



Este artículo se encuentra disponible  
en acceso abierto bajo la licencia Creative  
Commons Attribution 4.0 International License

## Revista Oficial del Poder Judicial

ÓRGANO DE INVESTIGACIÓN DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ

Vol. 13, n.º 15, enero-junio, 2021, 357-380

ISSN versión impresa: 1997-6682

ISSN versión *online*: 2663-9130

DOI: 10.35292/ropj.v13i15.400

# Los dilemas médicos que se suscitan ante la insuficiencia de camas de UCI por el coronavirus desde una perspectiva biojurídica<sup>1</sup>

The medical dilemmas posed by coronavirus  
ICU bed shortage from a biojuridical  
perspective



EVA MARGIORY BEJAR CHUCHON  
Universidad Femenina del Sagrado Corazón  
(Lima, Perú)

Contacto: eva.bejarc@unife.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-5485-5317>

YASMIN GRACIELA CASTRO TITO  
Universidad Femenina del Sagrado Corazón  
(Lima, Perú)

Contacto: yasmin.castrot@unife.pe  
<https://orcid.org/0000-0002-1074-7664>

---

1 El presente artículo ha sido redactado dentro de un contexto biojurídico. No forma parte de un proyecto mayor y ha sido financiado íntegramente por las autoras.

## RESUMEN

En el presente artículo se analizarán los dilemas médicos que trajo consigo la COVID-19, pandemia que reveló las carencias que tiene cada país en el ámbito de la salud. Como sabemos, el crecimiento raudo de personas contagiadas alarmó a los Estados por la escasez de las camas de las unidades de cuidados intensivos.

Por ello, realizaremos un análisis exhaustivo, desde un enfoque nacional e internacional, de los procedimientos para poder acceder a una cama de UCI. También sobre los diferentes criterios que se han establecido dentro de los centros de salud para otorgar dichas camas. Así, en las conclusiones podremos establecer el mejor criterio posible. Recordemos que estamos hablando de vidas humanas, las cuales necesitan y merecen un análisis que vaya más allá de nuestro ordenamiento jurídico.

**Palabras clave:** unidades de cuidados intensivos; COVID-19; escasez; dilemas médicos.

## ABSTRACT

This article will analyze the medical dilemmas brought about by COVID-19, a pandemic that revealed the shortcomings of each country in the field of health. As we know, the rapid growth in the number of infected persons alarmed the States due to the scarcity of beds in intensive care units.

For this reason, we will carry out an exhaustive analysis, from a national and international approach, of the procedures to be able to access an ICU bed. Also on the different criteria that have been established within the health centers to grant such beds. Thus, in the conclusions, we will be able to establish the best possible criteria. Let us remember that we are talking

about human lives, which need and deserve an analysis that goes beyond our legal system.

**Key words:** intensive care units; COVID-19; shortage; medical dilemmas.

Recibido: 08/04/2021 Aceptado: 20/04/2021

## 1. INTRODUCCIÓN

A finales del año 2019, se dio a conocer el primer caso de SARS-CoV-2, también conocido como coronavirus, en Wuhan, una pequeña ciudad en China, el cual tuvo una propagación rápida en el continente asiático y en el europeo. Tal fue la coyuntura a nivel mundial, que el director general de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró el 11 de marzo de 2020 que nos encontrábamos ante una pandemia.

Antes de la aparición del coronavirus, el sistema de salud peruano presentaba ineficiencias respecto a las atenciones que se brinda y las camas disponibles para que los pacientes puedan ser atendidos en la unidad de cuidados intensivos, a la cual a partir de ahora denominaremos con las siglas UCI. Al encontrarnos en una pandemia provocada por el virus más letal que ha aparecido en los últimos años, iba a ser cuestión de días o semanas para que nuestro sistema de salud colapse y lleguemos al punto de hacernos las siguientes preguntas: ¿a quién salvamos?, ¿cómo puedo acceder a una cama de UCI?, ¿se tiene alguna pauta, criterio o principio ético para el otorgamiento de camas de UCI?

Este nuevo virus no mira edad, razón social, raza, ideología o cualquier otra característica en las personas, simplemente arremete contra ellas; en algunos casos no es tan grave porque llegan a ser asintomáticas, pero en la gran mayoría de los casos necesitan terapia intensiva para recuperarse por completo, o en el peor escenario, provoca la muerte.

Por ello, nos encontramos en la necesidad de realizar el presente artículo, no para imponer una solución, sino para ofrecer un criterio desde el ámbito jurídico y bioético, a fin de que pueda ser tomado en cuenta; porque hablamos de personas que tienen el derecho a la vida, a la salud, a la no discriminación, pero principalmente a la dignidad, y merecen que este otorgamiento de camas de UCI no se haga a la ligera o emocionalmente, sino que se realice un estudio detenido, en el cual no se tenga que discriminar a nadie por su edad o por su condición. Debemos pensar en una solución racional en donde pongamos al máximo nuestra actividad cerebral para lograr los mejores resultados.

## **2. ¿POR QUÉ UN ABOGADO DEBE INTERVENIR EN UNA SITUACIÓN DE OTORGAMIENTO DE CAMAS DE UCI?**

Durante toda la pandemia, los abogados han comentado sobre diversos temas relacionados con las nuevas legislaciones que se promulgaban por la coyuntura en la que nos encontrábamos, o sobre los diferentes decretos que se han dado; pero algunas personas consideran que los abogados no son los más apropiados para adentrarse en estos asuntos, ya que los profesionales que se encuentran más capacitados para deliberar sobre este tipo de temas son aquellos que se relacionan directamente con el área de la salud: los médicos. Sin embargo, dentro del derecho existe una rama denominada bioética, que según Iserson (2006) «es un subconjunto de la ética que proporciona soluciones razonables y defendibles que incorporan principios éticos para los dilemas morales que enfrentan los médicos en la medicina y biología» (p. 513). De igual manera, Rich (2015) menciona que «la bioética es un dominio específico de la ética, centrado en cuestiones morales en el campo de la asistencia sanitaria» (p. 33). Entonces, podemos decir que, dentro del derecho, la bioética es un fin supremo que busca respaldar el

ordenamiento jurídico, que va a regular los avances científicos que se den en el campo de la tecnología a favor de la medicina y la biología, con la finalidad de que no se dañe la dignidad del ser humano.

Asimismo, los doctores son aquellos que manejan las pautas médicas dentro de los hospitales o clínicas; sin embargo, las pautas que siguen son elaboradas por abogados que conocen la materia y saben de qué manera esas pautas van a servir para que lleven a cabo sus funciones bien, sin hacer daño a nadie y siguiendo todas las medidas y protocolos que se imponen. También se deben tener en cuenta los derechos humanos, que son inherentes e irrenunciables<sup>2</sup> a cada persona que va a atenderse a un hospital o a una clínica.

Además, los profesionales de la salud, al ver que no conocen el ordenamiento jurídico que se maneja a nivel nacional, van a recurrir a los abogados para que puedan ilustrarlos mejor al respecto, pues son estos profesionales quienes están relacionados con la justicia, y el otorgamiento de camas de UCI debe ser lo más justo posible.

Finalmente, por todas las razones presentadas en los párrafos anteriores, consideramos que los abogados, junto con los médicos, están aptos para brindar un criterio razonable sobre el otorgamiento de camas de UCI, pues a través de sus conocimientos van a poder establecerlo usando la frónetica, es decir, van a pensarlo detenidamente, a fin de que sea equitativo, justo y beneficioso para todas las personas que las necesiten para salvar su vida.

---

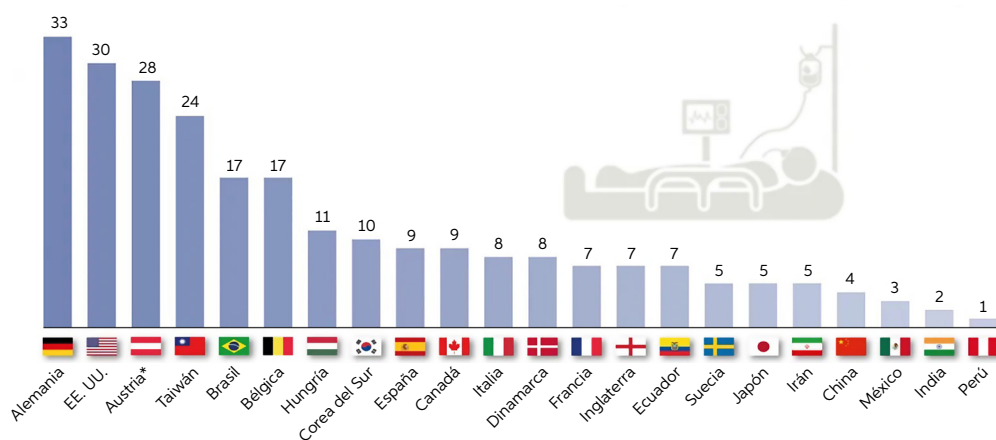
2 Se encuentra positivizado en el Código Civil peruano, artículo 5.

### 3. PROBLEMÁTICA DE LAS CAMAS DE UCI EN EL PERÚ

El sistema de salud peruano, al igual que los sectores a nivel nacional como educación, comunicaciones, entre otros, se dividen en dos subsistemas: privado y público. El subsistema público en el Perú es aquel que cuenta con la mayor cantidad de asegurados, por ser un servicio que brinda el Estado. Antes de la pandemia, solo se contaba con 1 cama de UCI en el subsistema público por cada 100 000 habitantes; los países de la región no se encuentran tan alejados, ya que México contaba con 3 camas por cada 100 000 habitantes, Ecuador con 7, y encabezando la lista a nivel regional tenemos a Brasil con 17 camas por cada 100 000 habitantes, tal como se demuestra en el siguiente cuadro:

#### La capacidad de las unidades de cuidados intensivos

Camas de cuidados intensivos por cada 100 000 habitantes (último año disponible, 2014-2020)



\*Solo incluye camas públicas

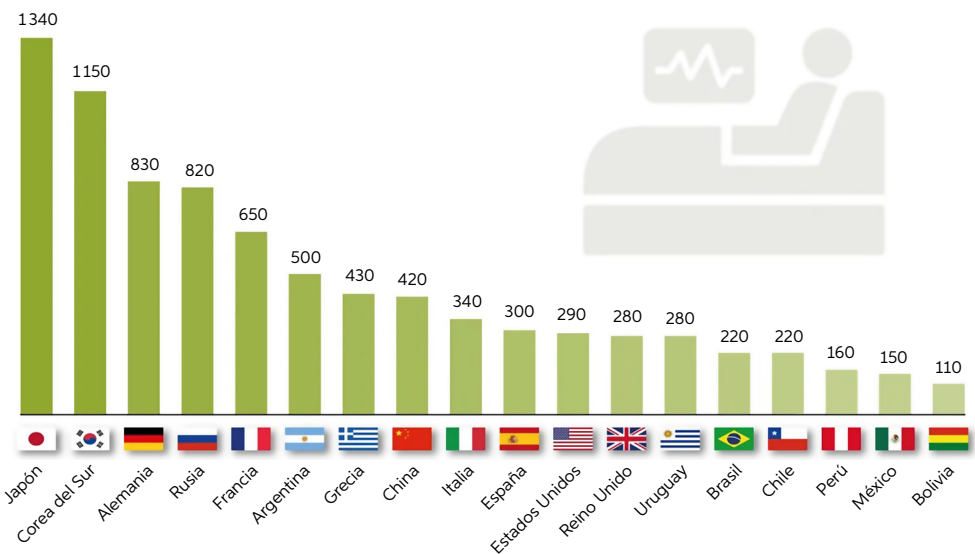
Fuente: Merino (2020).

Por el contrario, no hay que confundir las camas de UCI con las camas hospitalarias; las primeras son aquellas que se encuentran equipadas con todo lo necesario para atender a los pacientes que llegan de gravedad o con un riesgo alto de presentar complicaciones (Recoletas Red Hospitalaria, 2019); por otro lado, Rechel,

Wright, Barlow y McKee (2010) señalan que la camas hospitalarias se suelen utilizar en la planificación hospitalaria, para llevar a cabo los procesos que necesita el paciente con la finalidad de seguir un tratamiento dentro de sus instalaciones. De ello podemos deducir que las camas de UCI están destinadas a la atención al instante de aquellas personas que llegan con enfermedades graves, y las camas hospitalarias son aquellas con las que cuenta un centro de salud para poder tratar a cualquier persona que lo necesite sin ser de suma urgencia. En el Perú, el subsistema público cuenta con 160 camas hospitalarias por cada 100 000 habitantes, tal como se ve en el siguiente cuadro:

### La capacidad de los hospitales

Camas de hospital por cada 100 000 habitantes (2019)



Fuente: Merino (2020).

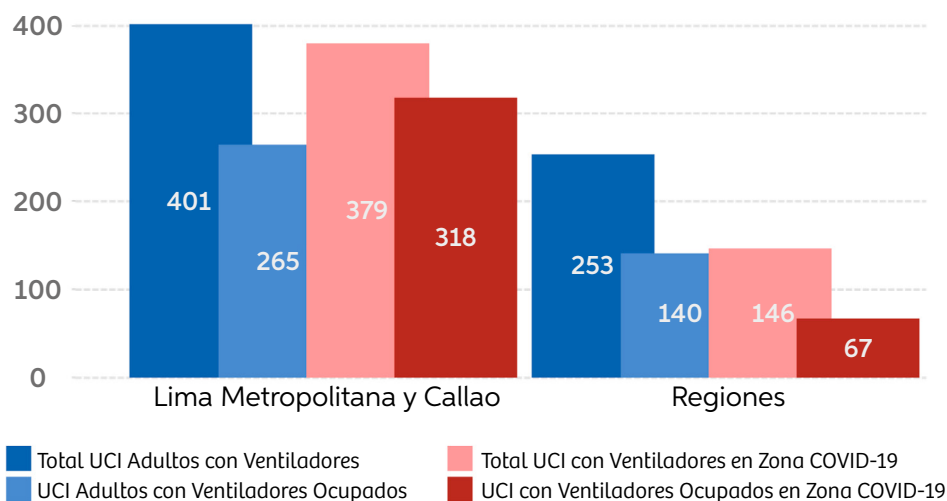
Sin embargo, esas camas no están adecuadas a la perfección para tratar a pacientes que llegan con enfermedades graves, tales como el coronavirus; por ende, contar con una cantidad de capacidad hospitalaria superior no equivale a camas de UCI, porque no van a cumplir la misma función.

Al encontrarnos en una emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud (Minsa) tomó la decisión de que las camas de UCI se dividieran en dos: aquellas que son exclusivas para tratar a las personas con coronavirus y aquellas destinadas a las personas que ingresen por otros problemas de gravedad. El Minsa, al empezar la pandemia, mostró a través de estadísticas la cantidad de camas de UCI con las que se contaba en ese momento a nivel nacional.

**Figura 1**

***Aplicativo para gestión centralizada de la disponibilidad de camas de hospitalización y UCI a nivel nacional***

**Ocupación de camas UCI con ventiladores en Lima Metropolitana - Callao y regiones durante el estado emergencia sanitaria**



Fuente: Minsa (2020a).

Como se puede observar en el gráfico, al llegar la pandemia a territorio peruano, en el subsistema público de salud, contábamos con un total de 1179 camas de UCI, que fueron separadas en dos bloques. El primer bloque de 525 camas de UCI fue destinado a los casos de coronavirus, de los cuales 379 camas se encontraban



en Lima y Callao, dejando a las otras 24 regiones con 146 camas de UCI destinadas a tratar el coronavirus ((Minsa, 2020a).

El Dr. Iseron (2006, p. 527) nos menciona que la justicia distributiva se relaciona con la equidad en la asignación de recursos y con las obligaciones del médico con los pacientes. Si bien es cierto que al inicio de la pandemia en Lima y Callao se encontraba la mayor cantidad de afectados por el virus, en provincias ahora se está viviendo una problemática aún peor, porque en muchas de ellas no hay hospitales y tienen que viajar horas o días para encontrar un centro de salud. A ello se debe añadir que no hay camas de UCI suficientes para cubrir la demanda, ya que según las gráficas no parece tan justo otorgarle a una región más que a otras veinticuatro juntas, ¿acaso esas personas no tienen derecho a la vida o a la salud?, derechos que se encuentran positivizados en nuestra carta magna y no deberían pasar desapercibidos, pues todos somos iguales ante la ley y no por ser un país centralizado vamos a otorgarle mayores beneficios a una región.

A medida que ha ido avanzando la pandemia, el Estado no ha dejado de implementar camas de UCI con la finalidad de que todos los peruanos y las peruanas que se encuentren con el coronavirus puedan ser atendidos. En el Decreto de Urgencia n.º 055-2020 se establece que el Estado deberá implementar con no más de 5000 camas los hospitales a nivel nacional. Según Rodríguez (2020):

El 21 de junio se realizó la entrega de 100 camas, en un área de 3900 m<sup>2</sup> habilitadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, en Lima [...] Igualmente, el avance es importante en regiones como Arequipa (500 camas), Piura (500 camas), Loreto (300 camas), entre otras (párr. 3).

El 17 de julio, Zulema Tomás, comisionada del Minsa en Arequipa, señaló en una conferencia de prensa que «se aumentaron 40 camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a las 54 ya existentes

en la región. Sin embargo, lamentó que no hay personal médico especializado para su implementación» (Radio Programas del Perú, 2020b, párr. 1).

Asimismo, el Minsa, al ver que las clínicas eran una pieza clave para poder parar las muertes provocadas por la falta de camas de UCI, trató de realizar un convenio, el cual permite que las personas afectadas con COVID-19 que requieran atención hospitalaria especializada puedan ser referidas desde los hospitales públicos hacia las clínicas privadas, con todos los gastos pagados por el Estado (BBC News Mundo, 2020b). Pero la asociación de clínicas particulares cobraban en exceso por las camas de UCI, tal y como lo venían haciendo con varios pacientes, que denunciaban diariamente el costo abusivo de las clínicas para llevar a cabo el tratamiento del coronavirus: «se denunciaron casos de pacientes atendidos en estos establecimientos, con facturas que muchos consideran exorbitantes y abusivas, que superan el medio millón de soles, a razón de 10,000 soles diarios por atención» (Andina, 2020, párr. 3). Finalmente, las clínicas llegaron a un acuerdo con el Minsa y se pusieron a su disposición por todo el tiempo que dure el estado de emergencia.

A través de los diferentes medios de comunicación, se ha ido viendo que el Estado, a pesar de todas las adversidades que se le han ido presentando, como la falta de personal médico que conozca el funcionamiento de las máquinas respiratorias suscitado en Arequipa o el problema provocado por el convenio al negociar entre la asociación de clínicas particulares con el Minsa para aumentar las camas de UCI a nivel nacional, ha estado cumpliendo con la implementación de estas camas en cada región como ha podido. Sin embargo, no fueron las suficientes para cubrir la demanda y el 22 de julio la presidenta ejecutiva de EsSalud, Fiorella Molinelli, mencionó que «no hay camas UCI para pacientes COVID-19 ni en los hospitales ni en las clínicas. La situación se desborda mientras una situación similar ocurre en regiones como Arequipa, Huánuco,

Cajamarca y otros» (Gestión, 2020, párr. 1). Cada día, las noticias son peores, los casos van en aumento, ya no hay camas de UCI y en general los hospitales están saturados con pacientes infectados de coronavirus. Países con una mejor economía y mejores condiciones de salud como Italia, España y China, en su momento llegaron al colapso; era cuestión de semanas o meses para que el sistema de salud peruano pase por lo mismo.

#### **4. ACCESO A LAS CAMAS DE UCI**

El Ministerio de Salud, con el primer caso de coronavirus que se presentó el 6 de marzo de 2020, designó a un grupo de hospitales<sup>3</sup> para que se centraran en la atención de los pacientes con coronavirus y, de esa manera, evitar la propagación del virus en los demás hospitales en donde las personas van a tratarse cualquier otra patología, emergencia o urgencia. El infectólogo Carlos Medina, en una entrevista, mencionó que:

esta designación fue para evitar que el virus se difumine por más hospitales y así centralizar la atención, para que los pacientes portadores de coronavirus no contagien a pacientes que portan otro tipo de patologías que podrían hacerlos susceptibles a un contagio. Sin embargo, todos los hospitales tienen pacientes con COVID-19 debido a que el poblador va al hospital que le queda cerca, no a los específicos (LaMula.pe, 2020, párr. 3).

El Minsa tuvo una buena idea al realizar ello; sin embargo, su error fue no promocionar en los medios de comunicación la designación que se había hecho a un determinado número de hospitales para que puedan tratar el coronavirus, ya que la gente, al entrar en pánico y no saber a dónde recurrir exactamente, iba

---

3 Ate (principalmente para UCI), Cayetano Heredia, Sergio Bernales de Collique, Hipólito Unanue, el hospital de emergencia de Villa El Salvador y el Dos de Mayo.

al centro de salud más cercano a su domicilio. Podemos ver que la comunicación es lo primordial en una sociedad, porque puede cambiar el rumbo o los resultados que uno anhela.

Además, el ingreso para las camas de UCI no necesitaba un mayor protocolo que haberse realizado una prueba que confirme que el paciente tenía coronavirus, y que al momento de llegar a uno de los hospitales destinados para combatir este virus letal, presentaba alguna dificultad respiratoria; no tenían procedimientos estrictos por cumplir, dado que no había muchos pacientes infectados. Sin embargo, con el pasar de los días el número de personas que ingresaban a UCI se multiplicaba velozmente; por ello, vieron conveniente establecer procedimientos para el ingreso a las camas de UCI, ya que algunas personas solo con presentar síntomas ya solicitaban una cama por «precaución».

#### **CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PARA EL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

Pacientes con Prioridad 1	Pacientes con Prioridad 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crítico e inestables: necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva).</li> <li>• Beneficio potencial y reversibilidad esperable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. No ventilación mecánica invasiva. Oxigenoterapia alto flujo o VMNI por PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>&lt;200 o &lt;300 con fallo de otro órgano.</li> <li>• Beneficio potencial y reversibilidad esperable.</li> </ul>
Ingreso en UCI	Ingreso en UCI
Pacientes con Prioridad 3	Pacientes con Prioridad 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestables y críticos, pero con pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no intubar y/o no intentar RCP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su ingreso no está generalmente indicado: beneficio mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo. Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace inminente su muerte</li> </ul>
No ingreso en UCI	

*Fuente:* Grupo de trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos (SEMICYUC). [https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf)

Hay dos modos por los cuales uno puede conseguir camas en UCI, de la manera formal y de la manera informal. La manera formal se da al ser evaluado telefónicamente llamando al 106, que es la línea de emergencia del SAMU. Un asesor realiza una serie de preguntas sobre los síntomas que presenta el paciente, si cuenta con alguna condición de salud que pueda empeorar su estado actual (como diabetes, cáncer, presión arterial, entre otros) y si vive con alguna persona que corra peligro al compartir la misma vivienda, como personas de la tercera edad, embarazadas, niños o personas con alguna enfermedad crónica. Luego el asesor determinará si es o no un paciente que presenta signos de gravedad. Si no los tiene, indicará que realice un aislamiento en su propia casa y dará las instrucciones para ello: cómo hacerlo y durante qué tiempo, que normalmente es de 14 a 20 días. Si los signos fueran graves, tales como infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), es decir, fiebre superior a 38 °C, tos, dificultad para respirar, agitación al hablar; si el paciente presenta algún cuadro de neumonía, presión y nivel de conciencia muy baja, si requiere múltiples medicamentos para estabilizarse, entubación de ventilación mecánica u oxígeno, se procederá con la hospitalización; de inmediato se mandará una ambulancia al domicilio en donde se encuentre el paciente o podrá ir al centro de salud que se le indicará, con su DNI en mano, para que ingrese sin problema alguno. Adicionalmente, hay un área a la cual se le denomina Unidad de Cuidados Intermedios, que se encarga de tratar a pacientes mayores de 60 años que no tienen síntomas de gravedad, pero que sí presenten dificultades respiratorias leves, tienen algún problema patológico que afecta su estado de salud en el tiempo o que no cuenten con un soporte necesario en casa para poder cuidarse por sí mismos.

El segundo modo por el cual uno puede acceder a una cama de UCI es el informal. La mayoría de personas han optado por este debido a su desesperación y por no tener el conocimiento del

procedimiento que deben seguir: acudir al centro de salud más cercano al domicilio para que algún familiar, vecino o amigo pueda ser atendido por algún síntoma grave que presenta. Sin embargo, al recurrir a este modo, no se tiene la certeza de que el paciente que se lleve va a ser atendido; dado que en la entrada de la mayoría de hospitales y clínicas se encuentra personal de seguridad que llamará a los doctores para que puedan hacer una evaluación afuera de las instalaciones. Se corre el riesgo de que se demoren al salir o que no haya ningún médico disponible en ese momento para realizar la evaluación; asimismo, la evaluación que se realiza es muy subjetiva y va a depender del criterio del doctor si es o no un estado de gravedad.

En la actualidad, no hay camas de UCI disponibles para que ingresen más pacientes con coronavirus en situación grave. Las personas que cuentan con familiares, amigos o vecinos enfermos están entrando en pánico porque no se desocupan las camas o no hay un aumento por parte del Estado. En una entrevista, el director del hospital de Chiclayo comentó con suma preocupación:

A diario tres pacientes ingresan a una lista de espera de una cama UCI [...]

Las personas tienen que esperar que un paciente de UCI fallezca o sea dado de alta, en el mejor de los casos, para acceder a una cama (RPP, 2020b, párrs. 2-3).

Este hecho es lamentable, porque se ha recurrido a colocar las vidas de las personas en una lista para determinar, según el orden en el que lleguen o llamen, quién vive y quién no.

## **5. CRITERIOS ADOPTADOS ANTE LA INSUFICIENCIA DE CAMAS DE UCI**

El coronavirus tiene la capacidad de abrumar las clínicas, los hospitales y las unidades de cuidados intensivos debido a que impacta con los equipamientos, las camas de UCI, el equipo de oxígeno y hasta afecta a los profesionales de salud. Ello ha suscitado problemas éticos y médicos, entre los que destaca la asignación de los recursos sanitarios frente al incremento masivo de personas positivas a la COVID-19. Los médicos de todos los países se ven obligados a tomar una decisión para otorgar camas de UCI ante esta catástrofe sanitaria. Se cuestiona si otorgarla a una persona joven en vez de a una persona de la tercera edad, o si es mejor brindarle la cama a una persona que se encuentra en situación crítica; asimismo, está la cuestión de asignarla por orden de llegada o, en casos extremos, optar por el azar.

Por todo lo expuesto, se analizarán los siguientes criterios que se fueron adoptando y cuestionando en las guías bioéticas de países latinoamericanos (Perú, México) y europeos (Italia, España) para asignación de camas de UCI:

### **5.1. Criterio de la edad**

Este criterio, como su propio nombre lo señala, se basa en optar por la persona más joven, es decir, si se tiene a una persona de 85 años que dio positivo a la COVID-19 y esta necesita una cama de UCI y a su vez también se tiene una persona de 40 años en las mismas condiciones, se optará por asignarle la cama a la persona más joven. Cabe señalar que este criterio se reflejó en la posibilidad de aplicación en los países europeos, entre ellos Italia. Martin-Fumadó, Gómez-Durán y Morlans-Molina (2020) mencionan que la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia y Cuidados Intensivos (SIAARTI) expresó la siguiente recomendación: «puede ser necesario establecer un límite de edad para la admisión a cuidados intensivos. No

es una mera elección relacionada con valores, sino una reserva de recursos extremadamente escasos» (p. 122). Aunque esta recomendación recalca que este criterio no se basa en valores y a pesar de que fue muy criticada, no pasó mucho tiempo en realizarse en las regiones de Italia.

En Piamonte, una región italiana, al sentirse amenazados por la escasez de recursos, entre ellos las camas de UCI, optaron por no dar prioridad a los pacientes mayores de 80 años con coronavirus. A su vez, el diario digital argentino *Infobae* (2020) menciona la propuesta del equipo que maneja la emergencia causada por la COVID-19 en dicha región:

Las personas contagiadas con coronavirus que tengan escasas probabilidades de supervivencia debido a la edad avanzada o a patologías preexistentes podrían tener negado el acceso a los cuidados intensivos en caso de que se agoten las plazas en los hospitales (párr. 1).

Asimismo, BBC News, el 19 de marzo, en su nota periodística «Coronavirus en Italia», citó las declaraciones que realizó el doctor Christian Salaroli, jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Bérgamo al periódico italiano *Corriere della Sera*:

Si una persona entre 80 y 95 años está con dificultad respiratoria grave, es probable que no puedas proceder [con el tratamiento] [...]

Estas son palabras terribles, pero lamentablemente son ciertas. No estamos en condiciones de intentar lo que ustedes llaman milagros (2020a, «Decisiones difíciles y dolorosas», párrs. 7-8).

El abogado Walter Albán Peralta expresó:

la edad es un criterio importante, sin embargo, «no sería justo» que, a una persona, por ser mayor, se le niegue automáticamente el ingreso a UCI. No basta la edad podría ser una persona joven



con problemas de comorbilidad alta, en cambio, puede ser una persona mayor sin ningún tipo de afectación previa (Chávez, 2020, «El criterio de la edad», párr. 2).

## **5.2. Criterio por orden de llegada**

Este criterio de llegada era la práctica cotidiana de los hospitales, las clínicas, las postas médicas y las farmacias, debido a que en la asignación de recursos se priorizaba a la persona que solicitaba un servicio o un medicamento escaso frente a otro paciente que pedía el mismo medicamento o servicio y por ende el personal médico optaba por brindar este recurso al paciente que lo solicitó primero. Esta práctica a lo largo de los años fue aceptada y hasta interiorizada por parte del personal de salud y los pacientes. Esto lo argumenta la Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia del Estado de México, al señalar que «el principio de orden de llegada se ha justificado en términos de que es eficiente, transparente, se mantiene neutro respecto a las cualidades personales y sociales de las y los pacientes, y les trata de manera equitativa» (Consejo de Salubridad General, s. f., p. 3).

La cuestión es si este criterio debe seguir prevaleciendo frente a esta catástrofe sanitaria, Alfredo Celis López, médico y presidente del Comité de Ética del CMP recalca que «el criterio de quién llegó primero no prevalece, sino quién tiene mayor probabilidad de recuperarse, de sobrevivir» (Chávez, 2020 «El criterio de la edad, párr. 3). Por otro lado, el filósofo David Rodríguez-Arias sustenta que «el criterio de llegada, el primero que llega se sirve, tiene la ventaja de que es imparcial, trata a todos por igual, pero la justicia no consiste en tratar a todos por igual» (Méndez, 2020, párr. 5); en otras palabras, expresó que la justicia es equivalente a la equidad, entendiendo por ella dar las mismas oportunidades a las personas, no tratarlas a cada una por igual.

### 5.3. Criterio del azar

México, como respuesta a la crisis de recursos, elaboró un Proyecto Guía de Triage para la Asignación de Recursos de Medicina Crítica en el cual se señalaba que «la manera aceptada de asignar recursos escasos cuando nos encontramos en situaciones donde los pacientes son similares es seleccionar al azar» (s. f., p. 3). Entonces el azar se convierte en un factor decisivo, en otras palabras, la vida de una persona dependerá de la cara o sello de una moneda.

Barragué y Padilla (2020) respecto a este criterio señalan que la sociedad española se expresó sobre el azar haciendo referencia al sorteo o jugarse a los dados por una cama de UCI disponible; en consecuencia, consideran que es un «mecanismo [...] razonable [...] precisamente porque nadie puede alegar tener un interés o derecho especial sobre el objeto del reparto» (párr. 4). Este criterio no prioriza a nadie, ya que no otorga mayores probabilidades a ciertas personas frente a otras.

Es preciso señalar que este criterio es práctico, pero no es objetivo, porque significa renunciar a nuestra capacidad racional; nosotros como seres humanos no podemos dejar a la suerte decisiones que requieren de nuestro raciocinio a pesar de que sean muy difíciles.

### 5.4. Criterio del estado de salud

Este criterio va a priorizar algunos pacientes sobre otros debido a que tienen mayor posibilidad de vivir frente a la amenaza de la COVID-19. Por ello, la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias ha elaborado una guía ética para ayudar a tomar esas decisiones, por lo cual recomienda, ante dos pacientes similares, priorizar la mayor esperanza de vida con calidad. Asimismo, el Perú no es ajeno en tomar esta postura, los miembros del grupo temático sobre ética realizaron un documento técnico basado en las consideraciones éticas para la

toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia de la COVID-19 y recomendaron que «la asignación de recursos sanitarios en condiciones de escasez insubsanable debe tener como objetivo garantizar tratamientos intensivos a pacientes con mayor expectativa clínica de recuperación» (Minsa, 2020b, p. 19).

Este documento detalla que se debe brindar soporte intensivo a aquellas personas que tienen mayor esperanza de vida luego del tratamiento. Pese a que este documento es muy genérico, se destaca la importancia de estandarizar criterios, por ello Jesús Valverde señala que «la oferta de camas UCI es muy limitada, no se decide entre uno o dos pacientes [...]. A veces, hay que priorizar a uno entre 50» (Chávez, 2020, «Ajustes en documento», párr. 3).

## **6. CONCLUSIONES**

Frente a este dilema médico y bioético surgieron diversas respuestas de los Estados, que optaron por posibles aplicaciones para la asignación de las camas de UCI. Ante esta catástrofe, la mayoría de países decidió salvaguardar a un gran número de personas.

Los Estados establecieron las consideraciones que se deben tomar al momento de aplicar un triaje frente a la escasez de recursos (camas de UCI) en guías con una base bioética. Uno de los documentos más importantes elaborados en nuestro país fue realizado por médicos y bioéticos, y aunque algunos puntos no se encuentren desarrollados a la perfección, el Estado tomó la iniciativa de realizarlo y eso es un gran avance.

Para esta difícil tarea se tuvo que recurrir a los principios bioéticos como el principio a la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Este último principio es clave para resolver problemas éticos y médico-legales. Cabe mencionar que más allá de desarrollar estrategias, guías o criterios basados en el conocimiento clínico y la optimización de los recursos, el proceso de planificación de

una crisis de salud requiere una reflexión sobre los valores, como la responsabilidad, la inclusividad, la transparencia, la sensibilidad o la razonabilidad.

Respecto al Perú, se dejó constancia, por todos los argumentos desarrollados en el presente artículo, de la ineficiencia de nuestro sistema de salud en cuanto a la atención, la disposición de equipos y la disponibilidad de las camas en las unidades de cuidados intensivos. Por eso, el Estado peruano, a pesar de haber tomado medidas adecuadas para evitar la propagación del virus, no obtuvo buenos resultados, ya que la principal barrera fue su sistema de salud.

En el mes de agosto, cuando nos encontrábamos en el pico más alto de la enfermedad, no contábamos con camas de UCI a nivel nacional, y el criterio al que estaban recurriendo las clínicas y los hospitales era la organización de las personas mediante listas de espera. Ello evidencia que se está actuando por frenesí, no se piensa en las consecuencias, ya que decidir si una persona vive o no, no puede depender íntegramente de una lista que se realiza conforme van llegando las personas al establecimiento de salud o respecto a las llamadas que hagan. La dignidad de la persona debe verse protegida ante todo. Por ello, si se da un segundo apogeo de la enfermedad en nuestro país, se debería actuar con frónética, porque una vez ocasionado el daño, no hay vuelta atrás. Es necesario que se medite acerca de las circunstancias y las situaciones antes de actuar por impulso o emocionalmente, más aún si estamos hablando de vidas humanas.

## REFERENCIAS

- Andina (2020, 21 de junio). Coronavirus: Susalud insta a las clínicas privadas a resolver problemas de facturación. <https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-susalud-insta-a-las-clinicas-privadas-a-resolver-problemas-facturacion-802536.aspx>
- Barragüé, B. y Padilla, J. (2020, 26 de marzo). A quién (no) debemos dejar morir. *Agenda Pública*. <http://agendapublica.elpais.com/a-quien-no-debemos-dejar-morir/>
- BBC News Mundo (2020a, 19 de marzo). Coronavirus en Italia: «La sala de emergencias se está derrumbando»: la dramática situación que deben enfrentar los médicos que atienden a pacientes con COVID-19 en el país europeo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51919561>
- BBC News Mundo (2020b, 25 de junio). Coronavirus en Perú: el tenso acuerdo entre las clínicas privadas y el gobierno sobre el precio por atender a pacientes de COVID-19. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53185216>
- Chávez, C. (2020, 26 de julio). La difícil elección para sobrevivir: a quién le otorgan una cama UCI. *Ojo Público*. <https://ojo-publico.com/1978/eleccion-para-sobrevivir-el-dilema-de-la-ultima-cama-uci>
- Consejo de Salubridad General (s. f.). Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. México. [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion\\_relevante/GuiaBioeticaTriage\\_30\\_Abril\\_2020\\_7pm.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf)
- Gestión (2020, 22 de julio). No hay camas UCI ni en los hospitales ni en clínicas para pacientes COVID-19, asegura EsSalud. <https://gestion.pe/peru/no-hay-camas-uci-ni-en-los-hospitales-ni-en-clinicas-para-pacientes-covid-19-asegura-essalud-noticia/?ref=gesr>

- Infobae (2020, 15 de marzo). Por el colapso sanitario en Italia, proponen no dar prioridad a los pacientes mayores de 80 años con coronavirus. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/15/por-el-colapso-sanitario-en-italia-proponen-no-dar-prioridad-a-los-pacientes-mayores-de-80-anos-con-coronavirus/>
- Iseron, K. V. (2006). Ethical Principles. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24(3), 513-545. [https://www.researchgate.net/publication/278600571\\_Principles\\_of\\_biomedical\\_ethics](https://www.researchgate.net/publication/278600571_Principles_of_biomedical_ethics)
- LaMula.pe (2020, 4 de abril). Los retos y desafíos que afrontan las Unidades de Cuidados Intensivos en Perú ante el Covid-19. <https://redaccion.lamura.pe/2020/04/04/las-uci-en-el-peru-en-tiempos-de-coronavirus/karlacuestase/>
- Martin-Fumadó, C., Gómez-Durán, E. y Morlans-Molina, M. (2020, julio-septiembre). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.004>
- Méndez, R. (2020, 30 de marzo). «La pandemia está obligando a muchos médicos a actuar como dioses sin quererlo». *El Confidencial*. [https://www.elconfidencial.com/espana/2020-03-30/david-rodriguez-arias-bioetica-respiradores-coronavirus\\_2522799/](https://www.elconfidencial.com/espana/2020-03-30/david-rodriguez-arias-bioetica-respiradores-coronavirus_2522799/)
- Merino, A. (2020, 30 de marzo). ¿Cuántas camas UCI tiene cada país? *El Orden Mundial - EOM*. <https://elordenmundial.com/mapas/cuantas-camas-uci-tiene-cada-pais/>

- Ministerio de Salud (Minsa) (2020a, 20 de abril ). Disponibilidad de camas de hospitalización y UCI a nivel nacional. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/483027-disponibilidad-de-camas-de-hospitalizacion-y-uci-a-nivel-nacional>
- Ministerio de Salud (Minsa) (2020b, mayo). Documento técnico. Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19. Grupo de trabajo en aspectos bioéticos durante la pandemia COVID-19. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/consideraciones\\_eticas.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/consideraciones_eticas.pdf)
- Proyecto Guía de Triage para la Asignación de Recursos de Medicina Crítica* (s. f.). [https://laurieximenez.files.wordpress.com/2020/04/3-guia\\_bioetica\\_15abril2020\\_v3.pdf](https://laurieximenez.files.wordpress.com/2020/04/3-guia_bioetica_15abril2020_v3.pdf)
- Radio Programas del Perú (RPP) (2020a, 22 de julio). Chiclayo: pacientes tienen que permanecer en lista de espera para ingresar a UCI de hospitales. *RPP Noticias*. <https://rpp.pe/peru/lamba-yeque/chiclayo-pacientes-tienen-que-permanecer-en-lista-de-espera-para-ingresar-a-uci-de-hospitales-noticia-1281969>
- Radio Programas del Perú (RPP) (2020b, 23 de julio). «Hay un incremento de 40 camas UCI en Arequipa, pero no tenemos personal», dice Zulema Tomás. *RPP Noticias*. <https://rpp.pe/peru/arequipa/coronavirus-en-peru-arequipa-hay-un-incremento-de-40-camas-uci-pero-no-tenemos-personal-dice-zulema-tomas-noticia-1282078?ref=rpp>
- Rechel, B., Wright, S., Barlow, J. & McKee, M. (2010). Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. *Bull World Health Organ*, 88(8), 632-636. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.073361>

Recoletas Red Hospitalaria (2019, 25 de septiembre). ¿Qué es la UCI y cómo actuar cuando un familiar está ingresado en esta unidad? <https://www.gruporecoletas.com/noticias/que-es-la-uci-hospital/>

Rich, K. L. (2015). Introduction to Bioethics and Ethical Decision Making. In Butts, J. B. and Rich, K. L., *Nursing Ethics: Across the Curriculum and Into Practice* (pp. 33-66). Jones & Bartlett Publishers. [http://samples.jbpub.com/9781284059502/Chapter\\_2\\_Sample.pdf](http://samples.jbpub.com/9781284059502/Chapter_2_Sample.pdf)

Rodríguez, J. (2020, 25 de junio). COVID-19 en Perú: 5000 camas más. <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2020/06/25/covid-19-en-peru-5-000-camas-mas/>