



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Acta Colombiana de Cuidado Intensivo

www.elsevier.es/acci



REVISIÓN

Triage en la pandemia COVID-19: un abordaje con perspectiva de derechos humanos



Rubén Darío Camargo Rubio*

Sección de Bioética Trasplante, Calidad y Humanización, Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, Bogotá, Colombia

Recibido el 15 de junio de 2021; aceptado el 20 de septiembre de 2021
Disponible en Internet el 31 de enero de 2022

PALABRAS CLAVE

Triage;
Triage por prioridades;
COVID-19;
Pandemia;
derechos humanos y fundamentales

Resumen El triaje es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para una adecuada atención. Además, diferencia a los pacientes, en tiempos de normalidad en donde aplica la justicia igualitaria y en tiempos de emergencia aplica la justicia equitativa. El triaje mantiene siempre los criterios médicos, científicos y éticos aun en tiempos de excepción o urgencia sanitaria, como en la pandemia COVID-19 evitando injusticias, discriminaciones, vulneraciones o exclusiones de pacientes; respetando siempre el derecho fundamental a la salud y la vida. No cambia su nombre ni su denominación en tiempos de emergencia, solo la estrategia ante el recurso escaso, estableciendo prioridades para la distribución y asignación adecuada del recurso. Aplica la justicia distributiva o justicia social y el principio de proporcionalidad; lo útil y beneficioso para quien más se beneficie. Tiene siempre en cuenta la ética de salud pública como el máximo bien social que debe estar presente en las acciones y decisiones de quien lo realiza. El objetivo de este artículo de reflexión es establecer tres preguntas que den respuestas a la importancia del triaje en la pandemia COVID-19, relacionadas con: selección y clasificación; respeto de los derechos humanos, y denominación del triaje.

© 2021 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Triage;
Triage by priorities;
COVID-19;
Pandemic;
human and fundamental rights

Ethical decision in Triage by priorities, approached from a human rights perspective

Abstract Triage is a system for selecting and classifying patients in emergency services, based on therapeutic needs and available resources for adequate care. In addition, it differentiates patients, in times of normality where equal justice is applied and in times of emergency, equitable justice is applied. Triage always maintains medical, scientific and ethical criteria even in

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rcamargorubio@gmail.com

times of exception or health emergency, such as in the COVID-19 pandemic, avoiding injustices, discrimination, violations or exclusions of patients; always respecting the fundamental right to health and life. It does not change its name or its denomination in times of emergency, only the strategy before the scarce resource, establishing priorities for the distribution and adequate allocation of the resource. Applies distributive justice or social justice and the principle of proportionality what is useful and beneficial for whoever benefits the most. It always takes into account the ethics of public health as the highest social good that must be present in the actions and decisions of those who carry it out. The objective of this reflection article is to establish three questions that give answers to the importance of Triage in the COVID-19 pandemic, related to: Selection and classification; Respect for human rights, and Denomination of Triage.

© 2021 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El triaje es la herramienta médica, científica con criterio ético de equidad, igualdad, beneficencia y justicia con que cuentan los profesionales de salud en los servicios de urgencias, para orientar la atención y la ubicación hospitalaria de los pacientes¹. Es un sistema de clasificación, separación y diferenciación de pacientes en tiempos de normalidad donde aplica la justicia igualitaria y en tiempos de emergencia aplica la justicia equitativa. Siempre tendrá los mismos fundamentos científicos y éticos, lo útil, lo beneficioso y lo correcto. Tiene siempre en cuenta la ética de salud pública como el máximo bien social y personal que debe estar presente en la acción y decisiones de quien evalúa². Durante los tiempos de excepción y urgencias como el caso de la pandemia de la COVID-19, se hace más selectivo y riguroso por el recurso escaso y por la necesidad de beneficiar al mayor número de personas. Se fundamenta en los derechos humanos y el derecho fundamental a la salud y la vida. El triaje en tiempos de emergencia sanitaria no cambia su nombre ni denominación ni los criterios médicos, científicos ni éticos, al contrario, los tiene en cuenta con estrategias de “priorización” para evitar injusticias, discriminación, vulneración o exclusión de pacientes. Contrastando la justicia igualitaria y la justicia equitativa y respondiendo a los derechos humanos y los derechos fundamentales³.

Al inicio de la pandemia de la COVID-19 en Europa, en su primer pico se utilizó el “traje orientado por prioridades” basado en el principio de justicia distributiva o justicia social como la forma más justa y equitativa de la asignación del recurso, junto con el principio de proporcionalidad para beneficiar al que más lo requería⁴. El triaje por prioridades fue visto como discriminatorio y vulnerador de los derechos fundamentales a la salud y la vida, cuando se tenía que decidir, quién era beneficiario del recurso escaso por la edad, comorbilidad, discapacidad, fragilidad o demencia⁵.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH)⁶ y la comisión interamericana de derechos humanos

(CIDH) forman parte del “Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos” (SIDH)⁷. Cuya principal función es velar por el respeto, protección y realización de los derechos humanos en el continente americano. Ambas instancias de los derechos humanos elaboraron sus respectivos informes un mes después de la declaración de pandemia por la Organización Mundial de la salud (OMS). La Corte Interamericana de Derechos humanos (Corte IDH) presentó la declaración 1/20 el 9 de abril de 2020 denominado, “COVID-19 y derechos humanos”, en la cual los problemas y desafíos de la pandemia deberían ser abordados con perspectiva de derechos humanos. Con éste documento, la corte IDH ayudó mucho a orientar el respeto y protección de los derechos humanos y derechos fundamentales a la vida y la salud en tiempos de la pandemia COVID-19. Debido a que ante el recurso escaso las decisiones en ocasiones pudieron verse violatorias de los derechos humanos, al tener que decidir y priorizar el recurso escaso. La corte IDH hizo énfasis en la importancia del derecho a la información, la atención de calidad, la atención segura, digna y no discriminatoria, respetando y garantizando los derechos fundamentales a la salud y la vida⁸. La CIDH elaboro un documento titulado “CIDH adopta Resolución sobre Pandemia y Derechos Humanos en las Américas” ante la emergencia sanitaria global sin precedentes que podría enfrentar las Américas y el mundo, ocasionada por la rápida propagación global del virus COVID-19⁹. Consideró que, si bien existen impactos sobre todos los derechos humanos, especialmente en relación con el derecho a la vida, la salud y la integridad personal, también se ven seriamente afectados el derecho al trabajo, la seguridad social, la educación, la alimentación, el agua y la vivienda, entre otros derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA)¹⁰.

El objetivo de este artículo de reflexión es establecer tres preguntas que den respuestas a la importancia del triaje en la pandemia COVID-19, relacionadas con: La selección y clasificación. El respeto de los derechos humanos y la denominación del triaje.

Marco teórico

El personal médico tiene responsabilidad científica, ética y humana al brindar una segura atención al paciente, en el momento de priorizar a través del "triaje" vocablo francés "trier" que significa; clasificación, selección, escoger o separar¹¹. Este artículo de reflexión no utilizara el término "triage" anglicismo que procede del sustantivo Triage en inglés y alemán sino "triaje"¹².

En tiempos de normalidad o en situaciones de emergencia sanitaria "El triaje es un medio útil para establecer un orden razonable de acceso a un recurso médico escaso"¹³. La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establece que el triaje es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles en la atención, aclara: "Los tiempos establecidos de atención en tiempos de normalidad no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre" refiriéndose no a la forma de realizar el triaje, sino a los tiempos que éste se lleva en tiempos de normalidad¹⁴. El MSPS en la pandemia COVID-19 consideró en su documento "Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19" lo siguiente: "Los protocolos de triaje deben buscar responder a las siguientes circunstancias: Nivel de cuidado requerido, inicio de soporte vital, retiro del soporte vital, inicio de medidas paliativas en caso de no iniciar o retirar el soporte vital"¹⁵. El documento de las recomendaciones generales durante la pandemia COVID-19 del MSPS hace mucho énfasis en la información oportuna y continua a los familiares del paciente sobre los cambios que se puedan presentar durante la evolución, refiriendo la necesidad de: "Hacer una "prioridad" de tratar a quienes se beneficien de ser tratados, y se les garantice alivio y apoyo a quienes no podrán recibir tratamiento específico. Que los pacientes con cuadros severos que no se beneficien del cuidado avanzado, así como aquellos que se encuentran con requerimientos de soportes avanzados sin posibilidad de recuperación, a pesar de haber llegado primero a la atención, puedan ser sujetos de una adecuación de los esfuerzos terapéuticos con el propósito de permitir el cuidado de otros.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) con su grupo de trabajo de Bioética recomendó en la pandemia COVID-19, cuando el recurso fuera escaso y fuera una situación de extrema urgencia sanitaria y colapso inminente que las instituciones clasificaran a los pacientes de acuerdo a cuatro prioridades (I, II, III, IV). Prioridad I: Pacientes que necesitan monitorización y tratamiento intensivo. Prioridad II: Pacientes que necesitan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, que requieran o no ser ventilados de forma invasiva. Los pacientes clasificados con Prioridades I y II ingresarán a UCI. Los pacientes de Prioridad III tienen pocas posibilidades de recuperación y los pacientes Prioridad IV, el beneficio es mínimo. Por lo cual en casos de crisis sanitaria estos pacientes III y IV no ingresarían a UCI. Este modelo propuesto por la SEMICYUC permitió al equipo tomar una decisión sencilla y ajustada a los principios de justicia distributiva y proporcionalidad y orientar los pacientes hacia

el cuidado paliativo para manejo de síntomas, fin de vida y muerte digna¹⁶.

La Sociedad Americana de Cuidado Crítico (SCCM) (antes de la pandemia) se refirió al triaje y la guía a seguir sobre asignación de recursos de monitoreo y cuidado intensivo de acuerdo a "prioridades" en las guías de 2016 en su última actualización: "Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research"¹⁷. La Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo en sus guías (antes de la pandemia) también contempla las "prioridades" a tener en cuenta en los pacientes al ingreso a UCI. Las clasifica en alta prioridad y establece cuatro categorías (I, II, III, IV) en los cuales I, II se benefician y III y IV tienen pocas probabilidades de recuperación y la baja prioridad de ésta categoría incluye pacientes en riesgo de requerir terapia intensiva y pacientes con condiciones médicas graves, irreversibles e incapacitantes¹⁸. Instituciones Internacionales como la Universidad de Pittsburg, en su documento: "Asignación de recursos escasos para cuidados intensivos durante una emergencia de salud pública" recomendaron a través de la experiencia adquirida en el inicio de la pandemia, la implementación de un grupo de profesionales dedicados al triaje, médicos con experiencia en el manejo de pacientes críticamente enfermos, generalmente, médicos de cuidado intensivo y de medicina de emergencia, con gran capacidad de liderazgo y comunicación eficaz y habilidades de resolución de conflictos. Lo que denominó comités clínicos de priorización (CCP). Estos comités deben ayudar en la difusión de pautas para la toma de decisiones, con objetivos y criterios fundamentados, en la "priorización" de los recursos¹⁹. La toma de decisiones sobre asignación del recurso escaso para pacientes COVID-19, hizo que diferentes instituciones en el mundo establecieran guías basadas en la evidencia clínica y elaboradas por expertos investigadores de Universidades como Pennsylvania, Oxford y Harvard, U.C.L.A., y Toronto, en estados Unidos y Canadá, respectivamente, así como paneles de expertos de Institutos como The Hastings Center presentaron documentos como el: "Marco ético para las instituciones de salud que responden al nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)"²⁰ o de organismos como el Servicio Nacional de Salud (Reino Unido) NHS la: "Guía clínica de mejora para la gestión de cuidados paliativos en atención secundaria durante la pandemia de coronavirus"²¹. Documentos los cuales consideraron recomendaciones para garantizar "la priorización" de las decisiones con los mejores resultados posibles. El Consejo Ejecutivo de la Academia Suiza de Ciencias Médicas y el Consejo de la Sociedad Suiza de Medicina Intensiva (SGI-SSMI), en la pandemia de la COVID-19; referente al triaje para manejo y tratamiento en cuidado intensivo en situaciones de escasez de recursos, expresó que para controlar sesgos se deberían evitar juicios clínicos individuales y que estos debían ser colegiados²².

Documentos éstos que aportaron información y orientación útil a instituciones de salud, sociedades científicas, comités de ética y profesionales médicos y fueron útiles para poder definir el ingreso del paciente COVID-19 a la UCI y definir las "prioridades" para su manejo después de

realizado el triaje en urgencias. Instituciones nacionales como la secretaria distrital de Bogotá en su documento “Consenso de recomendaciones sobre criterios de ingreso y egreso de pacientes adultos a la unidad de cuidado intensivo e intermedio”. Aplicaron los criterios fundamentados en la SCCM para autorizar el ingreso o el egreso de un paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) o la Unidad de Cuidado Intermedio (UCIM), teniendo en cuenta “prioridades”, las cuales pertenecen para su aplicación al especialista en medicina crítica²³. El grupo de intensivistas de Antioquia (GIA) en su documento “Recomendaciones éticas para la atención y triaje de enfermos críticos durante la pandemia por COVID-19” tuvo en cuenta lo referente a la necesidad de “priorizar” ante el recurso escaso. Basándose en una amplia revisión de la literatura, y análisis de varias recomendaciones, guías y protocolos entre ellos los de la SEMIYUC para la atención de pacientes en el contexto de una crisis hospitalaria generada por situaciones de emergencias y desastres²⁴.

Otros autores refieren que el triaje en la pandemia tiene como fundamento “categorizar” a los pacientes para decidir su “prioridad” en la atención. Principalmente lo relacionado con la ventilación mecánica, y que ésta priorización va a depender del ritmo de la pandemia y de cuántos pacientes necesitan la ventilación mecánica al mismo tiempo²⁵. Otros en su artículo “Asignación ética de recursos sanitarios escasos en el contexto de crisis por COVID-19” refieren que la pandemia por la COVID-19 ha tenido la cualidad de sobrepasar la capacidad hospitalaria y de unidades de cuidado intensivo en el mundo. Por lo tanto, las instituciones tienen la obligación ética de estar preparadas mediante la implementación de medidas tendientes a evitar una saturación de los servicios de salud. Definiendo criterios éticamente, moralmente y socialmente aceptados de “priorización”, que incluyan principios de utilidad, justicia social y equidad, y los principios básicos de la ética clásica (Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia)²⁶.

Metodología

Se realizó una revisión no sistemática de la bibliografía de la literatura médica relacionada con el triaje y la pandemia COVID-19. Se plantearon tres preguntas que dieran respuesta a la importancia del triaje en la pandemia COVID-19 referentes a; sistemas de clasificación, participación de los derechos humanos y denominación o cambio del triaje en la pandemia.

Las preguntas que se plantearon fueron:

1. ¿Cambió el triaje su sistema de clasificación, separación y diferenciación de pacientes durante la pandemia COVID-19 en la asignación del recurso?
2. ¿Durante la pandemia COVID-19 el triaje consideró y respetó los derechos humanos y derechos fundamentales para la priorización del recurso?
3. ¿Tuvo el triaje diferentes denominaciones o cambia de nombre durante la pandemia COVID-19?

Resultados

Primera pregunta: ¿Cambió el triaje su sistema de clasificación, separación y diferenciación de pacientes durante la pandemia COVID-19 en la asignación del recurso?

Todo paciente que ingresó durante la pandemia COVID-19 al servicio de urgencias fue clasificado de acuerdo con su necesidad de atención, y situación de emergencia o urgencia. El triaje y puntuación establecida antes de la pandemia en la Resolución 5596 del Ministerio de Salud y Protección Social considera “cinco categorías de triaje en tiempos de normalidad sanitaria” (I, II, III, IV, V), la categoría I atención inmediata, La categoría II inminente deterioro, la categoría III medidas diagnósticas, categoría IV sin riesgo inminente, la categoría V condición estable. Estas categorías fueron utilizadas para la clasificación y diferenciación de pacientes con la COVID-19, solo que se le dio más importancia a los tiempos de atención de acuerdo a prioridades del momento, debido a que los tiempos de atención correspondían a una situación de emergencia o desastre. El MSPS orientó el manejo del triaje, de acuerdo con los documentos emitidos durante la pandemia. Las secretarías departamentales de salud, las secretarías distritales, las sociedades Científicas de medicina crítica y urgencias, y los comités de ética institucionales de igual forma orientaba a sus médicos en relación con el triaje. Se propuso por parte de la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI) a través de la: “Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19” la utilización de una escala objetiva para la evaluación del triaje de ingreso²⁷. Referenciada por Liao X et al., en el Hospital (HBB), el más grande en el suroeste de China y el centro médico de referencia en la provincia de Sichuan, quienes establecieron una escala objetiva para la primera evaluación del paciente COVID-19 al ingreso; la escala NEWS-2 (National Early Warning Score 2), una versión modificada de la Puntuación Nacional de Alerta Temprana (NEWS). La edad ≥ 65 años fue añadida en la escala NEWS-2 como factor de riesgo según los informes relacionados con la mortalidad en los pacientes adultos mayores, en el inicio de la pandemia. Esta escala utilizó una puntuación basada en parámetros fisiológicos o signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno). Los “signos vitales” determinaron inicialmente la orientación de la decisión médica, para facilitar el reconocimiento temprano de los pacientes con infección grave por SARS-CoV-2 y tomar las decisiones de admisión según la clasificación de gravedad y las categorías de atención. Los pacientes se dividían en cuatro categorías de riesgo según la puntuación establecida por la escala: baja, mediana, alta y excepcional. El puntaje que arrojaba la escala le servía al médico para aclarar el panorama, el pronóstico y posible evolución del paciente; egreso hospitalario con atención domiciliar monitorizada (puntuación 1-2 riesgo bajo); ingreso a hospitalización sala Covi (puntuación 3-5 riesgo mediano); ingreso a UCI (puntuación 6-7 riesgo alto), o situaciones terminales (puntuación > 7 situación excepcional) que requeriría medidas de soporte mínimo o manejo

de síntomas en cuidado paliativo²⁸. La decisión de autorizar el ingreso o el egreso a un paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) o la Unidad de Cuidado Intermedio (UCIM), fue conducta y responsabilidad del especialista en medicina crítica. Los pacientes con la COVID-19 confirmada o sospechosa que requerían soporte de oxígeno o tuvieran falla de dos órganos o más y choque fueron criterios prioritarios suficientes para ingresar a UCI. Al ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo se consideraron también criterios referentes a la necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no invasivo, monitoreo hemodinámico, uso de vasopresores o inotrópicos o cualquier otro soporte vital. Se tuvieron en cuenta otras escalas de evaluación que se consideraron que podían ser objetivas para la evaluación y evolución y establecer "prioridades" en el paciente con la infección por el SARS-CoV-2, las cuales fueron utilizadas como herramientas de apoyo en escenarios de alta demanda y escasez de recursos, en tiempos de excepción y urgencias en salud como el: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), SAPS II (Simplified Acute Physiology Score), MPM (Mortality Probability Model) MODS (Multiple Organ Dysfunction Score), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) en adultos²⁹, qSOFA, CURB-65 y COVID-GRAM Score utilizado también para predecir mortalidad y necesidad de ventilación mecánica invasiva en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2³⁰, Call score³¹, diseñada por Investigadores chinos compuesta por cuatro variables que puede predecir el riesgo de progresión de la COVID-19. Se requirió utilizar criterios más específicos con el apoyo de escalas que valoraron más al detalle, edad, comorbilidad, fragilidad, discapacidad o demencia y que permitieran priorizar con criterio científico y ético. Escalas por rangos de edad³². Escala de supervivencia a corto plazo de acuerdo a SOFA, escala de supervivencia a largo plazo. El índice de Charlson para evaluación de comorbilidades o morbilidad asociada³³. Valoración de fragilidad física³². Valoración de discapacidad para ejecutar acciones o tareas³⁴. La Blessed Dementia Rating Scale (BDRS) para correlacionar alteraciones de demencia funcional y del comportamiento³⁵. Estas escalas fueron fundamentales al momento de asignar el recurso escaso ya que sus resultados permitieron de forma objetiva definir comorbilidad, fragilidad, demencia o discapacidad sin vulnerar. Otorgando el recurso según la probabilidad que el paciente tuviera posibilidad de un resultado exitoso para su salud. Cuando se hizo ésta priorización implícito, inevitablemente, que otro u otros pacientes no pudieran beneficiarse de la asignación de ese recurso escaso³⁶, sin dejar de brindar al paciente que no se beneficiaba con la atención por prioridad III-IV recibiera la atención humana; entonces se evaluaba si tenían documento de voluntades anticipadas (DVA), se establecía la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) evitando mayores sufrimientos, se aplicaba el principio de proporcionalidad terapéutica (PT) lo útil y beneficioso para el paciente, todos los cuidados del final de vida incluidos los cuidados paliativos, asignación y reasignación de recursos³⁷. El manejo de las escalas mencionadas estuvo a criterio de cada equipo de trabajo, y fueron recomendadas para su utilización y referenciadas en la literatura médica durante la pandemia COVID-19. No constituyeron normas rígidas y absolutas, fueron basadas en su utilización en un concepto reflexivo y juicioso del médico que fue quien debió tener el mayor peso en la toma de decisiones, sobre los criterios.

Segunda pregunta: ¿Durante la pandemia COVID-19 el triaje consideró y respetó los derechos humanos y derechos fundamentales para la priorización del recurso?

Durante el pico de la primera ola ocasionada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, en Europa países como España e Italia consideraron como criterio de ingreso a UCI aplicar el llamado "Triage por prioridades" ante el recurso escaso, la edad, la comorbilidad, la condición funcional y la dimensión social fueron importantes en la decisión³⁸. En el pico de la segunda y tercera ola el recurso fue escaso otra vez, y fue necesario replantear el valor a la vida, los derechos humanos, los derechos fundamentales a la vida y la salud y el respeto a la dignidad, ajustando la distribución del recurso ya no por criterios subjetivos de comorbilidad, edad, discapacidad, demencia o fragilidad, sino a criterios eminentemente humanos. Para ese momento se tenían más conocimientos y se contaba con la orientación por parte de la Corte Interamericana de Derechos humanos (CortelDH) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y comités de Bioética locales e Internacionales³⁹. En donde la recomendación era abordar las situaciones con perspectiva de derechos humanos teniendo en cuenta la importancia del criterio médico y científico ante la decisión⁴⁰. La corte IDH y CIDH hicieron especial énfasis en garantizar de manera oportuna y apropiada los derechos a la vida y a la salud de todas las personas bajo la jurisdicción del Estado sin discriminación alguna, incluyendo a los adultos mayores, las personas migrantes, refugiadas y apátridas.

El derecho a la salud se ha entendido, desde el principio de equidad, el cual propone la distribución de recursos, bienes y servicios conforme a la necesidad, evitando la discriminación injustificada y atendiendo a los derechos de las personas especialmente vulnerables al daño y la injusticia. Esto significa que si un paciente presenta un compromiso vital que requiere de UCI, pueda acceder a este tipo de atención especializada sin discriminación negativa por su edad, género, estilo de vida, creencias, condición social o económica, entre otras, como lo ha establecido la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las guías para la orientación en el manejo de cuestiones éticas en brotes de enfermedades infecciosas desde el 2016⁴¹. La Secretaría General de la Naciones Unidas en informe de abril de 2020 un mes de iniciada la pandemia por COVID-19 se refirió a que los derechos humanos son quienes pueden y deben guiar la respuesta y la recuperación ante la COVID-19. El mensaje fue claro: "las personas y sus derechos humanos deben ser lo primero"⁴². Es importante tener clara la diferencia entre derechos humanos y derechos fundamentales. Los primeros se identifican con aquellos bienes esenciales que el Derecho debe garantizar a todos los seres humanos para que puedan desarrollar sus vidas en plenitud. Son los derechos que tenemos básicamente todas las personas por existir⁴³. Los derechos humanos se mueven en el plano de las exigencias morales. Son interdependientes, interrelacionados, irrenunciables, inalienables, inviolables, son universales. Deben ser protegidos respetados y garantizados⁴⁴. Los derechos fundamentales se desenvuelven en la esfera del Derecho constitucional porque son aquellos que las constituciones de los Estados proclaman y dotan de unos mecanismos

normativos de protección. Entre estos derechos fundamentales están: Igualdad de trato y no discriminación. Derecho a la vida, la salud, integridad física y moral. Derecho a la libertad ideológica y religiosa. Derecho a la libertad y a la seguridad. Derecho a la intimidad personal y familiar, honor e inviolabilidad del domicilio⁴⁵. Dentro del marco de derechos humanos y derechos fundamentales, la protección del derecho a la salud y la vida en el contexto de la emergencia COVID-19 se entendió como el acceso a la atención sanitaria desde el primer nivel de atención hasta de cuarto nivel de complejidad.

La actitud ética del médico de urgencias y de cuidado intensivo con relación al triaje en un escenario de normalidad sanitaria, está basado en buscar el beneficio para el paciente fundamentado en la igualdad y los derechos del paciente. La modificación de esta actitud ética, para dar prelación al principio de justicia distributiva o al principio de proporcionalidad en las circunstancias excepcionales de la emergencia en salud como en la COVID-19 lo hace basado en la equidad y los derechos universales y derechos fundamentales.

Tercera pregunta: ¿Tuvo el triaje diferentes denominaciones o cambia de nombre durante la pandemia COVID-19?

En Colombia en el pico de la tercera ola, las circunstancias en las UCI llegaron a estar en el 97% de ocupación, lo que hacía inminente el colapso de éstas. Se planteó optar por criterios semejantes a Europa en el primer pico de la primera ola, y se habló de un “traje ético” para el ingreso a las unidades de cuidado intensivo, teniendo en cuenta “quién entra primero y quién debe esperar de acuerdo con su condición de salud, comorbilidades, edad y probabilidades de sobrevida”⁴⁶. La declaración y las condiciones que se plantearon generaron incertidumbre, dudas y confusión en la población en general, al igual que en algunos mandatarios locales y de la región y autoridades científicas como la Federación Médica Colombiana (FMC). Quizás los responsables de notificarlo ante la opinión pública no lo hicieron con la mayor claridad y profundidad y fue interpretado como “una decisión utilitarista de la vida humana ante la pandemia. Por asignar un valor a la vida de cada uno y decidir qué vida vale menos que la otra, condenándola a fallecer”⁴⁷ interpretación que llegó a ser comparada con el comité de Seattle (Washington en 1962). Cuando se decidió en su momento a quien hacer hemodiálisis, cuando se contaba con una sola maquina (recurso) para varios pacientes con falla renal terminal⁴⁸, y con el reportaje en la revista *Life* “Quién vive y quién muere”⁴⁹. Otros se refirieron diciendo; “la implementación del ‘traje ético’ va en contra de los derechos fundamentales a la vida y a la salud de los pacientes, y a la obligación del Estado de implementar todas las estrategias posibles para garantizar un goce efectivo de estos derechos”⁵⁰. Argumentación válida ya que en la primera declaración hecha del “traje ético” no se mencionaron los derechos fundamentales a la salud y la vida, ni la responsabilidad que tiene el Estado de proporcionar estos derechos fundamentales. La Federación Médica Colombiana (FMC), manifestó: “En el punto en el que estamos es evidente que hay un colapso en el sistema hospitalario en algunas regiones

del país”. Pero “nos preocupa que se estén haciendo prioritizaciones, es decir la elección para el ingreso a UCI”. La FMC consideró que los comités de ética deberían empezar a obrar cuando se haya comenzado a agotar el recurso de trasladar a los pacientes a otras UCI disponibles en el país. Aclaró la FMC. “entendamos que la priorización (traje por prioridades) es lo que están denominando triaje ético”. Pero en caso de ser aplicado el triaje por prioridades sin tener en cuenta otras opciones estarían vulnerando el derecho a los pacientes de luchar por su vida. “Además el Estado debe responder efectivamente por esa obligación que tiene de garantizar los traslados hacia otros hospitales a nivel nacional, que tengan camas UCI disponibles”⁵¹. Pronunciamento de la FMC que estuvo en consonancia con el respeto del paciente y su dignidad, los derechos humanos y los derechos fundamentales a la salud y a la vida, y a lo establecido por los entes Internacionales Corte IDH, CIDH, Secretaria General de la Naciones Unidas. Red de América latina y el Caribe de Consejo Nacional de Bioética –UNESCO. Comité de Bioética del Consejo de Europa.

Días después del anuncio del mal denominado y entendido “traje ético” que se refería a un “traje por prioridades”. Instituciones en Colombia en el tercer pico de la pandemia COVID-19 iniciaron su aplicación, Bucaramanga⁵², Barranquilla⁵³, Caldas⁵⁴. Llamando la atención que las comorbilidades, edad, situación de vida eran las variables que determinaban la priorización. En ningún momento se mencionaron los derechos humanos, derechos fundamentales, la dignidad de la persona, el derecho a la vida y a la salud como criterio a respetar para la aplicación del triaje ni los criterios básicos en un “traje por prioridades” previamente establecidos por las sociedades científicas.

Este episodio formará parte de las tantas historias que la pandemia COVID-19 ha dejado, la infodemia, las teorías conspirativas, pero la falta de conocimiento y criterio médico y ético no puede generar confusiones y más en época de incertidumbre en donde se necesita claridad no confusión. Afortunadamente el triaje no perdió su nombre y continua sin apellido, no es ni ético ni por prioridades, sigue siendo solo triaje. Pero “El derecho a intentar (*right to try*) alude a la posibilidad de intentar todas las posibilidades científicas”⁵⁵.

Discusión

La pandemia por la COVID-19 aumentó de forma desproporcionada la demanda de atención en los servicios de urgencia, unidades de cuidado intensivo, hospitalización y medios de soporte vital avanzado (ventiladores, equipos de diálisis, monitores, ECMO), en Colombia y el mundo. Llevando a un desequilibrio entre las necesidades de ventilación mecánica y los recursos disponibles de camas/UCI e insumos (sedantes, analgésicos, inotrópicos) en las fases más avanzadas de la pandemia (picos de la ola). Este desequilibrio obligó a una compleja toma de decisiones de cómo asignar el recurso escaso a quienes más se pudieran beneficiar teniendo en cuenta el principio de proporcionalidad y justicia distributiva. El triaje fue la estrategia que permitió establecer, en cada escenario de urgencias y cuidado intensivo, objetivos y criterios que facilitarían la toma de decisiones complejas

para el logro del mejor resultado. Cuando el sistema sanitario no daba abasto, se debieron establecer objetivos en el triaje denominados "prioritarios", cómo salvar la mayor cantidad de vidas, del modo más humano, justo y eficiente posible. Esta estrategia debió considerar derechos fundamentales cómo la vida y la salud respetando, la igualdad, la justicia y la libertad, bajo una ética de salud pública; con la justicia distributiva "el mayor bien para la mayoría y el mejor cuidado para los que no pueden ser curados". Siendo imprescindible establecer un sistema de triaje al ingreso estableciendo prioridades, para maximizar el beneficio y salvar al mayor número posible de personas. El deber del Estado a través de la Salud Pública en un "estado de emergencia" es proteger a la mayor cantidad de personas y salvar el mayor número de vidas. Regla de salud que en ocasiones puede vulnerar la autonomía, derechos y libertades individuales de algunos. Pues prevalece el bien colectivo sobre el bien particular. Los derechos humanos en respuesta a temas destacados en las medidas de emergencia y la COVID-19, establece que el "estado de emergencia" está regulado de manera específica en virtud del derecho internacional de los derechos humanos. En caso de que un Estado necesite derogar sus obligaciones de derechos humanos para prevenir la propagación de la COVID-19 o por la distribución del recurso escaso, todas las medidas que adopte deberán ser proporcionales y limitadas a lo estrictamente necesario⁵⁶.

Hubo una coordinada labor desde los servicios de urgencias de baja complejidad, hasta los de alta complejidad en donde el "traje", era realizado por auxiliares de enfermería o médicos de atención prehospitalario con la supervisión médica correspondiente o médicos capacitados o especialistas respectivamente. Los CRUE (Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres) reglamentados por la Resolución número 1220 de 2010, que hacen parte de la Red Nacional de Urgencias y son apoyo del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD). Recibían la información y definía el prestador a donde debía remitirse el paciente con COVID-19 en los casos de atención inicial de urgencias y autorización adicional que implicara la remisión a otro prestador. Esta dependencia de las Secretarías Locales de Salud de cada municipio atendió las 24 horas del día los 365 días del año durante la pandemia con profesionales idóneos y entrenados para atender las urgencias y desastres, de una manera óptima y eficiente. El Sistema de Emergencias Médicas, establecido mediante el artículo 67 de la Ley 1438 de 2011, busco la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar la respuesta oportuna a las víctimas de la enfermedad⁵⁷. La respuesta ante la pandemia fue definida de forma clara a través del Ministerio de Salud y Protección Social quien a través de sus comunicados mantuvo informados a los médicos e hizo valer sus derechos al trabajo a la salud y la protección personal. Dio directrices, favoreció el incremento de ventiladores y camas/UCI para llegar a superar lo que se veía como una gran catástrofe.

Conclusión

Lo aprendido en la práctica diaria durante la pandemia y ahora que sabemos más sobre la COVID-19 y conocemos, más sobre el triaje y su importancia de "priorizar" sin

discriminar en tiempos de excepción y urgencias. Nos permite aclarar que el triaje no instrumentaliza, ni cambia su concepto ni denominación ante un evento de desastre por pandemia, terrorismo, o eventos naturales a gran escala. Su complemento para hacerlo más justo y científico es tener en cuenta los derechos humanos y los derechos fundamentales a la salud y la vida.

Muchas recomendaciones hubo durante esta pandemia que se podrán desarrollar y ser tenidas en cuenta a presente y futuro como: La conformación de los comités clínicos por prioridades (CCP) para manejo del triaje; contar con los comités de ética hospitalaria (CEH) que desde ya deben estar elaborando las guías de actuación ante situaciones especiales; definir cuáles serán las escalas de evaluación de morbimortalidad que evalúen y ayuden a definir la prioridad en el triaje, y formar al recurso humano en derechos humanos para evitar posibles vulneraciones y discriminaciones y todo lo relacionado con la ética y su aplicación práctica. "La historia siempre se repite y ojalá no tropecemos con la misma piedra y que esta generación pos COVID-19 deje de forma proactiva las recomendaciones futuras".

Financiación

El autor declara que no hubo patrocinio alguno para la realización de esta revisión.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés y que este artículo no ha sido presentado a ninguna otra revista ni publicado previamente.

Bibliografía

- Illescas Fernández GJ. Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma*. 2006;9:48-56. <https://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062e.pdf>
- Christian M. Triage. *Crit Care Clin*. 2019;35:575-89, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.009>.
- Burdilesa P, Ortiz Pommier A. El triaje en pandemia: fundamentos éticos para la asignación de recursos de soporte vital avanzado en escenarios de escasez. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2021;32:61-74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.004>.
- SIAARTI. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili - versione 01; 2020 [publicado 6 Mar 2020; consultado 18 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2675063.pdf>
- Carta de la Organización de los Estados Americanos (A-41) [consultado 3 Ago 2021]. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-41_carta_OEA.pdf
- Estatutos. Corte Interamericana de Derechos Humanos [consultado 2 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/estatuto.cfm>
- ¿Qué es el Sistema Interamericano de protección a los derechos humanos? [consultado 2 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.colectivodeabogados.org/que-es-el-sistema-interamericano-de-proteccion-a-los-derechos-humanos-2/>

8. Comunicado Corte Interamericana de Derechos Humanos Corte IDH.CP-27/2020 español. COVID-19 y derechos humanos: los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de derechos humanos y respetando las obligaciones internacionales [consultado 2 Ago 2021]. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_27_2020.pdf
9. CIDH adopta Resolución sobre Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. 10 de abril de 2020 [consultado 3 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/073.asp>
10. Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en México DESCA 2017 [consultado 3 Oct 2021]. Disponible en: https://www.cmdpdh.org/publicaciones-pdf/cmdpdh_informe_desca_2017.pdf
11. Triage, no Triage. Fundeu asesorado por RAE, 20/03/2020 [consultado 3 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.fundeu.es/recomendacion/triage-no-triage/>
12. Diccionario de la Lengua Española, edición del Tricentenario, actualización 2020. Definición de triaje [consultado 3 Jun 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/triage?m=form>
13. Arévalo-Leal JS, Gómez-Córdoba AI, Pinto-Bustamante BJ, Leon Osma NA, Castillo-Niuman A, Trillo Peña CE. Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS-CoV-2. Una reflexión desde los principios, criterios, derechos y deberes. *Acta Med Colomb.* 2020;45:1–8, <http://dx.doi.org/10.36104/amc.2020.1952>.
14. Triage. Ministerio de Salud y Protección Social [consultado 22 May 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>
15. Ministerio de Salud y Promoción Social. Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19. Versión 01 [consultado 23 May 2021]. Disponible en: <https://scp.com.co/covid-19/recomendaciones-para-la-toma-de-decisiones-eticas-en-los-servicios-de-salud-durante-la-pandemia-covid-19-por-minsalud/>
16. Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
17. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Crit Care Med.* 2016;44(8):1553-602. doi: 10.1097/CCM.0000000000001856. PMID: 27428118. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27428118/>
18. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Criterios de ingreso a UCI e Intermedios. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.* 2009;9(3). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/404299863/Criterios-UCI-e-intermedios-adulto-pdf>
19. University of Pittsburgh. Department of Critical Care Medicine. School of Medicine. Allocation of scarce critical care resource during a public health emergency; 2020 [consultado 2 Jun 2021]. Disponible en: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf
20. Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester DM, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *The Hastings Center.* 2020 March 16. Disponible en: <https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/03/AA-Hastings-Center-Covid-Framework-2020.pdf>
21. NHS England and NHS Improvement. Clinical guide for the management of palliative care in secondary care during the coronavirus pandemic, Version 1; 2020. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/CO081-Speciality-guide-Palliative-care-and-coronavirus-FINAL-02.04.20.pdf>
22. Central Ethics Committee (CEC), the Executive Board of the Swiss Academy of Medical Sciences and the Board of the Swiss Intensive Care Medicine Society (SGI-SSMI). COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20229, <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2020.20229>, 2.ª versión [actualizado 24 Mar 2020].
23. Secretaría de Salud de Bogotá. Consenso de recomendaciones sobre criterios de ingreso y egreso de pacientes adultos a la unidad de cuidado intensivo e intermedio de Bogotá D.C. Orientaciones técnicas. Bogotá D.C., julio de 2020. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid-S/Consenso_UCI_UCIM.pdf
24. Grupo GIA. Recomendaciones éticas para la atención y triaje de enfermos críticos durante la pandemia por COVID-19 [consultado 27 Abr 2020]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Programas/Shared%20Content/Documentos/2020/doc.bioetica%20copia%20triage.pdf
25. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The toughest triage - allocating ventilators in a pandemic. *N Engl J Med.* 2020;382:1973–5, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2005689>. PMID: 32202721.
26. Aguilera B. Asignación ética de recursos sanitarios escasos en el contexto de crisis por COVID-19. *Medwave.* 2020;20:e7935, <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2020.05.7935>.
27. Accini Mendoza JL, Beltrán N, Nieto Estrada VH, Ramos Bolaños E, Pizarro Gómez, Camargo R. et al. Declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.* 2020;20(4):287–333. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.003>
28. Liao X, Wang B, Kang Y. Novel coronavirus infection during the 2019-2020 epidemic: preparing intensive care units the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med.* 2020;46:357–60, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-05954-2>.
29. White DB, Lo B. A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. *JAMA.* 2020;323:1773–4, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.5046>.
30. Ronda VE, Ruiz Alcaraz S, Ruiz Torregrosa P, Giménez Suau M, Nofuentes Pérez E, Ramírez LJM. Aplicación de escalas pronósticas de gravedad en la neumonía por SARS-CoV-2. *Med Clin (Barc).* 2021;157:99–105, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2021.01.002>.
31. Ji D, Zhang D, Xu J, Chen Z, Yang T, Zhao P, Chen G, Cheng G, Wang Y, Bi J, Tan L, Lau G, Qin E. Prediction for Progression Risk in Patients with COVID-19 Pneumonia: The CALL Score. *Clin Infect Dis.* 2020;71(6):1393-1399. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa414>
32. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:146–56, <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
33. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40:373–83, [http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8).
34. Alfaro Urrutia JE. El problema del enfoque médico de la discapacidad: Un desafío interdisciplinario entre salud, educación y el derecho. *Rev Med Chile.* 2017;145:678–81, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000500018>.
35. Fagundes Chaves ML, Camozzato AL, Godinho C, Kochhann R, Schuh A, De Almeida VL, et al. Validity of the Clinical Dementia Rating Scale for the detection and staging of dementia in

- Brazilian patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2007;21:210-7, <http://dx.doi.org/10.1097/WAD.0b013e31811ff2b4>.
36. Academia Nacional de Medicina. Comunicado COVID-19: Triage - Unidad de Cuidado Intensivo [consultado 8 Jul 2021]. Disponible en: <https://anmdecolombia.org.co/comunicado-covid-19-triaje-unidad-de-cuidado-intensivo/>
 37. Comité de Bioética de España. Informe del comité de bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus; 2020 [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
 38. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Marco ético pandemia COVID 19. Madrid, 20 de marzo de 2020 [consultado 22 May 2021]. Disponible en: http://umucebes.es/wp-content/uploads/2020/03/Marco_etico_coronavirus.pdf
 39. Declaración sobre COVID-19: Consideraciones éticas desde una perspectiva global - IBC & COMEST. SHS/IBC-COMEST/COVID-19 REV. Paris, 6 de abril 2020. Original: English. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>
 40. COVID-19: Los principios de derechos humanos deben guiar las decisiones de salud. Estrasburgo, 14 de abril de 2020. Disponible en: https://www.ararteko.eus/contenedor.jsp?codMenuPN=411&contenido=8137&tipo=8&codMenu=416&layout=contenedor.jsp&seccion=s_fnot_d4_v1.jsp&nivel
 41. World Health Organization (WHO). Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Geneva: WHO; 2016 [consultado 23 May 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>
 42. Naciones Unidas, Secretario General. Todos estamos juntos en esto: los derechos humanos y la respuesta y recuperación ante la COVID-19 [consultado 2 Jun 2021]. Disponible. <https://www.un.org/sg/es/content/sg/statement/2020-04-23/we-are-all-together-human-rights-and-covid-19-reponse-and-recovery-video-message-the-secretary-general-delivered>
 43. Declaración Universal de los Derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948 [consultado 2 Ago 2021]. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
 44. Las principales características de los derechos humanos [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://blog.oxfamintermon.org/las-principales-caracteristicas-de-los-derechos-humanos/>
 45. Bellver Capella V. Bioética, derechos humanos y COVID-19. *Cuad Bioét*. 2020;31:167-82, <http://dx.doi.org/10.3044/CB.60>.
 46. Orozco J. ¿Qué es el Triage ético y cómo funciona? Noticias Medellín, 19 de abril de 2021 [consultado 3 Jun 2021]. Disponible en: <https://telemedellin.tv/que-es-el-triaje-etico-y-como-funciona/437694/>
 47. Lema Medina M. El triaje ético es en estricto orden de llegada, 22 de abril de 2021 [consultado 3 Jun 2021]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/el-triaje-etico-es-en-estricto-orden-de-llegada/>
 48. Casado da Rocha A. Quién vive y quién muere (según el comité de Seattle). *Dilemata*. Portal de ética aplicada; 2008 [consultado 30 May 2021]. Disponible en: https://www.dilemata.net/index.php?option=com_content&view=article&id=120:quivive-y
 49. Alexander S. They decide who lives, who dies. *Life*. 1962;53:102-25 [consultado 3 Jun 2021]. Disponible en: <http://www.nephjc.com/news/godpanel>
 50. Triage ético va en contra del derecho a la vida: personero de Medellín, 21 de abril de 2021 [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en. <https://www.radionacional.co/actualidad/triaje-etico-va-en-contra-del-derecho-la-vida-personero-de-medellin>
 51. Rojas Gaitán KJ. Federación Médica Colombiana preocupada por el anuncio del triaje ético en Antioquia. *Edición Médica*. 19 de abril de 2021 [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/profesionales/federacion-medica-colombiana-da-su-posicion-frente-al-triaje-etico-en-antioquia-1076>
 52. Atención: Bucaramanga entró en triaje ético por la ocupación de UCI con pacientes covid. *Semana*. 26/5/2021 [consultado 2 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/atencion-bucaramanga-entro-en-triaje-etico-por-la-ocupacion-de-uci-con-pacientes-covid/202144/>
 53. Saldarriaga Soto V. Médicos advierten que en Barranquilla ya están aplicando el «Triage ético». *Caribe*, 22 de abril de 2021 [consultado 1 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/colombia/caribe/medicos-advierten-que-en-barranquilla-ya-estan-aplicando-el-triaje-etico>
 54. Hospital Universitario de Caldas. S.E.S. JUTEC: Junta para Triage Ético en Situación de Crisis [consultado 5 Jun 2021]. Disponible en: http://manizalessalud.net/wp-content/uploads/2021/04/JUTEC_SES_HOSPITAL-DE-CALDAS_2021_04_19.pdf
 55. Pinto B, Gómez A, Castillo A, León N. Principios éticos para afrontar la pandemia en Colombia, Bogotá, D.C. *Razón Pública*; 2020 [consultado 27 May 2021]. Disponible en: <https://razonpublica.com/principios-eticos-afrontar-la-pandemia-colombia/>
 56. Principios de Siracusa sobre las disposiciones de limitación y derogación del pacto internacional de derechos civiles y políticos. naciones unidas/consejo económico y social. Comisión de Derechos Humanos 41º Período de sesiones. Artículo 25 [consultado 1 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.civilisac.org/civilis/wp-content/uploads/principios-de-siracusa-1.pdf>
 57. Diario Oficial Año CLIII N. 50191, 30 de marzo 2017, pag. 17. Resolución 926 de 2017 (marzo 30) por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas. Disponible en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30038017>