



# Las condiciones de posibilidad del concepto de triaje. Una mirada sobre la larga duración (siglos XVIII a XXI)

**Michael Nurok**

Traducción del francés al español de **Rodrigo Zapata Cano**

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

jose.zapata@udea.edu.co

El triaje necesita definir prioridades en la utilización de recursos en el tiempo, y pasa así por la proyección mental de la salida probable de una situación en el futuro. Para ilustrar este punto, consideremos el caso de tres personas atropelladas en un cruce peatonal por un automóvil que se desplaza a gran velocidad. El primer paciente muere extremadamente rápido debido a un traumatismo craneano mayor que le causa la suspensión inmediata de todas las funciones vitales. El segundo muere algunos minutos después del accidente por una ruptura de la aorta que le causa una hemorragia. El tercero muere diez minutos después de un neumotórax. ¿Qué se habría podido hacer en cada uno de estos tres casos?

En el primer caso, el cuadro temporal corresponde a los segundos que siguen al accidente. Incluso imaginando que un equipo médico esté en el lugar por coincidencia, para impedir que el paciente muera sería necesario poder prevenir los efectos inmediatos del traumatismo en el cerebro, lo que es irrealizable: los médicos de urgencias pueden efectivamente encargarse de las funciones vitales de los pacientes, por ejemplo, ventilando y restaurando la circulación sanguínea por medio de un masaje cardíaco, pero ya hay traumatismo cerebral y nada puede remediarlo.

En el segundo caso, en el que el paciente muere por una ruptura de la aorta. Si una intervención médica podría efectivamente impedir el deceso del paciente, sería preciso que los medios médicos estén presentes en el lugar en el momento del accidente y que sean movilizables en segundos para tratar de inmediato la

---

Cómo citar: Nurok, M. (2022). Las condiciones de posibilidad del concepto de triaje. Una mirada sobre la larga duración (siglos XVIII a XXI) (R. Zapata Cano, trad.). *Ciencias Sociales y Educación*, 11(21), 320-335. <https://doi.org/10.22395/csye.v11n21a14>

Traducción realizada por Rodrigo Zapata Cano del artículo de Nurok, M. (2014). Les conditions de possibilité du concept de triage. Un regard sur la longue durée (XVIIIe-XXIe siècles). *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1(6), 47-65. <https://bit.ly/3saoKIp>

Agradecemos a la revista *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* por permitir el acceso a su texto en francés.

Recibido: 4 de agosto de 2021.

Aprobado: 9 de marzo de 2022.

lesión de la aorta y prevenir las consecuencias de una circulación sanguínea defectuosa. La intervención es por completo posible en un cuadro diferente: por ejemplo, se puede realizar perfectamente cuando este tipo de accidente sucede durante una intervención quirúrgica cuando el paciente está sobre la mesa de operaciones y el equipo alrededor de él. En este caso, el cirujano puede abrir de inmediato la piel, aislar la aorta y realizar la reparación, mientras que el anestesista vigila las funciones vitales del paciente. Evidentemente, es imposible cumplir estas condiciones en el caso de una urgencia prehospitalaria.

En el tercer caso, donde el paciente muere de un neumotórax, todas las condiciones se cumplen para que este pueda en principio ser salvado: en diez minutos, un equipo de urgencia tiene tiempo de llegar al sitio y efectuar un drenaje del neumotórax, incluso una entubación para aliviarlo. Si el paciente es joven y con buena salud, el cuerpo puede resistir unos diez minutos. No obstante, para un paciente de edad o un paciente joven, pero que padecía de una enfermedad pulmonar antes del accidente, los diez minutos pueden constituir una demora muy larga y los procesos patológicos pueden llegar al punto en el que otras funciones vitales sean afectadas, por ejemplo, la oxigenación del cerebro. En este caso, el deceso puede ocurrir antes de la llegada del equipo de urgencia.

Imaginemos que la salida final de estos tres casos sea desconocida y que tres llamadas telefónicas sean recibidas por un servicio de urgencia para tratar estos pacientes. Tres ambulancias están disponibles en diferentes niveles de distancia del sitio del accidente. ¿A quién enviar la ambulancia más cercana? ¿Al herido más gravemente afectado, al paciente de más edad o al paciente con las mejores oportunidades de sobrevivir? Estas preguntas, que mezclan consideraciones sobre el tiempo, los medios médicos y el valor de las vidas, están en el fundamento del concepto de triaje.

En este texto propongo un cuadro que permita examinar cómo el concepto de triaje, que en la actualidad es utilizado en múltiples especialidades, ha sido elaborado en la práctica médica. Para esto, es importante volver sobre la emergencia tecnopolítica de los conceptos de urgencia médica, reanimación y muerte súbita. Se trata de comprender cómo la temporalidad específica de la muerte se ha vuelto un objeto de estudio e intervención al filo de una historia de la urgencia y de la reanimación que une medicina de guerra y civil. Aunque el concepto de triaje se implementa de manera diferente según los contextos, mostraré en un plano general cómo los problemas del tiempo, los recursos, los valores y las proyecciones de los resultados futuros de la selección son enunciados y movilizados para justificar las prácticas del triaje.

En primer lugar, mostraré cómo el desarrollo histórico de las prácticas de reanimación es una precondition de la emergencia del concepto médico de triaje. En

segundo lugar, mostraré cómo el concepto de triaje implica dos epistemologías del tiempo: de una parte, socio-organizacional, y de la otra, patofisiológica. Luego exploraré cómo el triaje es tomado, en la duración más larga de la historia médica, en un ciclo autosostenible (*feed-forward cycle*) donde el acto de selección, sobre una población de pacientes, permite progresos científicos y médicos cuyos efectos son finalmente ampliar la población de pacientes susceptibles de beneficiarse de los cuidados durante una selección ulterior. Así, el triaje implica un conocimiento, a la vez especulativo y empírico, de los “outcomes” (“resultados futuros”) de los actos médicos. Este conocimiento se articula cada vez más en la actualidad con una evaluación del valor de la supervivencia: el problema consiste en saber si es necesario o, por el contrario, fútil producir formas de vida disminuida o de “vida desnuda” (Agamben, 1997) por el uso excesivo de la reanimación.

### **Los orígenes tecno-políticos de la reanimación: la urgencia médica como precondition del concepto de triaje**

La palabra reanimación (*resuscitate*, en inglés en el texto original) se puede encontrar en los manuscritos de la época de la Biblia. El término “*resuscitate*” viene del latín para revivir o levantar. Se trata del equivalente inglés, en el léxico médico, de “reanimación”. La reanimación se ha constituido como un paradigma médico que apunta a devolverle la vida a los pacientes a punto de morir, hacia mediados del siglo XX (Nurok, 2003, pp. 563-579). Históricamente las prácticas de reanimación encuentran su origen en el siglo XVIII, cuando el interés por el problema de la muerte súbita lleva a una controversia sobre las incertidumbres del diagnóstico de la muerte. Para algunos, existían signos fiables por el hecho de que los supuestos muertos estaban verdaderamente muertos, como por ejemplo la ausencia de respuesta a tentativas variadas para estimular a los pacientes. Para otros, estas pruebas eran falibles y la muerte solo podía ser diagnosticada con certidumbre durante la putrefacción del cuerpo (Milanesi, 1991). Las técnicas utilizadas entonces para probar la realidad de la muerte se transformaron en prácticas que apuntaban a restaurar la vida (Nurok, 2003): a finales del siglo XVIII emergen en Europa asociaciones que tenían como misión el auxilio de la vida (*life-saving societies*) para asistir a las víctimas de ahogamiento o asfixia.

Para intervenir sobre la muerte, el clínico debe encargarse de un paciente tan rápido como sea posible. Aun cuando esto parece evidente, solo en el siglo XIX se generalizó la idea de una asistencia médica rápida a los “moribundos”. La idea encuentra sus orígenes en el contexto de la guerra. Marcado por el sufrimiento de los soldados heridos, forzados a esperar el fin de la batalla para recibir cuidados, Larrey (1812), cirujano de Napoleón, reorganiza los servicios médicos del ejército para poder actuar durante los combates. Para los civiles, los cuidados

urgentes para las personas enfermas o heridas (aparte de las víctimas de ahogo o asfixia) solo serán una realidad a mediados del siglo XIX. El transporte de civiles heridos o enfermos hacia los lugares de atención médica fue entonces introducido en nombre de principios humanitarios y laicos, en el marco de una toma de consciencia humanitaria (Hutchinson, 1997, pp. 158-178). Más tarde, en el siglo XIX, accidentes dramáticos ligados a la nueva tecnología del ferrocarril marcarán los espíritus europeos. Las víctimas de estos accidentes sufrían de lo que se denomina un estado de *shock*, cuya comprensión y tratamiento se desarrollarían durante la Primera Guerra Mundial (Cooter, 1997, pp. 107-157). La Segunda Guerra Mundial subraya todavía la importancia de encargarse rápido de los heridos. Así pues, el concepto de *shock* fue constituido en entidad patofisiológica para designar las respuestas corporales a una serie de agresiones que iban del trauma a la infección y que, dejadas sin tratamiento, conducían a la muerte. Otras manifestaciones fueron interpretadas en el cuadro del *shock* como factores asociados, causas o consecuencias, como el paro cardíaco y la urgencia respiratoria.

Las dos guerras mundiales han visto los servicios médicos militares desarrollar medios de respuesta rápida a las heridas que ponían en juego la vida de los soldados. La pericia así desarrollada era a la vez organizacional y técnica, apuntando sobre la transferencia rápida de los pacientes hacia los sitios de cuidados intensivos y sobre toda una panoplia de técnicas de respuesta a la muerte súbita (Nurok, 2001, pp. 1427-1438). La reanimación en medicina civil se desarrolló gracias a los progresos de la anestesiología realizados en el transcurso de las dos guerras mundiales, la pericia constituida entonces se exportaba fuera del teatro militar debido a la respuesta a las epidemias de poliomielitis. En 1952, Ibsen (1966, pp. 277-294), un anestesiólogo danés, y su equipo, se apoyaron en la pericia que habían desarrollado en el quirófano en pacientes que no respiraban, para ocuparse de pacientes paralizados como consecuencia de una infección por la poliomielitis. Se generalizan así las unidades de "ventilación" para las víctimas de polio. Esta experiencia fue seguida por otros progresos, en particular el mejoramiento de los ventiladores indispensables en la asistencia a largo plazo de estos pacientes.

Hacia mediados del siglo XX, la reanimación se vuelve un paradigma médico aceptado, en vínculo directo con la medicina de urgencia y los cuidados intensivos. Las epidemias de polio eran raras entonces, pero las unidades de ventilación se podían utilizar para otros pacientes con urgencia respiratoria, sobre todo víctimas de sobredosis con barbitúricos o afectados de tétanos. Más tarde, estas unidades se establecieron en el hospital para responder a las necesidades de pacientes que necesitaban cuidados cada vez más complejos, ya sea en el trascurso de operaciones importantes o de enfermedades graves (Fairman, 2000, pp. 80-106).

La concentración de enfermos gravemente afectados en las unidades de cuidados intensivos ha permitido una acumulación de conocimientos sobre los estados críticos en el pequeño grupo de médicos que los atendían. Pero las técnicas y necesidades de personal vinculadas a los cuidados intensivos (*critical care*) eran costosas y ponían estos cuidados fuera del alcance de la mayoría de los pacientes. El desarrollo de los seguros médicos y su extensión para cubrir una gran parte de la población fueron así una condición de los progresos técnicos y organizacionales de la reanimación, tanto en Estados Unidos como en Europa.

Otros dos factores desempeñaron un papel importante en el plano médico: el mejoramiento de las técnicas de reanimación cardiaca y el desarrollo de sistemas de atención del trauma. Hasta mediados del siglo XX, las tentativas para restaurar la función circulatoria después de un paro cardiaco eran raramente coronadas por el éxito. Una serie de progresos permite afinar los conocimientos sobre el manejo de pacientes en estado crítico, como por ejemplo el mejoramiento de la monitorización (*monitoring*) cardiaca y el desarrollo de técnicas para restablecer la circulación en pacientes con una disfunción cardiaca transitoria (Timmermans, 2001, pp. 108-131). De la Primera Guerra Mundial a los conflictos coreanos y vietnamitas, la prueba fue dada luego por los decesos causados por traumas severos que se podían prevenir movilizandolos recursos en reanimación y llevándolos rápidamente al paciente. La experiencia del cuidado médico en tiempos de guerra fue transferida también aquí a la población civil: los expertos reanimadores pudieron afirmar que las muertes debidas a los accidentes de tránsito no eran inevitables y podían prevenirse por un mejoramiento de la seguridad de los automóviles como por el acceso rápido de un cuidado médico de urgencia en el momento del accidente (Nurok, 2003).

Diferentes modelos para proveer medios de reanimación a los heridos o enfermos fueron perfeccionados durante los años sesenta y setenta del siglo XX en el mundo desarrollado. En Estados Unidos, las principales figuras de los servicios de urgencias habían tenido con frecuencia una formación militar y se apoyaban en sus experiencias en Vietnam y en Corea, donde el personal paramédico, los "medics" y no médicos, eran utilizados para dar cuidados durante el transporte rápido hacia el hospital. Este sistema fue transpuesto tal cual al cuadro de la medicina civil en Estados Unidos, lo que conduce, con algunas excepciones, a un sistema en el cual no médicos llevan a los pacientes en tiempos muy cortos hacia las unidades de urgencia, donde un triaje suplementario los dirige al lugar de su atención médica definitiva (Nurok, 2001).

En Europa y otras partes del mundo, el papel de los médicos, que ya estaban implicados en el transporte de los pacientes en estado crítico hacia las unidades de ventilación fue ampliado para cubrir el conjunto de las urgencias médicas fuera

del hospital, lo que conduce a un modelo de servicio de urgencia donde los pacientes gravemente afectados son atendidos por médicos y orientados (*triaged*) directamente desde el terreno hacia el lugar de atención definitiva.

Este análisis de los orígenes tecnopolíticos de las prácticas de reanimación permite comprender la emergencia histórica de las prácticas de triaje. Para estudiar ahora cómo estas prácticas son implementadas, es necesario volverse hacia la epistemología del triaje y analizar lo que se puede denominar la medicalización del tiempo.

### **La epistemología del triaje y la medicalización del tiempo: tiempo fisiopatológico y socioorganizacional**

*Sería necesario [...] saber lo que es este estado intermedio en la salud y la muerte, donde todas las funciones experimentan un cambio tan notable, cambio que, variado al infinito, produce las innumerables variedades de enfermedades. (Bichat, 1802)*

Se comprende mejor en la actualidad, en comparación con la época de Xavier Bichat, los procesos que hacen pasar a un individuo de la vida a la muerte. Sin embargo, el límite entre estos dos estados permanece siempre como un enigma (Lock, 2002). Bichat ha constituido en objeto de investigación los procesos biológicos del proceso de muerte, formalizando la idea de que la muerte no sobreviene en un estado fulgurante, sino que toma tiempo.

Al mismo tiempo, Larrey (1812) elaboraba un análisis propiamente *organizacional* del tiempo de intervención a partir de su experiencia de cirujano de los ejércitos napoleónicos. La concepción del tiempo de intervención elaborado por Larrey está cerca de la manera en que Bichat formulaba la idea de que la marcha de una urgencia vital hacia la muerte reposa sobre procesos biológicos, pero se distingue de esta en un punto crucial. Si se puede decir del tiempo de Bichat que es *patofisiológico*, porque los acontecimientos que acompañan la urgencia vital son a la vez patológicos (no ocurren en un hombre con buena salud) y fisiológicos (implican a pesar de todo las funciones fisiológicas del cuerpo); por contraste, calificaría de *socioorganizacional* la manera por la cual Larrey piensa el tiempo, pues se relaciona con la movilización de medios en una organización social. El tiempo socioorganizacional puede avanzar muy rápido o lentamente. El primer tiempo es propiamente médico y el segundo abre el análisis sociológico.

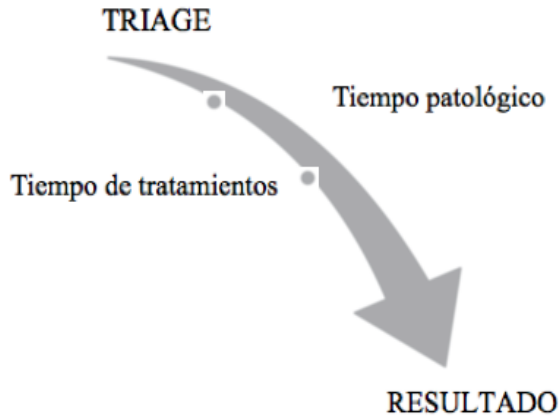


Figura 1. Concepto de triaje

Fuente: original texto en francés

Según las teorías actuales de la reanimación, algunas intervenciones pueden modificar y desviar la trayectoria de la urgencia vital hacia la muerte si se realizan precozmente, como lo vimos al comienzo de este apartado. Los científicos dan muchos elementos como prueba en apoyo de estas teorías, tomados de diferentes campos de la fisiología: los estudios sobre el metabolismo muestran que, sin los elementos de base (oxígeno y glucosa) y más allá de cierto tiempo, las células mueren. Otros estudios muestran también que si no se mantienen ciertas funciones homeostáticas, como la respiración y una presión sanguínea correcta, los órganos comienzan a funcionar mal y que, más allá de cierto tiempo, este estado es irreversible. En fin, los estudios epidemiológicos muestran que los pacientes en urgencia vital que son tratados precozmente tienen la tendencia a sobrevivir, mientras que los que no son tratados en cierto tiempo mueren.

Estos estudios subrayan que algunas poblaciones, personas, órganos y tejidos tienen la capacidad de resistir mejor a las urgencias vitales que otras y, en este sentido, morir corresponde a cuadros temporales diferentes. No obstante, coinciden de manera notable para sugerir que un paciente necesita una intervención en los minutos que siguen a la entrada en urgencia vital para poder ser salvado. Todos estos estudios insisten, en todos los casos, en la necesidad de una intervención médica para invertir las trayectorias de urgencia vital hacia la muerte. Sin embargo, incluso para pacientes jóvenes y con buena salud, existe un punto en la trayectoria de la urgencia vital hacia la muerte donde los

procesos “infinitos” que conducen a la muerte descritos por Bichat están tan avanzados que ninguna intervención puede ya restaurar la integridad de las funciones del organismo.

¿Qué significa intervenir en una urgencia vital? Para que una reanimación permita salvar a una persona en urgencia vital, el tiempo socioorganizacional debe estar alineado con el tiempo patofisiológico, de tal modo que interrumpa la marcha de la patología hacia la muerte. Para que esta alineación se realice, alguien se debe poner en alerta, debe poder llegar rápidamente al lugar de la urgencia, estar en condiciones de decidir muy rápido qué tratamiento es necesario y, finalmente, realizar los gestos técnicos necesarios para el tratamiento. Adelantarse a la muerte solo es posible cuando estas tres etapas socioorganizacionales se han realizado. Si logran esto, los profesionales de la urgencia pueden entonces realizar los tratamientos necesarios para intentar salvar al paciente. No obstante, la reanimación no siempre permite salvar al paciente, incluso cuando los profesionales logran llevar rápidamente los medios de urgencia al lugar del accidente. Incluso cuando ambos tiempos han sido alineados, es preciso, en efecto, que una intervención sea simplemente posible, lo que no es siempre el caso.

Vimos en el primer caso de nuestra introducción (traumatismo craneano instantáneo) que ningún dispositivo socioorganizacional se puede alinear en la serie de acontecimientos patofisiológicos que acompaña el proceso. En este caso, el avance del tiempo patofisiológico ha sobrepasado el del tiempo socioorganizacional; estos no se pueden alinear. Además, ninguna intervención estaría en condiciones de detener el avance del tiempo patofisiológico, aun cuando se pudiera realizar este alineamiento.

En el segundo caso (ruptura de la aorta), es teóricamente posible alinear los dos tiempos. Hemos visto que si la ruptura aortica hubiera ocurrido mientras que el paciente estaba sobre la mesa de operación, los gestos técnicos necesarios para tratarla se habrían podido hacer antes que los acontecimientos patofisiológicos ligados a la ruptura de la aorta produzcan el desfallecimiento del paciente. Sin embargo, debido a que es imposible llevar estos recursos al paciente en el tiempo concedido, el paciente muere.

En el último ejemplo de un neumotórax, es completamente posible realizar el alineamiento del tiempo socioorganizacional con el patofisiológico y se reúnen igualmente las condiciones de una intervención con éxito. El avance del tiempo patofisiológico es más lento que en los dos ejemplos anteriores, y si el servicio de urgencia está bien organizado, el tiempo socioorganizacional se puede alinear allí. ¿Qué sucede cuando las prácticas de triaje se realizan con éxito y cuando los tiempos socioorganizacional y patofisiológico coinciden? Desde luego, se



salva una vida, pero el problema es más complejo de lo que parece. ¿Qué clase de vida se salva y, más fundamentalmente, qué significa salvar una vida?

### Un ciclo autosostenible: la proyección de la supervivencia en el futuro

Cuando se considera el proceso de reanimación y de triaje en la duración, se observa un ciclo autosostenible en el cual el hecho de tener una concentración de pacientes que sufren de una misma patología lleva a un progreso en la pericia ligada a su tratamiento (tanto sobre el plano organizacional, aplicación de la terapia, como sobre el plano técnico y de la comprensión del tratamiento apropiado) y a un aumento de las oportunidades de sobrevivir. Por consiguiente, los criterios para realizar un tratamiento se amplían y los umbrales de triaje descenden: históricamente, este proceso lleva a una pericia cada vez más importante para tratar pacientes cada vez más enfermos.

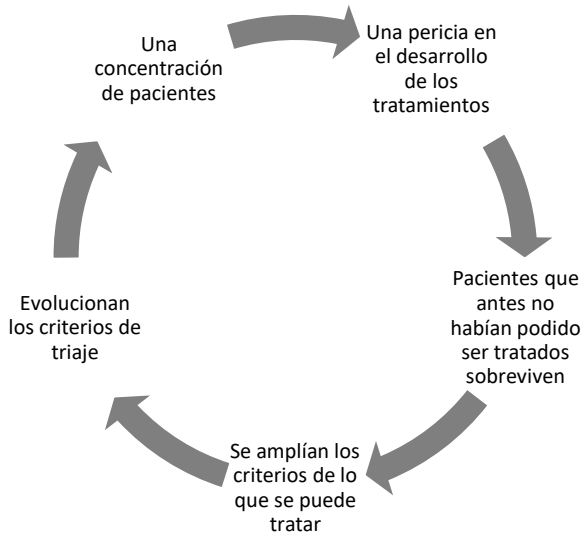


Figura 2. Concepto de triaje

Fuente: original texto en francés

Así, los progresos de la reanimación en el siglo XX han conducido a debates sobre el interés de la reanimación de algunas categorías de pacientes. En la actualidad, estas categorías problemáticas continúan siendo los pacientes de edad con un estado funcional disminuido y los pacientes en los que la reanimación podría conducir a un sostenimiento en vida con déficits funcionales marcados, por ejemplo, los prematuros o los niños pequeños afectados de graves enfermedades (Paillet, 2007).

Estas preocupaciones entraron en el centro de la práctica médica a finales de los años ochenta del siglo XX. En estados Unidos, le fue concedida una atención considerable al concepto de “futilidad” (*futility*), hasta el punto en que se habló incluso de “movimiento” en el seno de los especialistas. El pilar central del concepto de futilidad es que los médicos están en condiciones de decidir sobre la futilidad de una situación gracias a sus competencias y a su sentido del juicio. Asimismo pueden, a la luz de esta evaluación, decidir suspender o retirar las terapias que permitan el mantenimiento en vida del paciente (Fins, 2006, pp. 189-192). Helft, Siegler y Lantos (2000) han mostrado que los actores del “movimiento de la futilidad” han concentrado sus esfuerzos en cuatro puntos: i) la definición de la futilidad médica; ii) tentativas de resolución del debate utilizando datos empíricos; iii) discusiones teóricas que presentan el debate como una oposición entre la autonomía de los pacientes y la de los médicos; y iv) el desarrollo de procedimientos de resolución de los conflictos a propósito del diagnóstico potencial de futilidad (American Society of Anesthesiologists, 2008, pp. 1-2; Helft, Siegler y Lantos, 2000, pp. 293-296).

Finalmente, se reconoció que había más ganancia al implicar a los pacientes y sus familias para comprender sus objetivos de cuidados, antes que definir la futilidad. Este reconocimiento corresponde a una toma de consciencia del hecho de que las discusiones sobre el beneficio de un tratamiento son algunas veces oscurecidas por una mala comunicación de parte de los médicos y por obstáculos ligados a la lengua, la clase y la cultura. Los profesionales de la salud tienen la tendencia a juzgar la futilidad destacando el precio del tratamiento, el sufrimiento y la pérdida de la dignidad de los pacientes. Sin embargo, estos argumentos son sobre todo retóricos y utilizados cuando hay conflicto sobre el objetivo que se busca por medio del tratamiento. Tienden a ser ignorados cuando tal conflicto está ausente (Clemency y Thompson, 1993, pp. 394-401; Truog, 2007, pp. 1-3). Se tiene cada vez más en cuenta el sufrimiento moral de los médicos y enfermeros a cargo de los cuidados, ligado al hecho de estar obligado a proveer un tratamiento considerado sin interés (Burkle et al., 2013, pp. 1-7; Lantos y Meadow, 2011, pp. 8-12; Redmann et al., 2012, pp. 418-423; Robinson, 2010, pp. 197-202; Truog, 2010, pp. 477-479). Aun cuando este último punto es importante, los intereses de las familias y los pacientes también se deben tomar en cuenta en la medida en que estos vivirán con las consecuencias de estas decisiones médicas a largo plazo.

En muchos casos, aunque una terapia controvertida pueda ser fisiológicamente fútil, puede además conllevar beneficios psicológicos u otros: no hay razón de colocar un beneficio por encima de otro, a menos que se trate de un juicio de valor arbitrario (State of New York, 1992, pp. 1-11; Luce, 2010, pp. 6-11). Además, los espacios institucionales creados para resolver dilemas vinculados con la

futilidad a menudo no representan a los individuos más afectados por estas decisiones (Truog, 2007). Por último, en Estados Unidos, la comunidad médica considera la futilidad de una manera procedimental que rodea el problema de su definición, y se concentra en los casos donde los pacientes (o sus familiares) y los médicos no están de acuerdo (Burns y Truog, 2007, pp. 1987-1993). Este enfoque, que pone en juego múltiples partes interesadas, tiene tendencia a utilizar un trabajo predefinido para resolver los conflictos sobre los tratamientos.

Con el desarrollo de técnicas cada vez más sofisticadas, como el corazón artificial o dispositivos de circulación extracorporeal, las decisiones de este tipo se volverán más comunes. Los debates americanos sobre la futilidad muestran cómo, al tomar decisiones médicas, los médicos se fundan sobre su propia proyección en el futuro de la probable resolución de un caso. ¿Cómo se movilizan estas proyecciones en el proceso del triaje? En el mejor de los casos, una vida, que de otro modo se habría perdido, es “salvada” y esta persona es devuelta a su función normal en la sociedad. Pero, desafortunadamente para los pacientes que tienen necesidad de cuidados de reanimación, este caso es inhabitual y es común ver el estado de los pacientes deteriorado, en diferentes grados, después de una reanimación mayor: la siguiente sección analiza este problema.

### **Evaluar un resultado futuro: un conocimiento a la vez especulativo y empírico**

Es cada vez más claro que los pacientes que pasan por un estado crítico y que sobreviven a su permanencia en el hospital se arriesgan a conocer consecuencias difíciles y problemas de salud permanentes (Wunsch et al., 2010, pp. 849-856). Los países con elevados ingresos también se enfrentan a los gastos considerables causados por la utilización de terapias para salvar la vida de pacientes con la esperanza de vida limitada.

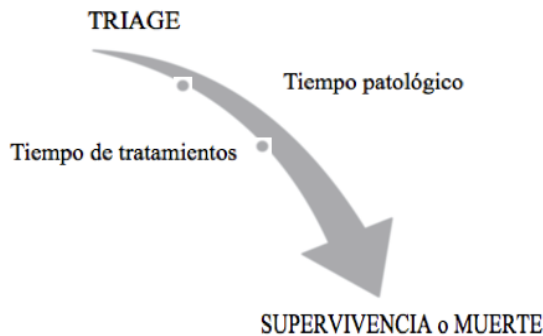


Figura 3. Concepto de triaje

Fuente: original texto en francés

En el caso más extremo, el triaje y los progresos en las capacidades de reanimación en pacientes muy gravemente afectados pueden permitir el mantenimiento en vida de un paciente, ofreciéndole capacidades limitadas e incluso nulas de apreciar el hecho de estar con vida. Esta forma de vida, en contraste con la vida en sentido social que forma la riqueza de la existencia humana, se ha caracterizado de diferentes maneras, ya sea la *zoe* en los griegos, la “vida animal interior” en Bichat o la “vida desnuda” en Agamben (Foucault, 1976; Agamben, 1997, 1999). La producción de una vida en estado desnudo (*bare life*) es problemática. Numerosos pacientes no quisieran pasar sus últimos días en un contexto altamente medicalizado, donde la mayor parte e incluso la integridad de sus funciones corporales dependen de una asistencia exterior o de la técnica. Es difícil saber hasta qué punto los pacientes en estos estados sufren a la vez física y existencialmente. Además, se sabe que sus familias y parientes sufren consecuencias psicológicas a largo plazo (Davidson, Jones y Bienvenu, 2012, pp. 618-624).

Por último, lo más difícil es el hecho de que, una vez que un paciente ha sido estabilizado en un estado de vida desnuda, este estado puede ser mantenido indefinidamente en la medida en que se les impide a los acontecimientos naturales seguir su curso normal. Así pues, se debe tomar una decisión para poner fin a esta vida y saber por quién y cómo tal decisión debe ser tomada es a la vez complicado y pesado de llevar.

Las organizaciones profesionales piden ahora que los límites se fijen y que la utilización de los recursos de la reanimación sea discutida cuando es probable que el resultado será malo. Por ejemplo, para los paros cardíacos que hayan sucedido fuera del hospital, las tasas de supervivencia son aproximadamente del 8 % y son solo marginalmente mejores, en 18 %, cuando el paro cardíaco ha sucedido en el hospital (Ehlenbach et al., 2009, pp. 22-31; Writing Group Members et al., 2010, pp. e46-e215). Muchos pacientes que sobreviven quedan con déficits neurológicos importantes (Pusswald et al., 2000, pp. 241-248). Estas realidades son diferentes de las que informan los medios de comunicación, que sobrestiman en sus relatos los éxitos de la reanimación cardiopulmonar y silencian su brutalidad (Diem, Lantos y Tulskey, 1996, pp. 1578-1582; Jones, Brewer y Garrison, 2000, pp. 48-53). Así pues, las preguntas que se plantean son: ¿La realización de cuidados muy intensivos no inflige una especie de herida cuando esta terapia solo crea una vida desnuda y las condiciones de un sufrimiento permanente? ¿Cómo determinar lo que sería una atención ideal de los estados críticos? (Wunsch, 2012, pp. 1393-1399).

Mientras que la técnica y los recursos (camas de reanimación) están disponibles sin demanda concurrente de pacientes con necesidades más

importantes, aumenta la probabilidad de que estos recursos sean utilizados. Cuantos más pacientes sean el objeto de cuidados agresivos, más numerosos serán para sobrevivir. Pero, al mismo tiempo, más frecuentes serán también, probablemente, las complicaciones y otros efectos negativos de las reanimaciones involuntarias o inapropiadas que producen una forma de vida desnuda, biológica, de supervivencia.

Aunque la mayoría de los profesionales están de acuerdo sobre la importancia de hacer prioritario (*to triage*) el acceso a los cuidados intensivos a quienes tienen más oportunidades de beneficiarse de estos, la definición de este beneficio es compleja, como recordé antes a propósito del problema de la futilidad. La atención se dirige cada vez más sobre una evaluación de los resultados futuros centrada en el paciente, en el largo plazo y sobre la calidad de vida, en la medida en que lo que los pacientes valorizan en la calidad de vida puede ser diferente de lo que los médicos valorizan por otro lado. De una parte, este reconocimiento de la importancia de la calidad de vida y, de otra, la capacidad de crear la vida desnuda, conduce a una situación donde la “desalineación” activa de los tiempos socioorganizacional y patofisiológico se vuelve tal vez deseable y donde es necesario reevaluar el interés de continuar el ciclo de innovación.

En este proceso, será importante considerar cómo se pueden priorizar lo mejor posible terapias costosas, pero que prolonguen la vida: si algunos criterios son explícitos y relativamente consensuados, por ejemplo, la edad y la probabilidad de supervivencia, otros son más problemáticos y reposan con frecuencia en juicios fundados en valores complejos propios de la cultura médica (Nurok y Henckes, 2009, pp. 504-510).

En conclusión, vemos que se ha establecido históricamente un ciclo autosostenible (*feed forward cycle*), por medio del cual el proceso de triaje ha permitido constituir una pericia creciente sobre el tratamiento de pacientes que en otra época no habrían podido sobrevivir a su enfermedad. Así pues, la práctica médica puede “crear” una vida sostenida por la técnica y privada de las cualidades que pueden ser, por lo general, reconocidas como fundamentalmente humanas. Esta “supervivencia” plantea problemas existenciales y sociales complejos.

El concepto de triaje no es neutro. Hay consecuencias que dependen de la manera por la cual es utilizado y de los valores movilizados en las decisiones de la selección. Así, dos imperativos concurrentes han evolucionado. El primero es un principio de moderación: debido a la pericia engendrada por el trabajo de triaje, se escuchan llamados para utilizar con más mesura las técnicas médicas producidas por estos ciclos de innovación con el fin de intentar evitar la producción de vida desnuda. El segundo imperativo evoca lo que Fox (1975) ha denominado “el valor de fracasar”: un deseo envalentonado de acelerar el ciclo de innovación con la esperanza de obtener de esto en el futuro mejores resultados

para pacientes cada vez más enfermos. Elegir uno u otro de estos imperativos expone al riesgo de dejar morir a quienes habrían podido tener el tiempo de vivir una vida rica o de producir una forma de vida biológica en el estado desnudo. Y debido a que el proceso de triaje es siempre urgente, es difícil decidir en tiempo real. Las ciencias sociales tienen aquí la importante tarea de distinguir las posiciones a menudo polarizadas y los valores que sustentan cada uno de estos imperativos.

## Referencias

- Agamben, G. (1997). *Homo sacer I. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Seuil. [Agamben, G. (2005). *Homo sacer: El poder soberano y la nuda vida*, I. Pre-textos].
- Agamben, G. (1999). *Ce qui reste d'Auschwitz*. Payot-Rivages. [Agamben, G. (2000). *Lo que queda de Auschwitz*. Pre-Textos].
- American Society of Anesthesiologists (2008, 17 de octubre). *Ethical Guidelines for the Anesthesia Care of Patients with Do Not Resuscitate Orders or Other Directives That Limit Treatment*. <https://bit.ly/3xEU1Vh>
- Bichat, X. (1802). *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. Gabon et Compagnie. [Bichat, X. (1827). *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte*. Imprenta que fue de García].
- Burkle, C. M., Swetz, K. M., Armstrong, M. H. y Keegan, M. T. (2013). Patient and doctor attitudes and beliefs concerning perioperative Do Not Resuscitate Orders: Anesthesiologists growing compliance with patient autonomy and self determination guidelines. *BMC Anesthesiology*, (13). <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-2>
- Burns, J. P. y Truog, R. D. (2007). Futility: A concept in evolution. *Chest*, 132(6), 1987-1993.
- Clemency, M. V. y Thompson, N. J. (1993). "Do Not Resuscitate" (DNR) Orders and the Anesthesiologist: a Survey. *Anesthesia and Analgesia*, 76(2), 394-401. <https://bit.ly/3iCCYyT>
- Cooter, R. (1997). The moment of the accident: Culture, militarism and modernity in late-Victorian Britain. *Clio Medica*, 41, 107-157.
- Davidson, J. E., Jones, C. y Bienvenu, J. O. (2012). Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618-624. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e318236ebf9>
- Diem, S. J., Lantos, J. D. y Tulskey, J. A. (1996). Cardiopulmonary resuscitation on television. Miracles and misinformation. *The New England Journal of Medicine*, 334(24), 1578-1582. <https://doi.org/10.1056/NEJM199606133342406>
- Ehlenbach, W. J, Barnato, A. E., Curtis, J. R. Kreuter, W., Koepsell, T. D., Deyo, R. D. y Stapleton, R. D. (2009). Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 361(1), 22-31. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0810245>
- Fairman, J. (2000). Economically practical and critically necessary? The development of intensive care at Chestnut Hill Hospital. *Bulletin of The History of Medicine*, 74(1), 80-106. <https://doi.org/10.1353/bhm.2000.0016>
- Fins, J. (2006). *A palliative ethic of care: Clinical wisdom at life's end*. Jones & Bartlett Publishers.

- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*. Gallimard. [Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo XXI].
- Fox, R. y Swazey, J. P. (1975). *The Courage to Fail: A Social View of Organ Transplants and Dialysis*. The University of Chicago Press.
- Helft, P. R., Siegler, M. y Lantos, L. (2000). The rise and fall of the futility movement. *The New England Journal of Medicine*, 343(4), 293-296. <https://doi.org/10.1056/NEJM200007273430411>
- Hutchinson, J. F. (1997). Civilian ambulances and lifesaving societies: The european experience. *Clio Medica*, (41), 158-178.
- Ibsen, B. (1966). Intensive therapy: background and development. *International anaesthesiology clinics*, 4(2), 277-294. <https://doi.org/10.1097/00004311-196622000-00003>
- Jones, G. K., Brewer, K. L. y Garrison, H. G. (2000). Public expectations of survival following cardiopulmonary resuscitation. *Academic Emergency Medicine*, 7(1), 48-53. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2000.tb01891.x>
- Lantos, J. D. y Meadow, W. L. (2011). Should the "slow code" be resuscitated?. *The American Journal of Bioethics*, 11(11), 8-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2011.603793>
- Larrey, D. J. (1812). *Mémoires de chirurgie militaire*. J. Smith
- Lock, M. (2002). *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. University of California Press.
- Luce, J. M. (2010). End-of-life decision making in the Intensive Care Unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 182(1), 6-11. <https://doi.org/10.1164/rccm.201001-0071CI>
- Milanesi, C. (1991). *Mort apparente, mort imparfaite: médecine et mentalités au XVIIIe siècle*. Payot.
- Nurok, M. (2001). The death of a princess and the formulation of medical competence. *Social Science & Medicine*, 53(11), 1427-1438. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00407-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00407-x)
- Nurok, M. (2003). Elements of the medical emergency's epistemological alignment: 18-20th-century perspectives. *Social Studies of Science*, 33(4), 563-579. <https://doi.org/10.1177/0306312703334004>
- Nurok, M. (2014). Les conditions de possibilité du concept de triage. Un regard sur la longue durée (XVIIIe-XXIe siècles). *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1(6), 47-65. <https://bit.ly/3saoKlp>
- Nurok, M. y Henckes, N. (2009). Between professional values and the social valuation of patients: the fluctuating economy of pre-hospital emergency work. *Social Science and Medicine*, 68(3), 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.11.001>
- Paillet, A. (2007). *Sauver la vie, donner la mort: une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. La Dispute.
- Pusswald, G., Fertl, E., Faltl, M. y Auff, E. (2000). Neurological rehabilitation of severely disabled cardiac arrest survivors. Part II. Life situation of patients and families after treatment. *Resuscitation*, 47(3), 241-248. [https://doi.org/10.1016/s0300-9572\(00\)00240-9](https://doi.org/10.1016/s0300-9572(00)00240-9)
- Redmann, A. J., Brasel, K. J., Alexander, C. G. y Schwarze, M. L. (2012). Use of advance directives for high-risk operations: A national survey of surgeons. *Annals of Surgery*, 255(3), 418-423. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31823b6782>

- Robinson, R. (2010). Registered nurses and moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(5), 197-202. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181e6c344>
- State of New York (1992). *Department of Health Memorandum: DNR Law Changes, State of New York*.
- Timmermans, S. (2001). Hearts too good to die: Claude S. Beck's contributions to life-saving. *Journal of Historical Sociology*, 14, 108-131.
- Truog, R. D. (2007). Tackling medical futility in Texas. *The New England Journal of Medicine*, 357(1), 1-3. <https://doi.org/10.1056/NEJMp078109>
- Truog, R. D. (2010). Is it always wrong to perform futile CPR? *The New England Journal of Medicine*, 362(6), 477-479. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0908464>
- Writing Group Members,loyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., Ferguson, T. B., Ford, E., Furie, K., Gillespie, C., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., Hailpern, S., Ho, P. M., Howard, V., Kissela, B., Kittner, S., Lackland, D., Lisabeth, L., Marelli, A., McDermott, M., Meigs, J., Mozaffarian, D., Mussolino, M., Nichol, G., Roger, V., Rosamond, W., Sacco, R., Sorlie, P., Thom, T., Wasserthiel-Smoller, S., Wong, N. y Wylie-Rosett, J. (2010). Heart disease and stroke statistics—2010 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 121(7), e46-e215. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667>
- Wunsch, H. (2012). Is there a starling curve for intensive care? *Chest*, 141(6), 1393-1399. <https://doi.org/10.1378/chest.11-2819>
- Wunsch, H., Guerra, C. Barnato, A. E., Angus, D. C., Li, G. y Linde-Zwirble, W. T. (2010). Three-year outcomes for medicare beneficiaries who survive intensive care. *JAMA*, 303(9), 849-856. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.216>