

Consideraciones éticas y propuesta de priorización para la asignación de recursos escasos durante la pandemia de SARS-CoV-2. Reflexiones del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile.

^{1,2} Constanza Micolich V, ^{1,3} Sofía P. Salas, ^{1,4} Anamaría Arriagada, ^{1,5} Lionel Bernier Villarroel ^{1,6}
^aAdelio Misseroni Raddatz, ^{1,7} Fernando Novoa, ^{1,8} Rodrigo A. Salinas, ^{1,9} Carlos Y. Valenzuela, ^{1,10}
Gladys Bórquez Estefó

¹Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.); ² Programa Cuidados Paliativos Hospital de Angol, ³Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, ⁴ Departamento de Medicina Interna, Universidad de Chile; ⁵Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, ⁶Abogado, Departamento Jurídico, Colegio Médico de Chile A.G.; ⁷ Departamento de Neuropediatría, Universidad de Valparaíso; ⁸ Departamento de Ciencias Neurológicas, Universidad de Chile; ⁹ Programa de Genética Humana, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; ¹⁰ Directora Médica, Clínica Hospital del Profesor

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar. Este trabajo no obtuvo financiamiento.

Resumen en español

La pandemia del SARS-CoV-2 ha creado grandes dificultades en los sistemas de salud, producto de la escasez de recursos y un crecimiento exponencial de la demanda exigiendo la creación de criterios de priorización. Dado que esta situación presenta dificultades para los profesionales sanitarios, nos ha parecido necesario exponer algunas consideraciones éticas que ayuden a la reflexión.

Se exponen en este artículo algunas consideraciones éticas en relación con la atención de un paciente crítico en situación de emergencia sanitaria, mencionando los valores y principios más relevantes junto con la elaboración de una propuesta concreta que incorpora valores de la salud pública que pretenden salvar el mayor número de vidas posibles, y valores centrales de la profesión médica.

Palabras claves: priorización; pandemia; SARS-CoV-2; recursos escasos

Ethical considerations and prioritization proposal for allocating scarce resources during the SARS-CoV-2 pandemic. Reflections of the Ethical Department of the Chilean Medical Association.

Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic has created great difficulties in health systems, as a result of the scarcity of resources and an exponential growth in demand. The creation of prioritization criteria in clinical care presents difficulties for health professionals, so we have found it necessary to present some ethical considerations to help to reflect on these decisions. Some ethical considerations are presented in relation to the care of a critical patient in a health emergency situation such as this imposed by SARS-CoV-2, along with the development of a specific proposal. Our recommendation incorporates public health values that seek to save as many lives as possible, and core values of the medical profession.

Key words: prioritization; Pandemics; COVID-19; scarce resources

La Organización Mundial de la Salud declaró el 30 de enero de 2020 la existencia de una emergencia de salud pública de interés internacional producto del nuevo virus SARS-CoV-2 responsable de la enfermedad COVID-19. A abril del 2021 se estima que más de 145 millones de personas se han contagiado y algo más de 3 millones han fallecidos a nivel mundial, mientras que en Chile hay más de un millón de contagiados y casi 30 mil fallecidos[1]. Esta pandemia ha creado grandes dificultades en los sistemas de salud, producto del aumento de la brecha entre recursos limitados y un crecimiento exponencial de la demanda [2]. Alrededor de un 5% del total de personas con COVID-19 requieren ingresar a unidades de cuidados intensivos (UCI), y eventualmente necesitarán de un ventilador mecánico (VM)[3]. Estos recursos además de ser costosos requieren de importante entrenamiento del personal de salud por lo que constituyen recursos escasos que exigen criterios de priorización.

La trágica experiencia del 2020 en países como Italia y España[4], con la saturación de sus sistemas sanitarios y la consecuente pérdida de miles de vidas humanas, hizo inevitable prever una situación similar en Chile. Durante el 2020 se vivieron momentos críticos en diversas regiones del país y luego, a pesar de grandes esfuerzos en reconvertir camas y lograr un manejo centralizado de las camas UCI del sector público y privado, a partir de marzo 2021, la crisis impactó casi por igual a todo Chile, especialmente a aquellos lugares de mayor concentración poblacional. Esto ha significado que los equipos de salud se han enfrentado a la necesidad de priorizar el acceso a una UCI y/o a un ventilador mecánico. En condiciones habituales, cuando un paciente requiere ingresar a una UCI este ingresa según el orden de llegada en cambio, en una situación de emergencia sanitaria donde muchas personas requieren atención de manera urgente, se hace insuficiente e injusto continuar con el criterio del orden de llegada puesto que es evidente que se produce “un desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de los recursos sanitarios”[5].

Por estos motivos, tanto a nivel nacional como internacional, diversos grupos publicaron recomendaciones prácticas y orientaciones éticas en relación con el racionamiento de recursos escasos, de tal modo de contribuir a que el necesario “*triage*” se puede realizar de manera justa y transparente. A pesar del innegable valor de cada uno de estos esfuerzos, consideramos que algunos han carecido de una fundamentación ética que incorpore valores de la ética de salud

pública y otros no establecen estrategias concretas para la toma de decisiones [6][7][8][9][10]. Como Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile (COLMED) reconocemos que, en una situación de emergencia sanitaria, la incorporación de valores morales que velan por el bien común acarrea fuertes controversias y no es sorprendente que los profesionales médicos opten por privilegiar el mejor interés de su paciente individual[11]. Por otra parte, la falta de directrices nacionales de la autoridad sanitaria ha aumentado la incertidumbre dentro de los profesionales y, ante la urgencia, cada centro de salud ha generado recomendaciones locales que, al diferir en sus estrategias, podrían producir desconfianza en la ciudadanía.

Por esto, nos ha parecido necesario exponer algunas de las consideraciones éticas relevantes para la priorización de recursos escasos junto con entregar una propuesta concreta acorde con esos principios.

Consideraciones éticas especiales en la atención de un paciente crítico en una emergencia sanitaria

Todo sistema de salud se enfrenta a algún problema de escasez de recursos si consideramos que las necesidades en salud son virtualmente ilimitadas, pero cuando una enfermedad amenaza la vida y un recurso escaso es potencialmente capaz de salvarla, las decisiones con respecto a la priorización son aún más difíciles. Existen ciertas condiciones mínimas para que se pueda realizar un racionamiento de un recurso escaso [1]: en primer lugar, la capacidad de cuidado crítico está o estará a la brevedad sobrepasada; se han realizado todos los pasos apropiados para aumentar dicha capacidad, incluyendo, de ser necesario, transferencia a otros centros ;y la autoridad regional ha declarado una emergencia de salud pública.

En una emergencia sanitaria donde se requiere priorizar el bien común y se extrema la necesidad de optimizar el uso de los recursos es necesario incorporar otros valores tales como el de justicia y el de utilidad. El principio de justicia distributiva se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada de beneficios y cargas en la sociedad, y subraya la importancia de considerar el bien común y no sólo al individuo a la hora de tomar decisiones en salud. El principio de utilidad alude al “uso efectivo y eficiente de los recursos médicos escasos” lo que aplicado a la necesidad de racionamiento en una emergencia sanitaria se traduce en intentar salvar el mayor número de vidas posible y la mayor cantidad de años salvados, maximizando así el valor del recurso

disponible. El principio de utilidad se considera incuestionable para el racionamiento de recursos escasos, aunque es insuficiente si la expectativa de éxito es igual entre dos personas o si existen condiciones basales entre las personas que están distribuidas de manera injusta.

Junto con lo mencionado, los profesionales médicos no pueden olvidar valores fundamentales de la ética clínica y, de los fines de la medicina [12]. Entre los valores de la ética médica, el deber de cuidado y de no abandono del paciente, cuando no se puede curar, es un aspecto central que exige respetar la dignidad inherente de cada persona humana como un fin en sí misma[13]. Los cuidados paliativos juegan un rol preponderante en la atención de los pacientes durante la pandemia, especialmente si se ha determinado que no ingresará a una UCI o, si luego de ingresar, se ha considerado necesario readecuar el esfuerzo terapéutico [14][15]. Entre los fines de la medicina está el evitar una muerte prematura, lo que apoya la idea de priorizar a quienes no han podido vivir todas las etapas de la vida. Entre los valores propios de la profesión está el deber de no discriminación arbitraria, ya que son los profesionales los que deben resguardar que no exista ninguna consideración relativa a raza, género, etnia, nivel educacional, capacidad de pago u otra relacionada con las conductas de las personas, en la asignación de recursos sanitarios. El ageísmo, o discriminación por edad, es una práctica que debe evitarse de manera explícita, asegurando que no exista un límite de edad en el que *a priori* se excluya de la evaluación. Asimismo, las discriminaciones por discapacidad física o psíquica son condiciones que no deben determinar por sí solas la asignación o no de un recurso escaso[16].

Otros valores y deberes que considerar durante la atención en una emergencia sanitaria

- **Respeto por la autonomía de los pacientes:** En la práctica clínica es necesario contar con el consentimiento del paciente para cualquier tratamiento, especialmente para el uso excepcional de terapias aún no probadas; asimismo, siempre se debe respetar un rechazo al tratamiento. [17].
- **Deber de confidencialidad:** Si bien en situación de emergencia sanitaria por un brote infeccioso es necesario notificar a la autoridad sanitaria, la identificación personal de los contagiados no debe ser compartida con terceros no relacionados con las acciones de salud[6].

- **Proporcionalidad terapéutica:** Este valor establece que a cada paciente se le deben indicar aquellas medidas proporcionales a los beneficios esperados. Si un paciente ingresado a una UCI y/o en VM responde de manera desfavorable en un tiempo razonable, se debería implementar una adecuación del esfuerzo terapéutico para evitar el ensañamiento terapéutico. Aunque algunas recomendaciones permiten retirar medidas solo por el hecho de que se presenta otro paciente con mejor pronóstico, consideramos que esto no es recomendable y solo debe hacerse bajo la valoración en cada paciente de la futilidad de las medidas.
- **Transparencia en la toma de decisiones y confianza:** Es necesario que exista un sistema de verificación de los criterios empleados para el uso de recursos escasos, donde estos deben ser basados en la mejor evidencia disponible, así como en los valores que gobiernan a la profesión médica[18][6]. Estos criterios deben ser conocidos por la comunidad ya que mantener una comunicación transparente con la ciudadanía es crucial para mantener la confianza pública en la toma de decisiones que pueden ser consideradas como injustas por parte de los directamente afectados.
- **Principio de responsabilidad y colaboración en la organización sanitaria:** Los profesionales de la salud deben actuar de manera colaborativa lo que exige el apoyo de unos con otros. En situaciones difíciles se debe pedir la opinión de profesionales más experimentados, soporte de los comités de ética asistencial y compartir de manera diligente y apropiada la información, para así disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones [19].

Como Departamento de Ética proponemos una estrategia de priorización que consta de 3 niveles secuenciales, basada en la propuesta de la Universidad de Pittsburgh [5], y que considera los principios expuestos (Tabla 1).

Tabla 1. Principios que orientan la priorización de recursos escasos durante una emergencia sanitaria

Principio	Explicación	Criterio para priorizar
Utilidad	Salvar el mayor número de vidas posibles	Priorizar a los pacientes que tendrán mayor posibilidad de sobrevida según SOFA
	Considerar años de vida salvados	Considerar pronóstico en años según comorbilidades.
Justicia	Distribución igual e equitativa	Priorizar a los que tienen mayor necesidad o a aquellos que no han tenido la oportunidad de vivir las etapas de la vida.
Equidad	Todos tienen igual oportunidad de acceso.	Todos los pacientes son considerados en la evaluación.

Primer nivel: Para **evaluar la sobrevida**, se recomienda utilizar los **criterios SOFA** (Sequential Organ Failure Assessment), que permite identificar a aquellos pacientes con menor mortalidad intrahospitalaria. Con respecto a la **cantidad de años salvados**, se consideran las comorbilidades y/o la fragilidad, que impactan en la sobrevida a corto y mediano plazo. La sobrevida a largo plazo no se considera, ya que estaría influida de manera importante por factores socioeconómicos, lo que aumentaría las desigualdades dentro de la sociedad. Estos dos criterios dan una puntuación expuesta en la Tabla 2, que determina que se debiera priorizar a aquellas personas con el menor puntaje. Si dos pacientes obtienen el mismo puntaje, se debe pasar al segundo nivel de priorización.

Tabla 2. Primer nivel de priorización para la asignación de recursos escasos.

Principio	Especificación	Sistema de Puntaje			
		1	2	3	4
Salvar el mayor número de vidas posible	Pronóstico de mortalidad en el hospital	SOFA < 6	SOFA 6-8	SOFA 9-11	SOFA > 12
Salvar el mayor número de años posible	Pronóstico a corto-mediano plazo		Co-morbilidades mayores, con impacto en sobrevida < a 5 años		Condición severa; expectativa de vida < 1 año

Adaptado de Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency. Department of Critical Care Medicine, School of Medicine, University of Pittsburgh. Abril 15, 2020.

Segundo nivel: Considerar el cumplimiento del ciclo vital determina dar prioridad a aquellos que no han podido gozar de las etapas de la vida [5]. Esta consideración se distingue del ageísmo ya que no considera una cierta edad un impedimento para ser priorizado, si no que clasifica a las personas dentro de ciertos tramos de edad, para favorecer a aquellos que aún no han vivido todas las etapas del ciclo vital. Si dos pacientes se encuentran en el mismo tramo, se debe pasar al tercer nivel de priorización.

Tercer nivel: Considerar el tiempo estimado de uso del recurso escaso, priorizando al paciente que tendrá una expectativa de uso del recurso más breve [20].

Si luego de estos tres niveles no se logra priorizar entre dos pacientes, se debería **escoger al azar**, evitando otras evaluaciones subjetivas que generan discriminaciones.

Para llevar a cabo esta asignación de recursos, recomendamos crear un Comité de Triage, integrado por un intensivista, un urgenciólogo y alguien perteneciente al comité de ética asistencial del establecimiento, que deberán evaluar de manera precoz a todos los pacientes. Sus integrantes deben participar de manera voluntaria y tener liderazgo al interior del establecimiento. Este comité permitiría aliviar la carga asistencial de los profesionales, mitigar su angustia moral y disminuir eventuales sesgos frente a la priorización.

Conclusiones.

Durante esta pandemia la atención de salud ha enfrentado dificultades inéditas para intentar conciliar la atención clínica habitual que se ha centrado en lograr el bienestar del paciente individual, con la necesidad de velar por el bien común. Como integrantes del Departamento de Ética del COLMED, estamos convencidos que en esta situación de crisis sanitaria es ineludible el deber de considerar valores propios de la salud pública para hacer frente a las decisiones con respecto a la asignación de recursos escasos. Nuestra propuesta de priorización considera bajo los principios de justicia, utilidad y equidad, en primer lugar, el deber de salvar el mayor número de

vidas junto con el mayor número de años posibles. Junto con esto, debemos hacer esfuerzos para que se proteja la igualdad moral de cada persona y no olvidar aspectos centrales de la profesión médica, como el deber de cuidar de todos los pacientes que lo requieran. Consideramos fundamental que, para una buena implementación de esos criterios de racionamiento, la ciudadanía conozca sus fundamentos y participe de espacios amplios de discusión en torno a estos desafíos.

Referencias

- [1] O. Rubio, M. Esquerda, and J. Amblàs, “Recomendaciones generales respecto de las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial e ingreso a unidades de paciente crítico en situaciones de crisis (SEMICYUC),” 2020, [Online]. Available: https://www.medicina-intensiva.cl/site/covid/recomenda_etica.pdf.
- [2] C. L. Bong, C. Brasher, E. Chikumba, R. McDougall, J. Mellin-Olsen, and A. Enright, “The COVID-19 Pandemic: Effects on Low and Middle-Income Countries,” *Anesth. Analg.*, pp. 1–23, 2020, doi: 10.1213/ANE.0000000000004846.
- [3] W. J. Guan *et al.*, “Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China,” *N. Engl. J. Med.*, 2020, doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
- [4] Y. Mounk, “The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors. The Atlantic,” *March 11*, 2020.
- [5] D. B. White and B. Lo, “A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID19 pandemic,” *JAMA*, 2020, doi: 10.1378/chest.14-0736.
- [6] I. Sánchez, “Lineamientos éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemia.” 2020.
- [7] D. Aurenque, M. Espinosa, J. P. Lecaros, D. Loewe, and R. Villarroel, “Orientaciones ético-médicas para la atención de pacientes críticos en contexto de la pandemia por Covid-19,” *Rev. Bioética Complut.*, vol. 39, no. Divi, pp. 1–9, 2020.
- [8] Sociedad chilena de medicina Intensiva, “Recomendaciones generales respecto de las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial e ingreso a unidades de paciente crítico en situaciones de crisis.” 2020.

- [9] L. Valera *et al.*, “Orientaciones éticas para la toma de decisiones médicas en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Chile,” pp. 393–398, 2020.
- [10] Centro de bioética Universidad de Los Andes, “Principios y criterios éticos para el acceso a camas en Unidades de Paciente Crítico , en el contexto de la pandemia COVID-19 ” 2020.
- [11] R. Guillon, “Justice and allocation of medical resources,” in *Philosophical medical ethics*, 1986, pp. 93–99.
- [12] The Hastings center, “The goals of medicine,” no. December, pp. 1–6, 2010.
- [13] R. Andorno, “Human dignity and human rights as a common ground for a global bioethics,” *J. Med. Philos.*, vol. 34, no. 3, pp. 223–240, 2009, doi: 10.1093/jmp/jhp023.
- [14] WHO, *Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises*. 2018.
- [15] H. Brody and E. N. Avery, “Medicine ’ s Duty to Treat,” 2009.
- [16] M. Solomon and E. Al, “Covid -19 Crisis triage-optimizing health outcomes and disability rights,” *N. Engl. J. Med.*, pp. 1–2, 2020, doi: DOI: 10.1056/NEJMp2009027.
- [17] J. R. Curtis and E. K. Kross, “The importance of addressing advance care planning and decisions about do not resuscitate orders during novel coronavirus 2019.,” *JAMA*, 2020, doi: 10.1056/NEJMs012528.
- [18] N. Berlinger *et al.*, “Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. The Hastings center,” vol. 2, 2020.
- [19] Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud, “Recomendaciones para los comités de ética asistencial en el apoyo de toma de decisiones éticas de los equipos de salud en contexto de pandemia por covid19,” 2020.
- [20] J. Savulescu, M. Vergano, L. Craxì, and D. Wilkinson, “An ethical algorithm for rationing life sustaining treatment during the COVID-19 pandemic,” *Br. J. Anaesth.*, no. January, 2020, doi: 10.1016/j.bja.2020.05.028.