

# Fundamentos para una guía integral de actuación médica en emergencias sanitarias en México: revisión documental

*Foundations for a comprehensive guide to medical action in health emergencies in Mexico: a documentary review*

Hincapie-Sanchez J<sup>1</sup> , Fajardo-Dolci GE<sup>2</sup> , De Blas-López F<sup>3\*</sup> .

1. Directora del Programa Universitario de Bioética; Universidad Nacional Autónoma de México; Ciudad de México, México.

2. Director Médico Vinculación- Asuntos Regulatorios Mex. y Latam; SANFER; Ciudad De México, México.

3. Jefa del Departamento de Gestión Académica del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de la Facultad de Medicina; Universidad Nacional Autónoma de México; Ciudad De México, México.

## RESUMEN

Las crisis sanitarias evidencian la necesidad de contar con marcos integrales que orienten la práctica clínica y asistencial ante escenarios de alta incertidumbre y limitación de recursos. El presente artículo constituye una revisión documental y hermenéutica de guías, lineamientos y documentos técnicos emitidos en México y por instituciones internacionales entre 2000 y 2025. Se identifican los elementos clínicos, científicos, éticos y jurídicos que deben articularse en la toma de decisiones médicas durante emergencias sanitarias. Los hallazgos permiten proponer los fundamentos para una guía nacional integral de actuación médica que fortalezca la respuesta institucional y la certeza profesional frente a futuras crisis sanitarias.

**Palabras Clave:** crisis sanitaria; guías clínicas; bioética; derecho sanitario; ética médica; revisión documental.

## ABSTRACT

Health crises highlight the need for comprehensive frameworks to guide clinical and healthcare practice in scenarios of high uncertainty and limited resources. This article presents a documentary and hermeneutical review of guidelines, directives, and technical documents issued in Mexico and by international institutions between 2000 and 2025. It identifies the clinical, scientific, ethical, and legal elements that must be integrated into medical decision-making during health emergencies. The findings allow us to propose the foundations for a comprehensive national guideline for medical practice that strengthens the institutional response and professional certainty in the face of future health crises.

**Keywords:** health crisis; clinical guidelines; bioethics; health law; medical ethics; document review.

### Autor(a) de Correspondencia:

De Blas López F.

Jefa del Departamento de Gestión Académica del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud de la Facultad de Medicina; Universidad Nacional Autónoma de México; Ciudad de México, México.

Correo electrónico: qdbl20@gmail.com

### Citar como:

Hincapie-Sanchez J, Fajardo-Dolci GE, De Blas-López F. Fundamentos para una guía integral de actuación médica en emergencias sanitarias en México: revisión documental. *Rev CONAMED*. 2026;31(1): 61-69. DOI: 10.35366/123030

### Fecha de recepción:

31 de octubre de 2025

### Fecha de aceptación:

15 de enero de 2026

## INTRODUCCIÓN

Las crisis sanitarias representan uno de los mayores desafíos contemporáneos para los sistemas de salud, al poner a prueba su capacidad técnica, organizativa y ética frente a escenarios de alta incertidumbre y demanda asistencial. En las últimas décadas, México ha enfrentado emergencias epidemiológicas que revelaron la fragilidad estructural de sus instituciones sanitarias, entre ellas la epidemia de VIH/SIDA en los años ochenta, la influenza AH1N1 en 2009 y la pandemia por COVID-19.<sup>1-3</sup> Estas experiencias demostraron que, además de los recursos materiales, la coherencia institucional y la orientación normativa son factores esenciales para garantizar una atención médica justa y sustentada en evidencia.

La pandemia por COVID-19, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, puso de manifiesto las limitaciones del sistema mexicano en cuanto a la disponibilidad de guías clínicas integrales y de marcos ético-jurídicos que respaldaran la toma de decisiones en condiciones excepcionales.<sup>4</sup> Si bien diversas instituciones emitieron lineamientos y protocolos —como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Consejo de Salubridad General (CSG)—, la mayoría se centraron en aspectos operativos y biomédicos, sin una integración clara de los principios éticos y jurídicos aplicables.<sup>5-7</sup>

Esta fragmentación generó un escenario de incertidumbre normativa para los profesionales de la salud, quienes debieron tomar decisiones críticas sobre la priorización de pacientes y el uso de recursos limitados sin un marco de referencia unificado. El resultado fue un incremento del estrés moral, la percepción de vulnerabilidad profesional y la exposición a riesgos legales derivados de decisiones clínicas tomadas en emergencia.<sup>8-10</sup>

La experiencia internacional ha mostrado que la eficacia de la respuesta sanitaria durante crisis depende de la existencia de guías integrales que articulen la evidencia científica con la deliberación ética y la protección legal del personal clínico.<sup>11,12</sup> Modelos implementados en países como Reino Unido, Canadá y Australia han incorporado estos componentes en marcos normativos que priorizan la equidad, la transparencia y la proporcionalidad en la atención.<sup>13,14</sup>

En México, la necesidad de consolidar un instrumento de este tipo sigue vigente. La Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia (CSG, 2020) constituyó un avance relevante, aunque su aplicación práctica fue desigual y limitada a ciertos niveles hospitalarios.<sup>4</sup> En consecuencia, resulta necesario revisar de manera crítica los elementos clínicos, científicos, éticos y jurídicos presentes en las guías y lineamientos existentes, con el propósito de fundamentar la elaboración de una guía nacional integral que oriente la actuación del personal de salud durante futuras crisis sanitarias.

El presente artículo tiene como objetivo analizar estos componentes a partir de una revisión documental de guías nacionales e internacionales publicadas entre 2000 y 2025, con énfasis en los ejes conceptuales que pueden fortalecer la toma de decisiones médicas y la protección institucional del personal de salud en México.

Este trabajo corresponde a una revisión documental y hermenéutica. Se analizaron guías clínicas, documentos técnicos, lineamientos éticos y marcos normativos emitidos en México y por organismos internacionales entre los años 2000 y 2025.

Las fuentes consultadas incluyeron bases de datos científicas como PubMed, Scielo, RedALyC, así como documentos jurídicos nacionales como la Ley General de Salud y reglamentos profesionales, y guías emitidas por organismos internacionales como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés).

Se seleccionaron materiales que abordaran de forma explícita la respuesta médica ante crisis sanitarias, priorizando aquellos que integraran componentes clínicos, científicos, éticos o jurídicos. Se excluyeron documentos de carácter meramente operativo o sin base normativa o ética.

El análisis siguió una estrategia hermenéutica orientada a identificar las convergencias y vacíos entre los distintos enfoques, articulando los hallazgos en cuatro ejes temáticos: clínico, científico, ético y jurídico.

## DESARROLLO

### 1. Eje clínico: respuesta asistencial y capacidad operativa

Durante la pandemia por COVID-19 y otras emergencias epidemiológicas, la dimensión clínica de la respuesta sanitaria en México se concentró en la emisión de protocolos de diagnóstico, manejo hospitalario y medidas de prevención del contagio. Esta dimensión clínica incluyó la labor coordinada de equipos multidisciplinarios, integrados no solo por personal médico, sino también por enfermería, paramédicos, terapeutas, personal de trabajo social y áreas de apoyo indispensables para la

implementación de protocolos asistenciales. Sin embargo, la revisión de guías nacionales, como los Algoritmos interinos para la atención del COVID-19 del IMSS y la Guía de práctica clínica COVID-19 del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), muestra que estos documentos tuvieron un alcance limitado a las instituciones que los elaboraron, sin criterios unificados de actuación interinstitucional.<sup>5,15</sup>

Estos documentos, junto con otras guías institucionales y marcos éticos y normativos revisados, se sintetizan en la *Tabla 1* para facilitar la comparación entre sus aportaciones y limitaciones.

Año	Institución emisora	Documento	Contenido central	Aportaciones identificadas	Vacíos observados
2021	Secretaría de Salud (México)	Guía clínica para el tratamiento de COVID-19	Manejo diagnóstico y terapéutico; criterios de hospitalización; uso de medicamentos	Estandariza tratamientos; incorpora evidencia emergente	Limitada a COVID-19; no incluye criterios éticos ni jurídicos de actuación
2021	Instituto Mexicano del Seguro Social	Algoritmos interinos de atención COVID-19	Protocolos operativos por niveles de atención	Útil para personal operativo; enfoque práctico	No incorpora principios éticos; alcance institucional restringido
2021	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios	Guía de práctica clínica COVID-19	Lineamientos clínicos y terapéuticos	Proporciona recomendaciones claras	Sin integración interdisciplinaria; no aborda priorización de recursos
2020	Consejo de Salubridad General (México)	Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados	Criterios éticos para triaje y priorización	Introduce justicia distributiva y equidad; primer marco ético nacional	Difusión y aplicación limitada; no vinculación jurídica nacional
2020	Organización Mundial de la Salud	Ethics and COVID-19: Resource allocation	Principios éticos internacionales para asignación de recursos	Ofrece marco universal de equidad	No adaptado al contexto mexicano
2021	Organización Panamericana de la Salud	Marco ético para la preparación y respuesta ante pandemias	Recomendaciones éticas para emergencias	Establece pautas institucionales; enfoque preventivo	En México no se implementó formalmente
2020	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)	Operational considerations for case management	Directrices de manejo clínico y operativo	Definición clara de roles; coordinación interinstitucional	No existe equivalente mexicano interinstitucional
2021	Instituto Nacional de Rehabilitación	Guía para identificación y atención de COVID-19	Manejo clínico y diagnóstico	Propuesta clara y aplicable	Sin fundamentos éticos o legales

2022	Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México	Boletín COVID sobre impacto en personal de salud	Evidencia sobre desgaste y estrés moral	Aporta análisis de contexto y carga emocional	No ofrece lineamientos para mitigación
2025	British Medical Journal Open Respiratory Research	COVID-19 ARDS: lessons learned	Reflexiones sobre incertidumbre y decisiones clínicas	Lecciones para futuras pandemias	No adaptado al contexto institucional mexicano

**Tabla 1.** Revisión documental de guías, lineamientos y documentos técnicos (Elaboración propia).

Las variaciones encontradas fueron aún más notorias cuando se analiza la respuesta diferenciada entre las instituciones del sistema público de salud. Dicha fragmentación evidenciada se tradujo en inconsistencias en la priorización de pacientes, el uso de recursos críticos y la comunicación clínica durante situaciones de incertidumbre. Además, la atención se centró en la respuesta biomédica inmediata, con escasa incorporación del enfoque interdisciplinario (médico, psicológico y social) necesario para una atención integral.<sup>16</sup>

La revisión documental también muestra que la respuesta clínica durante la pandemia estuvo fuertemente condicionada por la estructura fragmentada del Sistema Nacional de Salud. Mientras el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) desarrollaron lineamientos internos relativamente estandarizados,<sup>17,18</sup> el Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar) y los servicios estatales operaron con recursos más limitados y con menor claridad normativa. La Secretaría de Salud federal emitió lineamientos de alcance nacional, aunque su implementación fue desigual entre entidades y unidades médicas.<sup>19</sup> Por su parte, los servicios de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (DEFENSA) mantuvieron protocolos más homogéneos, derivados de su organización jerárquica y capacidad logística.<sup>20</sup> Estas diferencias institucionales reflejan la necesidad de una guía nacional unificada que establezca criterios clínicos comunes y reduzca la variabilidad en la atención durante emergencias sanitarias.<sup>21</sup>

En contraste con modelos internacionales como los propuestos por la OMS y los CDC que presentaron esquemas de triaje y niveles de atención basados en evidencia, lo que permitió una respuesta más coherente y coordinada,<sup>22,23</sup> la respuesta clínica mexicana mostró una estructura fragmentada y con variabilidad significativa entre instituciones.

Esta comparación evidencia la necesidad de armonizar criterios nacionales y adoptar estándares operativos que han demostrado eficacia en otros países durante emergencias sanitarias. Además, la experiencia sugiere que la consolidación de un marco clínico unificado, sustentado en principios de proporcionalidad y equidad asistencial, es una condición indispensable para garantizar la efectividad de la respuesta sanitaria.

## **2. Eje científico: evidencia y actualización del conocimiento**

La pandemia por COVID-19 impulsó una producción sin precedentes de guías clínicas y documentos técnicos en México; sin embargo, la evidencia científica fue incorporada de forma discontinua y, en algunos casos, contradictoria. Por ejemplo, las recomendaciones sobre el uso de antivirales, anticoagulantes o terapias inmunológicas variaron constantemente a medida que surgía nueva información.<sup>1,24</sup>

Esta inestabilidad generó confusión entre los profesionales de la salud y dificultó la estandarización de tratamientos. Además, se observó una débil comunicación entre las autoridades sanitarias y el personal clínico, lo que limitó la rápida implementación de la evidencia actualizada.<sup>8</sup>

La literatura internacional coincide en que la evaluación continua de la evidencia constituye un componente esencial de la preparación institucional ante crisis. Organismos como la OMS y la OPS han destacado la importancia de contar con mecanismos nacionales de actualización rápida de guías basadas en revisiones sistemáticas y comités interdisciplinarios.<sup>13,25</sup> A diferencia de los mecanismos de actualización rápida aplicados en países como Canadá, Reino Unido o Australia, basados en revisiones sistemáticas continuas y comités científicos permanentes, en México la

incorporación de nueva evidencia se realizó de manera discontinua y con canales de comunicación poco estandarizados. Estas divergencias muestran la urgencia de fortalecer procesos nacionales de síntesis y difusión de evidencia científica en tiempo real.

En este sentido, una guía integral para México debería incluir procesos de revisión dinámica y mecanismos de comunicación efectiva que traduzcan la evidencia científica en directrices operativas y éticamente sólidas.

### **3. Eje ético: justicia distributiva y responsabilidad profesional**

El componente ético constituye el eje transversal de toda respuesta sanitaria. Las crisis epidemiológicas confrontan a los profesionales con dilemas morales relacionados con la asignación de recursos, la priorización de pacientes y la exposición personal al riesgo. La ausencia de un marco bioético operativo incrementó el estrés moral y la sensación de vulnerabilidad en el personal médico durante la pandemia,<sup>7,9</sup> incluyendo los marcos profesionales contenidos en los códigos de ética y deontología vigentes en México. Los principios éticos revisados aplican a la actuación de todos los profesionales de la salud involucrados en la prestación de servicios durante emergencias, no únicamente al cuerpo médico.

La Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia del Consejo de Salubridad General representó un avance significativo al establecer criterios de equidad, proporcionalidad y transparencia; sin embargo, su difusión y aplicación fueron limitadas.<sup>4</sup>

A partir de la revisión de la literatura, pueden identificarse tres subcategorías éticas esenciales para orientar la actuación sanitaria interdisciplinaria en crisis:

1. Justicia distributiva, centrada en la asignación equitativa de recursos escasos;
2. Responsabilidad profesional, que delimita el deber de cuidado y los límites de la acción médica en contextos de riesgo; y
3. Transparencia y deliberación, que promueven la legitimidad de las decisiones clínicas colectivas.<sup>10,27</sup>

Adicionalmente, los códigos de ética y deontología profesional representan un referente normativo indispensable durante las crisis sanitarias. "El Código de Ética del Médico en México,<sup>28</sup> el Código de Ética del Personal de Enfermería,<sup>29</sup> y el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial",<sup>30</sup> establecen principios de beneficencia, no maleficencia, confidencialidad, competencia profesional y justicia que deben sostener las decisiones clínicas en condiciones de incertidumbre. La revisión documental muestra que, aunque estos códigos existen, su aplicación práctica durante la pandemia fue desigual, y en muchos casos los profesionales carecieron de marcos operativos que tradujeran estos principios en criterios concretos de acción.

En el ámbito internacional, países como Reino Unido y Canadá institucionalizaron marcos éticos operativos, comités clínico-éticos de emergencia y protocolos públicos de transparencia, elementos que facilitaron decisiones justificadas y consistentes. En México, aunque existió la Guía Bioética del CSG, su implementación fue limitada y no contó con mecanismos obligatorios de adopción institucional, lo que contrasta con las prácticas internacionales que priorizan la claridad normativa y la deliberación ética colectiva.

La bioética, entendida como práctica deliberativa más que normativa, ofrece herramientas para integrar la racionalidad técnica con la sensibilidad moral del acto médico.<sup>27</sup> En consecuencia, la inclusión de comités ético-clínicos de emergencia podría fortalecer la capacidad institucional de respuesta ante futuros eventos sanitarios.

### **4. Eje jurídico: protección institucional y certeza profesional**

El análisis del marco jurídico mexicano revela vacíos normativos importantes en relación con el actuar médico durante crisis sanitarias. La Ley General de Salud y los reglamentos profesionales vigentes no contemplan de manera explícita las condiciones excepcionales que enfrenta el personal clínico en contextos de emergencia.<sup>31</sup>

El marco normativo mexicano aplicable a la actuación clínica incluye la "Ley General de Salud,<sup>32</sup> el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica",<sup>33</sup> y diversas Normas Oficiales Mexicanas relacionadas

con la práctica asistencial, entre ellas la NOM-004-SSA3-2012,<sup>34</sup> del expediente clínico, la NOM-017-SSA2-2012,<sup>35</sup> para la vigilancia epidemiológica, la NOM-016-SSA3-2012,<sup>36</sup> sobre infraestructura hospitalaria y la NOM-007-SSA3-2011,<sup>32</sup> en cuidados maternos. Aunque estas disposiciones establecen obligaciones generales para la práctica profesional, ninguna contempla de forma explícita escenarios de excepcionalidad clínica, como la escasez extrema de recursos, la necesidad de priorización extraordinaria de pacientes o la toma de decisiones bajo riesgo elevado. Durante la pandemia por COVID-19 esta ausencia normativa generó incertidumbre jurídica para el personal de salud, al no existir criterios legales que respaldaran formalmente las decisiones clínicas implementadas en contexto de emergencia.

Durante la pandemia por COVID-19, diversos trabajadores de la salud recurrieron a amparos judiciales ante la falta de equipos de protección personal o la inseguridad laboral derivada de las condiciones de trabajo.<sup>38</sup> Esta situación puso de relieve la necesidad de fortalecer la protección legal e institucional del personal sanitario, especialmente frente a decisiones clínicas tomadas bajo presión o con recursos limitados.

Organismos internacionales como la OMS y la OPS han señalado la importancia de desarrollar marcos legales que reconozcan la excepcionalidad de

la práctica clínica y asistencial durante emergencias, otorguen garantías mínimas de seguridad jurídica y promuevan la corresponsabilidad entre el Estado y los profesionales.<sup>14,39</sup>

En comparación con otros países que desarrollaron marcos jurídicos específicos para emergencias sanitarias, México carece de disposiciones legales que reconozcan explícitamente la excepcionalidad clínica y la responsabilidad compartida del Estado en dichas situaciones. La ausencia de un marco jurídico específico para emergencias sanitarias revela la necesidad de contar con instrumentos normativos que reconozcan formalmente la excepcionalidad de estas situaciones.

Una guía integral de actuación clínica debería, por tanto, incluir un anexo jurídico operativo que precise los derechos y obligaciones del personal de salud, las condiciones bajo las cuales se aplican protocolos excepcionales y los mecanismos de protección frente a sanciones administrativas o penales derivadas del contexto de crisis.

La síntesis con el enfoque, hallazgos principales y propuesta de integración de los cuatro ejes planteados anteriormente, a saber, clínico, científico, ético y jurídico, se plantean en la *Tabla 2*.

Eje	Enfoque	Hallazgos principales	Propuesta de integración
<b>Clínico</b>	Respuesta asistencial y capacidad operativa	Protocolos fragmentados, ausencia de criterios interinstitucionales.	Establecer marco clínico unificado con principios de proporcionalidad y equidad.
<b>Científico</b>	Evidencia y actualización	Incorporación discontinua de evidencia; comunicación deficiente.	Crear mecanismos nacionales de actualización rápida de guías.
<b>Ético</b>	Justicia distributiva y responsabilidad profesional	Dilemas en asignación de recursos; escasa deliberación ética.	Institucionalizar comités ético-clínicos de emergencia.
<b>Jurídico</b>	Protección institucional y certeza profesional	Vacíos legales; falta de reconocimiento de excepcionalidad.	Incorporar anexo jurídico operativo y mecanismos de protección profesional.

**Tabla 2.** Revisión documental de guías, lineamientos y documentos técnicos (Elaboración propia).

El análisis de los cuatro ejes permite concluir que la fragmentación institucional observada en México durante las crisis sanitarias deriva, en gran medida, de la ausencia de una visión integral que articule el saber clínico, la evidencia científica, la deliberación ética y el respaldo jurídico.

Una guía nacional que unifique estos componentes no solo fortalecería la respuesta médica en emergencias, sino que también consolidaría la confianza pública y la legitimidad social de las decisiones sanitarias. Este enfoque interdisciplinario representa, además, una oportunidad para institucionalizar la ética y el derecho como instrumentos activos de la gestión clínica y no como elementos externos o sancionadores.

## CONCLUSIONES

Las crisis sanitarias recientes han evidenciado que los sistemas de salud enfrentan no solo limitaciones técnicas y materiales, sino también vacíos normativos y dilemas éticos que afectan la toma de decisiones clínicas y asistenciales por parte del personal de salud en su conjunto.<sup>13,14</sup> En el caso de México, la ausencia de una guía integral que articule los componentes clínicos, científicos, éticos y jurídicos ha generado respuestas fragmentadas y desiguales, así como una creciente vulnerabilidad profesional del personal de salud.<sup>6,38</sup>

El análisis realizado permite reconocer que los lineamientos nacionales han avanzado en la estandarización de protocolos y en la producción de evidencia científica, pero persisten debilidades en los mecanismos de deliberación ética, comunicación interinstitucional y protección legal.<sup>8,10,21</sup> Esta situación resalta la necesidad de concebir la práctica clínica y asistencial en crisis sanitarias como un espacio de corresponsabilidad entre el Estado y los profesionales de la salud, sustentado en marcos normativos claros y en principios éticos aplicados.<sup>13</sup>

Una guía nacional integral de actuación médica debería articular estos cuatro ejes en un solo instrumento operativo. Su función sería doble: fortalecer la coherencia institucional en la atención médica durante emergencias y ofrecer respaldo moral y jurídico al personal clínico. Para ello, se propone la creación de comités ético-clínicos de emergencia, así como mecanismos interinstitucionales de revisión continua de evidencia, que garanticen decisiones informadas,

transparentes y justificadas moralmente.<sup>20</sup> Derivado de estos elementos, se delinean pasos concretos que permitirían avanzar hacia la implementación efectiva de dicha guía:

A partir de los hallazgos de esta revisión, es posible identificar una ruta operativa para la implementación de una guía nacional integral de actuación en emergencias sanitarias. En primer lugar, se requiere la conformación de un comité interinstitucional permanente, integrado por representantes del IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, Secretaría de Salud, DEFENSA y expertos independientes, encargados de coordinar la elaboración, actualización y adopción de la guía. En segundo lugar, es necesario establecer un mecanismo nacional de actualización rápida de la evidencia científica, basado en revisiones sistemáticas continuas y canales de comunicación efectivos con el personal de salud. En tercer lugar, se deben definir criterios clínicos, éticos y operativos de priorización aplicables en escenarios de escasez, respaldados por procesos deliberativos y comités ético-clínicos de emergencia. En cuarto lugar, la guía debe incorporar un anexo jurídico operativo que clarifique derechos, límites y responsabilidades del personal de salud en contextos de excepcionalidad.

Finalmente, la implementación de esta guía requiere estrategias de capacitación, difusión y adopción obligatoria en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar decisiones coordinadas, transparentes y moralmente justificadas durante futuras crisis sanitarias.

Avanzar hacia un marco clínico-ético-jurídico articulado significa reconocer que la calidad de la atención médica no depende solo de la evidencia científica, sino también de la justicia, la prudencia y la protección de quienes ejercen la medicina.<sup>40</sup> Consolidar una guía nacional integral no solo fortalecería la respuesta inmediata ante futuras emergencias, sino que también permitiría construir un sistema sanitario más justo, coherente y resiliente, capaz de proteger simultáneamente a la población y al personal de salud.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. México: Secretaría de Salud; 2021
2. Instituto Nacional de Rehabilitación. Guía para la Identificación y Atención de Pacientes con y Sospecha COVID-2019 (SARS-CoV-2). México: Secretaría de Salud; 2021
3. World Health Organization. Ethics and COVID-19: Resource allocation and priority-setting. Geneva: WHO; 2020
4. Consejo de Salubridad General. Guía Bioética para la Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia. México: CSG; 2020
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Algoritmos interinos para la atención del COVID-19. México: IMSS; 2020
6. Muñoz R. Riesgo, COVID-19 y atención hospitalaria en la Ciudad de México: ¿Hacia una nueva práctica médica? *Rev Cienc Soc.* 2022;31:26–46
7. Vilchis A, Sandoval E, García G. ¿Cómo ha afectado la pandemia COVID-19 al personal de salud en México? *Boletín sobre Covid-19 de la Facultad de Medicina UNAM.* 2020;1:11–14
8. Institute for Global Health Sciences. La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso. México: IGHS; 2021
9. Tan HS, Tan MKM, editors. Bioethics and COVID-19: Guidance for Clinicians. Kuala Lumpur: Malaysian Bioethics Community; 2020
10. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2049–55. doi:10.1056/NEJMs2005114
11. Department of Health and Social Care. UK COVID-19: Ethical framework for adult social care. London: DHSC; 2020
12. Public Health Agency of Canada. Ethical considerations for resource allocation during a pandemic. Ottawa: PHAC; 2021
13. Organización Panamericana de la Salud. Marco ético para la preparación y respuesta ante pandemias. Washington, D.C.: OPS; 2021
14. World Health Organization. Health law and ethics: Policy brief for COVID-19 response. Geneva: WHO; 2021
15. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Guía de Práctica Clínica COVID-19. Toluca: ISSEMyM; 2021
16. Zárate R, Ostiguín R, Castro A, Valencia F. Enfermería y COVID-19: la voz de sus protagonistas. México: UNAM; 2020
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lineamientos para la Atención de la Emergencia Sanitaria COVID-19. México: IMSS; 2020
18. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Protocolos de Atención COVID-19. México: ISSSTE; 2020
19. Secretaría de Salud. Lineamientos para la Implementación de la Red IRAG. México: 2020
20. Secretaría de la Defensa Nacional. Protocolo de Atención COVID-19 para el Servicio de Sanidad Militar. México: SEDENA; 2020
21. IMSS-Bienestar. Informe de Implementación Operativa COVID-19. México: IMSS-Bienestar; 2021
22. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Operational Considerations for Public Health Management of Healthcare Personnel with Exposure to COVID-19. Atlanta: CDC; 2020
23. World Health Organization. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. Geneva: WHO; 2020
24. Matsumoto K, Prowle JR, Puthuchery Z, et al. Uncertainty and decision-making in critical care: lessons from managing COVID-19 ARDS in preparation for the next pandemic. *BMJ Open Respir Res.* 2025;12:e002637. doi:10.1136/bmjresp-2024-002637
25. World Health Organization. Global framework to ensure equitable allocation of COVID-19 products. Geneva: WHO; 2020
26. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet.* 2009;373(9661):423–31. doi:10.1016/S0140-6736(09)60137-9

27. Bentham J. An Introduction to the Principles of Morals and Legislation. London: Penguin Classics; 1987
28. Prado CV. Herramientas jurídicas frente a situaciones de emergencia sanitaria: ¿hasta dónde se pueden limitar derechos sin recurrir a la excepcionalidad constitucional? Teoría y Realidad Constitucional. 2021;(1):45–62
29. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Código de Ética del Médico. Ciudad de México: CONAMED; 2018
30. Secretaría de Salud. Código de Ética del Personal de Enfermería. Ciudad de México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2016
31. World Medical Association. International Code of Medical Ethics. Ferney-Voltaire: WMA; 2022
32. México. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación; última reforma 2023
33. México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación; 2014
34. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF; 2012
35. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. DOF; 2012
36. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios. DOF; 2012
37. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la atención de la mujer en embarazo, parto y puerperio. DOF; 2011
38. Mexicanos Contra la Corrupción y la Impunidad. Mapa de desabasto y protestas por falta de insumos médicos. México: MCCI; 2020
39. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 y salud de los trabajadores de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2021

40. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191–4. doi:10.1001/jama.2013.281053

Hincapie-Sanchez J ORCID: 0000-0003-4307-6964  
Fajardo-Dolci G ORCID: 0000-0001-6773-7582  
De Blas-López F ORCID: 0009-0002-8945-8431

#### Conflicto de intereses:

"Las autoras y el autor agradecen el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), por el financiamiento otorgado al proyecto IN310225 "Elaboración de guía que oriente la actividad clínica asistencial de los profesionales de la Medicina durante crisis sanitarias epidemiológicas en México", del cual se deriva el presente trabajo".

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.

