardíacas, diabetes, obesidad, cáncer, enfermedades sanguíneas, enfermedades hepáticas, síndrome de Down, son comorbilidades que vienen a agravar la enfermedad por coronavirus.⁵⁸ O, en otro caso, hay estudios que muestran que las personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas también mueren de COVID-19 siendo más jóvenes; esto se debe a que a menudo desarrollan afecciones crónicas a una edad más temprana y pueden ser más propensas a padecer más de una. También las personas con discapacidades tienen mayor probabilidad de contraer el COVID-19, y con peores consecuencias que otros grupos.⁵⁹

De acuerdo con el escrito *La respuesta de México al COVID-19. Estudio de caso*, las comorbilidades más frecuentes de los pacientes diagnosticados con COVID-19 en México son: hipertensión, obesidad, diabetes, así como enfermedad renal crónica, e inmunosupresión.⁶⁰ Todas ellas, comorbilidades vinculadas a las diferencias de clases sociales. Sobre esto último, llama también la atención que la presencia de anticuerpos fue más baja entre aquellos con educación universitaria (21% contra 27%, 26% y 24% para aquellos con educación preparatoria, secundaria y primaria, respectivamente), lo que indica, de nuevo, que la enfermedad por COVID-19 no afecta por igual a las personas dependiendo de su nivel educativo.⁶¹ Además, las personas que viven en municipios con mayor marginación socioeconómica también corren un mayor riesgo de sufrir consecuencias desfavorables, y es que la cantidad de muertes aumenta dependiendo del nivel de marginación del municipio donde viven los pacientes. Y peor aún cuando se trata de personas indígenas, ya que la letalidad se incrementa al doble, respecto de la que se ha observado en personas no indígenas (18.3% contra 9%).⁶² Por otro lado, en el mismo estudio se ha demostrado que murió el 20% de los pacientes con COVID-19, hospitalizados en el sector privado (por lo general, ciudadanos con mayores recursos), frente al 50% de personas que han ingresado al Instituto Mexicano del Seguro Social o el 37% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.⁶³

journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0972150920929897.

⁵⁸ Véase: *Informe del grupo de Análisis Científico de Coronavirus del ISCHII (GACC-ISCHII)*, disponible en: http://old.com.fundacionio.es/wp-content/uploads/2020/06/FACTORES-DE-RIESGO-EN-LA-ENFERMEDAD-POR-SARS-CoV-2-COVID-19_2.pdf.

⁵⁹ Véase: *Science Brief: Evidence used to update the list of underlying medical conditions that increase a person's risk of severe illness from COVID-19*, disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/underlying-evidence-table.html>.

⁶⁰ *La respuesta de México al COVID-19...*, op. cit., p. 20.

⁶¹ *Ibidem*, pp. 25-26.

⁶² *Ibidem*, pp. 26-27.

⁶³ *Idem*.

VI. A manera de conclusión

De acuerdo con los libertarios —entre ellos Nozick, por cierto—, los infortunios de la vida, las enfermedades genéticas o aquellas que son consecuencia de haber nacido en un entorno social tortuoso para la salud, son situaciones azarosas ajenas a cualquier evaluación de justicia. Aseguran que no hay obligación moral de ayudar a los que por condiciones contingentes sufren más, no hay razones para reclamar un mejor trato por estar en condiciones sociales y estructurales desfavorables. Así, todo intento de distribuir los recursos para atender a los que están en desventaja social, es injusto.

No comparto esta premisa. Y es que no hay que olvidar que la desigualdad social no es un producto del azar, sino de las estructuras sociales: son éstas las principales causas de las desigualdades en la salud de la población.⁶⁴ Partamos de un hecho: el nivel de salud de una sociedad depende —en gran medida— del desarrollo económico, el cual hoy en día apunta a una sociedad capitalista, generadora de profundas desigualdades que van mermando la salud de las personas por el tipo de trabajo desempeñado, el entorno ambiental, la exclusión social, el capital cultural, el *habitus*, el campo y la clase social —para usar categorías de Bourdieu—.

Si se observan los datos duros en México, la salud está directamente relacionada con la clase social y cultural a la que se pertenece. De este modo, si uno pertenece a los estratos de mayor pobreza en el país, el acceso a la salud —preventiva y curativa— es menor al de otro que pertenece a los estratos mejor consolidados económicamente. Un niño o niña que no ha tenido una buena alimentación por razones económicas y culturales, es más susceptible de padecer enfermedades. Y peor aún, esto se vuelve un círculo vicioso, ya que esos infantes, que algún día serán padres o madres, no contarán con la salud, nutrición o conocimientos adecuados para darle prioridad al bienestar de sus hijos. Esta hipótesis se confirma cuando nos percatamos de que —de acuerdo con el Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México, de 2019—⁶⁵ una persona que pertenece al 50% más pobre de la población en México, tiene una probabilidad alta de presentar un estado de salud malo, o muy malo. Lo cual significa que la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados; es decir, pobreza genera mala salud.⁶⁶ Al final, esto repercute en un factor que las escalas de asignación de recursos no toman en cuenta —ni el SOFA, ni cualquier otra—: los pobres tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de comorbilidad que quienes tienen mayor capital.⁶⁷

⁶⁴ Puyol, Ángel, “Justicia distributiva en el...”, *op. cit.*

⁶⁵ Disponible en: http://sids.salud.gob.mx/site2/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf.

⁶⁶ Wagstaff, Adam, “Pobreza y desigualdades en el sector de la salud”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11, núm. 5/6, 2002, pp. 316-317.

⁶⁷ De acuerdo con Héctor Hiram Hernández Bringas, profesor del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, luego de un análisis cuantitativo y cualitativo de la mortalidad del COVID-19, los datos apuntan a la existencia de una importante selectividad de la mortalidad por algunas condiciones demográficas y socioeconómicas. Por ejemplo, 71% de los muertos por coronavirus tienen una escolaridad de primaria o inferior; el 84% de los muertos son amas de casa, jubilados y pensionados, empleados de sector público y conductores de vehículos. Véase: Hernández, Héctor, “Mortalidad por

Y es que, una estrategia para la asignación de recursos —como la que pretende la Guía—, que está sostenida en el principio de igualdad formal, no puede estar basada únicamente en factores biológicos, sino que debe tener en cuenta una visión social de la enfermedad, apartándose de la sola referencia estadística que a través del manejo de tasas de mortalidad y morbilidad se nos han venido presentando de manera recurrente, y casi única, para el abordaje y conocimiento de la enfermedad dentro de la realidad social.⁶⁸ Esto significa que el análisis de las acciones sanitarias —desde la prevención hasta la repartición de recursos— supone un análisis epidemiológico que no se limite a presentar indicadores de mortalidad y morbilidad como la forma de enfrentar los problemas de salud, tal y como lo hace la Guía.⁶⁹ Esto conlleva que la asignación de recursos escasos de medicina se debe hacer sobre las bases de una verdadera justicia social, que tendrá que recurrir a las bases históricas de distribución desigual de la salud entre la población de México, pues como se ha demostrado a lo largo del trabajo, hay condiciones sociales que marcan dichas desigualdades en el acceso al derecho a la salud.⁷⁰

La propuesta que aquí se expone es que las asociaciones entre morbilidad y COVID-19 no sean arrancadas de su contexto social, es decir, que no únicamente se tome en cuenta un principio igualitarista, sino que a partir de una construcción teórica y metodológica, considere que dichas comorbilidades son parte de los procesos de producción y organización de una sociedad.⁷¹ Si se parte del hecho de que los determinantes sociales de las enfermedades son, en pocas palabras, las circunstancias o situaciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan o envejecen, esto significa que muchas de las comorbilidades que se toman en cuenta para diagnosticar la sobrevivencia de pacientes con COVID-19, son el resultado de los modos de producción, los modos culturales y de organización social.⁷² Esta situación se debe a que las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos de salud básicos y, en consecuencia, enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas con mejor posición social.⁷³ Es menester que se reconozca que las desigualdades en materia de salud —tanto las enfermedades como la forma en que las personas las enfrentan— tienen su origen, no solo en aspectos biológicos, sino en desigualdades sociales y económicas, ya que las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Los años por vivir, que determina la elección de a quién se asignarán los recursos de conformidad con la Guía, determinados por las posibilidades de recuperación o menor capacidad para beneficiarse con los tratamientos, es un criterio *a priori* excluyente y discriminatorio. Esto se debe a que la posición utilitarista de la Guía desconoce que las pro-

COVID-19...”, *op. cit.*

⁶⁸ González González, Norma, “Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México”, *Papeles de Población*, México, vol. 6, núm. 25, julio-septiembre de 2000.

⁶⁹ *Idem.*

⁷⁰ *Idem.*

⁷¹ *Idem.*

⁷² Sánchez Barragán, Baldomero, “Modelo epidemiológico...”, *op. cit.*

⁷³ *Idem.*

habilidades individuales pueden darse dentro del marco de profundas y fundamentales desigualdades sociales. La escala para calcular probabilidad de supervivencia basada en comorbilidades, es un ejercicio que reproduce condiciones que se encuentran invisibilizadas: el pronóstico de supervivencia a largo plazo de las personas con comorbilidades está vinculado al acceso a la salud y a condiciones socioeconómicas. De acuerdo con el modelo clásico epidemiológico —como el que sigue la Guía—, las diferencias de salud —y por lo tanto, de asignación de recursos— se explican por factores que no son justos ni injustos, puesto que la biología no tiene ninguna relación con razonamientos morales. Sin embargo, es menester reconocer que la salud y la enfermedad tienen mucho que ver —además del factor biológico— con determinantes sociales, cuya distribución es desigual entre las personas y sin que ellas mismas sean responsables de esa condición.

No podemos determinar la justicia o injusticia sin saber las circunstancias de la sociedad. Por ello, es necesario preguntarse: ¿hay un grado razonable de igualdad de oportunidades en el acceso a la salud en México que permita suponer que todas las personas pueden compararse entre ellas para medir su grado de supervivencia o, por el contrario, el sistema de salud es desigual? Si la desventaja económica en un país es muy común, que alguien tenga más enfermedades de comorbilidad quizá sólo refleja que careció de un buen acceso a la salud. Por ello, asignar los recursos a las personas más sanas no es equitativo para quienes no han podido acceder al derecho a la salud previamente, a lo largo de su vida.

Como mencioné al inicio, mi finalidad no ha sido proponer un modelo de Guía o de aplicación en forma de política pública, sino sólo aportar algunas consideraciones filosóficas a la discusión de la distribución de recursos escasos para afrontar la enfermedad de COVID-19. Y es que la Guía, contraria al supuesto de tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud, mantiene una posición de igualdad formal que se ve reflejada en que la evaluación que pudieran llegar a hacer los Comités de Ética para la asignación de recursos médicos escasos —como ventiladores o camas—, sobre las comorbilidades de las y los pacientes, parte del supuesto de que estos padecimientos se han desarrollado en las personas en igualdad de condiciones. frente a aquellas que tienen menos o nulas. Así, por ejemplo, la Guía indica que, al ser todas y todos iguales, si una persona es hipertensa, es un paciente menos óptimo para aprovechar los recursos para enfrentar el COVID-19, como si esa hipertensión fuese solamente un aspecto azaroso o biológico. Sin embargo, lo cierto es que, como se demostró, las comorbilidades no pueden ser pensadas en términos de igualdad formal, ya que muchas de ellas, en varias ocasiones, no se desarrollan sino dentro de una serie de factores sociales que van a determinar su existencia.

VII. Bibliografía

- BERNABEU-WITTEL, Máximo *et al.*, “Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología”, *Atención Primaria*, España, vol. 46, núm. 7, agosto-septiembre de 2014.
- BUTLER, Judith, *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, trad. de Alcira Bixio, Buenos Aires, Paidós, 2002.
- CASTRO, Roberto, *Teoría social y salud*, México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, 2010.
- CRUZ PARCERO, José Antonio, “Seminario UDIR: La Guía Bioética. Discusiones Virulentas”, YouTube, México, UDIR, UNAM, 01 de julio de 2020, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=PCOFCzevFZc>.
- DAHLGREN, Goran y WHITEHEAD, Margaret, *Policies and Strategies to Promote Social Equality in Health*, Suecia, Institute for Futures Studies, 1991.
- DUBOS, René Jules, *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico*, México, Fondo de Cultura Económica, 1975.
- EVANS, Robert *et al.*, ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones, Madrid, Editorial Díaz de Santos, 1996.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Norma, “Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México”, *Papeles de Población*, México, vol. 6, núm. 25, julio-septiembre de 2000.
- HERNÁNDEZ, Héctor, “Mortalidad por COVID-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico”, *Notas de coyuntura del CRIM*, México, CRIM-UNAM, núm. 36, 17 de junio de 2020.
- HERSCH-MARTÍNEZ, Paul, “Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria”, *Salud Pública de México*, Cuernavaca, vol. 55, núm. 5, septiembre-octubre, 2013.
- INSTITUTE FOR GLOBAL HEALTH SCIENCES, *La respuesta de México al COVID-19. Estudio de caso*, 2021, disponible en: https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf.
- KANT, Immanuel, *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*, España, Editorial Alianza, 1996.
- KYMLICKA, Will, *Filosofía política contemporánea. Una introducción*, trad. de Roberto Gargarella, Barcelona, Ariel, 1995.
- LALONDE, Marc, *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*, Canadá, Gobierno de Canadá, 1981.
- LAURELL, Cristina, “Medicina y capitalismo en México”, *Cuadernos Políticos*, México, núm. 5, julio-septiembre de 197.
- LÓPEZ, Carmen M., “¿Afecta por igual el Covid-19 a hombres y mujeres?”, *Gaceta Médica*, 18 de marzo de 2020, disponible en: <https://gacetamedica.com/investigacion/afecta-por-igual-el-covid-19-a-hombres-y-mujeres/>.

- MARTÍN REYES, Javier *et al.*, “México necesita una política clara de acceso a terapia intensiva”, *Revista Etcétera*, s/n, 16 de abril de 2020.
- MCKEOWN, Thomas, *El papel de la medicina. Sueño, espejismo o némesis*, México, Siglo XXI, 1982.
- MBEMBE, Achille, *Necropolítica*, España, Melusina, 2011.
- MILL, Stuart, *El utilitarismo*, Madrid, Alianza, 1999.
- NOZICK, Roberto, *Anarquía, Estado y utopía*, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- PUYOL, Ángel, “Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempos de crisis”, *XXIII Congreso Derecho y salud: Sistema de salud: novedades y desafíos*, vol. 24 extraordinario, 2014.
- PUYOL, Ángel, “Del derecho a la salud a la ética del racionamiento sanitario”, *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, núm. 52, 2018.
- RAWLS, John, *Teoría de la justicia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- SÁNCHEZ BARRAGÁN, Baldomero, “Modelo epidemiológico Social de la Salud, para la planeación de la política sanitaria”, *Salud en Tabasco*, Tabasco, vol. 21, núm. 1, enero-abril, 2015.
- SEGURA DEL POZO, Javier, “Epidemiología de campo y epidemiología social”, *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, vol. 20, núm. 2, marzo-abril de 2006.
- SILBERMAN, Martín *et al.*, “Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública”, *Revista de la Facultad de Medicina*, México, vol. 56, núm. 4, julio-agosto de 2013.
- SOTO MOTA, Adrián, “Coloquio Virtual: COVID-19 y Bioética [5]”, YouTube, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, 26 de junio de 2020, disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=J_WaOvRXkks.
- SOTO MOTA, Adrián, *et al.*, “Un dilema inevitable del COVID-19: ¿Cómo salvar más vidas cuando se acaben las camas?”, *Nexos*, s/n, 11 de abril de 2020.
- WAGSTAFF, Adam, “Pobreza y desigualdades en el sector de la salud”, *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol. 11, núm. 5/6, 2002, disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/>.