

Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS-CoV-2

Una reflexión desde los principios, criterios, derechos y deberes

Ethical problems in the assignment of scarce resources and intensive care in SARS-CoV-2 pandemic healthcare
Thoughts based on principles, criteria, rights and responsibilities

JOSÉ SINAY ARÉVALO-LEAL, ANA ISABEL GÓMEZ-CÓRDOBA, BORIS JULIÁN PINTO-BUSTAMANTE, NICOLÁS ANTONIO LEÓN-OSMA, ANDREA CASTILLO-NIUMAN, CARLOS ENRIQUE TRILLO PEÑA
• BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1952>

Resumen

Este documento tiene como finalidad identificar algunos problemas éticos de los procesos de atención en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 en Colombia, y proponer un conjunto de principios y criterios éticos que permitan a las instituciones y los trabajadores de la salud la toma de decisiones éticamente sustentables y jurídicamente factibles, con un especial enfoque en la protección del núcleo de los derechos fundamentales de pacientes y trabajadores, en un contexto extraordinario caracterizado por la inequidad estructural y la discrepancia entre la oferta y la demanda de bienes, recursos y servicios de salud, con el objetivo de mitigar el estrés moral, maximizar los beneficios derivados de la utilización de los recursos escasos y modular los riesgos éticos y jurídicos asociados. (*Acta Med Colomb 2020*; 45. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1952>).

Palabras clave: *bioética, infecciones por coronavirus, pandemias, asignación de recursos para la atención en salud, cuidados críticos.*

Abstract

The purpose of this document is to identify some ethical problems in healthcare processes within the context of the SARS-CoV-2 pandemic in Colombia, and propose a collection of ethical principles and criteria which will allow healthcare institutions and workers to make ethically supported and legally feasible decisions. These decisions should especially focus on protecting the core of the fundamental rights of patients and workers, in an extraordinary context characterized by structural inequity and a discrepancy between the supply and demand of healthcare goods, resources and services. Ultimately, this will mitigate moral stress, maximize the benefits derived from the use of scarce resources, and modulate the associated ethical and legal risks. (*Acta Med Colomb 2020*; 45. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1952>).

Key words: *bioethics, coronavirus infections, pandemics, assignment of healthcare resources, critical care.*

introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 continúa expandiéndose por el mundo, con nuevos casos de contagios y víctimas fatales, lo cual configura un conjunto de circunstancias excepcionales para la toma de decisiones en salud (1). Al mes de mayo de 2020 se cuenta con más de cuatro millones de personas contagiadas y doscientos mil personas fallecidas (2). Estas cifras se han alcanzado en un corto periodo, afectando áreas con gran densidad poblacional y personas de distintos grupos etarios, con especial afectación de personas mayores, sin que se tenga aún completa claridad sobre los mecanismos fisiopatológicos o

Dr. José Sinay Arévalo-Leal: Especialista en Medicina Nuclear y en Filosofía de la Ciencia, Magíster en Bioética, Doctorado en Bioética y Biojurídica. Profesor de la EMCS y *Graduate School of Business* de la Universidad del Rosario. Grupo de Investigación en Educación Médica y Ciencias de la Salud EMCS; Dra. Ana Isabel Gómez-Córdoba: Pediatra. Especialista en Gerencia en Salud Pública y en Derecho Médico Sanitario, Magíster en Bioética, Doctora en Ciencias Jurídicas. Profesora Titular de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Grupo de Investigación en Educación Médica y Ciencias de la Salud EMCS; Dr. Boris Julián Pinto-Bustamante: Médico Cirujano. Ph.D en Bioética. Profesor Principal de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Profesor Investigador del Departamento de Bioética Universidad el Bosque y Universidad del Rosario. Grupo de Investigación en Educación Médica y Ciencias de la Salud EMCS; Dr. Nicolás Antonio León-Osma: Médico Interno Universidad El Bosque; Dra. Andrea Castillo-Niuman: Médica. Especialista en Epidemiología y Magíster en Bioética. Epidemióloga de Gestión del Conocimiento de la Gerencia de Planeación del Aseguramiento EPS Sanitas, Miembro del Comité de Ética de Investigación del Hospital Militar Central; Dr. Carlos Enrique Trillo-Peña: Médico Cirujano. Doctorado en Bioética, Magíster en Epidemiología y Gerencia Salud Ocupacional, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Profesor Principal de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Bogotá, D.C. (Colombia).

Correspondencia: Dr. José Sinay Arévalo-Leal, Bogotá, D.C. (Colombia).

E-mail: jose.arevalo@urosario.edu.co

Recibido: 16/VII/2020 Aceptado: 16/VII/2020

se cuente con tratamiento específico o vacuna. A la fecha se puede afirmar que esta enfermedad se caracteriza por un alto nivel de contagio y velocidad de propagación, incertidumbre en la evolución clínica, dificultad en la detección y presencia de portadores asintomáticos, así como el desconocimiento de si la presencia de anticuerpos contra el virus confiere o no inmunidad contra una posterior reinfección.

Con base en la experiencia de Italia, se estima que entre el 10 y 25% de los pacientes hospitalizados por el COVID-19 requerirán recursos de soporte vital avanzado (SVA), incluso por varias semanas en algunos casos (3). Sin embargo, los recursos requeridos pueden ser escasos debido a su demanda simultánea a nivel global o su alto nivel de especialidad, este es el caso de los recursos físicos y tecnológicos (como camas de Unidades de Cuidados Intensivos –UCI, ventiladores, bombas de infusión, sistemas de oxigenación por membrana extracorpórea, etc.), los insumos para garantizar la protección del recurso humano de salud (equipamiento para garantizar la bioseguridad y protección personal), los medicamentos (antivirales, posibles vacunas), las pruebas para diagnosticar el agente causal (para personas sintomáticas y asintomáticas) y el personal asistencial experto.

Si bien a la fecha de redacción de este documento no se ha evidenciado un colapso en la disponibilidad de recursos de salud en ciudades grandes como Bogotá (donde por el contrario experimentamos actualmente una subutilización de camas UCI, dados los efectos del aislamiento y la reorganización de los servicios sanitarios), en otras regiones con menores recursos (Amazonas, Tumaco, etc.) ya se evidencian los problemas de la inequidad estructural del sistema de seguridad social y las políticas públicas. En este contexto, puede llegar el momento en que, por ejemplo, no habrá suficientes camas en las UCI para ingresar y tratar a las personas gravemente enfermas y los médicos enfrentarán un conflicto de obligaciones morales en el que deberán elegir qué pacientes serán beneficiarios de la atención y quiénes no, como ha sucedido en España, Italia y Estados Unidos.

Distintas estrategias se han implementado para afrontar esta problemática: la adaptación planificada de los servicios de salud como teleconsultas, la transformación de áreas que tradicionalmente no son empleadas para cuidado intensivo, reconstitución de los equipos de cuidado de hospitalización intramural y ambulatoria incluso en lugares no convencionales como hoteles y hostales, ampliando las capacidades de otros profesionales de la salud para apoyar la atención de pacientes con enfermedad leve, moderada y severa en estado crítico, modificación de los estándares de atención y gestión de recursos a nivel nacional (4).

A estas estrategias se suma otra que consideramos de vital importancia: proponer a los profesionales de la salud y las instituciones un conjunto de principios que orienten la toma de decisiones éticamente factibles y legalmente sustentables en escenarios de diferencia entre demanda y oferta de recursos sanitarios, así como criterios objetivos para la priorización en la asignación de los recursos, de tal

forma que se preserve el derecho a la salud y la confianza pública en el sistema de salud. Si bien nos encontramos ante una situación excepcional, ello no justifica aceptar la vulneración de la dignidad de las personas (pacientes, familiares y cuidadores) o deshumanizar el proceso de atención (1).

Para los fines de esta reflexión proponemos los siguientes principios éticos para la atención de la pandemia por SARS-CoV-2: dignidad, equidad, no discriminación, autonomía, beneficencia, no maleficencia, utilidad, reciprocidad, solidaridad y transparencia.

Las decisiones deben propender por la protección del núcleo fundamental de los derechos de los pacientes y de los profesionales de la salud. En el caso de los primeros, el derecho a la salud (acceso a UCI y criterios para la priorización de recursos escasos); el derecho a la toma de decisiones autónoma, libre e informada; el derecho a morir dignamente [toma de decisiones al final de la vida, cuidado paliativo, adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), rechazo terapéutico, voluntades anticipadas] y el derecho a la protección de datos personales. Para los segundos: el derecho a la vida, la autonomía profesional y el derecho a intentar. Consecuentemente se genera una serie de deberes por parte de las instituciones y los profesionales de la salud.

1. Principios éticos para la asignación de recursos escasos

El derecho a la salud se entiende desde el principio de equidad, el cual propone la distribución de recursos, bienes y servicios conforme a la necesidad, evitando la discriminación injustificada y atendiendo a los derechos de las personas especialmente vulnerables al daño y la injusticia (5). Esto significa que si un paciente presenta un compromiso vital que requiere de UCI, pueda acceder a este tipo de atención especializada sin discriminación negativa basada en su edad, género, estilo de vida, creencias, condición social o económica, entre otras.

Sin embargo, dado el contexto anteriormente descrito es factible prever que no se podrá garantizar plenamente el derecho a la salud de todos los gravemente enfermos, ni se podrá disponer de las pruebas diagnósticas requeridas. El escenario de la salud pública y de la atención clínica difieren en que, en el primero, el objetivo es promover la salud de la población, minimizando la morbilidad y la mortalidad mediante el uso de estrategias y acciones colectivas, mientras que en el segundo las preferencias individuales de los pacientes dirigen, junto a la mejor evidencia disponible, el actuar clínico (6).

Para efectos de este análisis, proponemos los siguientes principios normativos:

Dignidad

Según este principio, todas las personas están dotadas de un valor moral intrínseco, por lo cual no pueden ser cosificadas ni usadas como medio, pues constituyen fines en sí mismas. La dignidad de la persona incluye también la dignidad póstuma del cuerpo (cadáver), el cual no puede

ser ultrajado, mutilado ni instrumentalizado en contra de las voluntades expresadas en vida por la persona (7).

Equidad

Principio material de la justicia distributiva que propone la distribución de bienes, recursos y servicios conforme a la necesidad, según la regla de la justa oportunidad y la imparcialidad.

No discriminación

Principio relativo a la justicia, según el cual todas las personas deben ser consideradas en igualdad de oportunidades para acceder como sujetos de derechos al goce de bienes, recursos y servicios. No se podrá privar a una persona de la atención requerida en razón de su edad, nacionalidad, diversidad funcional, “utilidad social”, entre otros.

Autonomía

Principio relativo a la capacidad de las personas, en tanto agentes morales, de elegir un conjunto de principios en torno a los cuales asumir un proyecto de vida. Según este principio, las personas tienen la capacidad para tomar decisiones libres, acorde con sus valores y preferencias, en el contexto de una sociedad con aspiraciones pluralistas, y dentro de los límites que imponen los derechos de terceros y el bien común.

Beneficencia

Principio equivalente al mejor interés del paciente, a la noción de vida buena (calidad de vida) que cada persona elige en términos de sus valores y preferencias, en el contexto de una sociedad con aspiraciones pluralistas.

No maleficencia

Este principio ratifica la obligación moral de prevenir el daño a terceros mediante la adecuación de la conducta profesional a las buenas prácticas clínicas y las medidas de prevención y seguridad de los pacientes.

Proporcionalidad

Principio que articula las obligaciones de beneficencia y no maleficencia, la relación entre medios y resultados previsibles, y entre derechos individuales y obligaciones colectivas (8).

Utilidad

Principio que define la moralidad de las acciones conforme a su relación con el bienestar de personas y comunidades, procurando lograr el máximo beneficio general al menor costo posible (5).

Reciprocidad

Este principio se entiende, en este contexto, como la retribución apropiada y proporcional que se reconoce a quienes asumen un riesgo moral superior al riesgo general (5).

Solidaridad

Principio o deber de asistencia mutua a partir del reconocimiento de la interdependencia de los agentes morales. Este principio, que exige a diferencia de los deberes de la justicia distributiva, no remite a la relación entre Estado e individuos, sino que emerge de los propios agentes (5).

Transparencia

Este principio formal exige que los protocolos de asignación de recursos escasos deben ser públicos y que sus reglas sean deliberadas y validadas por todas las partes interesadas (equidad procedimental).

2. Protocolos de acceso a recursos de SVA

La necesidad del triaje

En esta situación de desproporción entre la demanda y las posibilidades para atender con éxito a los pacientes, los protocolos de triaje son un indicador de la adecuada preparación que tiene una institución frente a circunstancias catastróficas. Al mismo tiempo, se constituyen en instrumentos que apoyan la toma de decisiones difíciles para casos individuales. Estos protocolos deben reflejar la perspectiva moral de la comunidad, así como los estándares éticos y clínicos (9).

El triaje es una herramienta que intenta establecer un orden razonable de acceso a un recurso médico escaso. En el contexto de un desequilibrio entre oferta y demanda de recursos y servicios, sugerimos que las instituciones deben prepararse para esta situación por medio del diseño de protocolos de triaje que precisen de constante revisión y actualización, con base en el comportamiento de la epidemia, la disponibilidad de recursos y principios orientadores de justicia distributiva (10, 11).

El diseño de un protocolo específico de triaje puede estar a cargo de un comité, así como las decisiones sobre la racionalización de recursos para casos particulares, constituido a su vez por un subcomité que postule el protocolo de triaje, y otro que evalúe retrospectivamente los resultados del mismo (12). Es recomendable que estos comités colegiados estén conformados por especialistas en cuidados críticos, paliativistas y bioeticistas clínicos y que sus decisiones sean transmitidas tanto al personal asistencial como a los pacientes y familiares. Esto reducirá los malentendidos y protegerá la relación médico-paciente, al canalizar los sentimientos negativos de estas decisiones (13). Por tanto, la presión a la que se ven sometidos los médicos en estas situaciones se aliviará al distribuir la responsabilidad de las decisiones en varias personas o en la institución misma como respaldo (1).

Los protocolos de triaje “deben buscar responder a las siguientes circunstancias: (i) Nivel de cuidado requerido, (ii) Inicio de soporte vital, (iii) Retiro del soporte vital y al (iv) Inicio de medidas paliativas en caso de no iniciar o retirar el soporte vital” (1).

De igual manera, las decisiones clínicas se deben registrar en la historia clínica, junto con la constante previsión de la distribución de recursos para cada caso según su evolución,

y el diálogo sobre las voluntades anticipadas y las decisiones al final de la vida. Estos son factores fundamentales que demostrarán y preservarán para todas las partes involucradas, los principios de proporcionalidad y justicia distributiva en esta situación excepcional.

Criterios éticos para el acceso a SVA en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

El propósito fundamental del cuidado crítico es maximizar el número de vidas salvadas, en función de criterios como supervivencia, calidad de vida y funcionalidad. La UCI es un recurso escaso, costoso y altamente tecnificado que debe reservarse para aquellos pacientes que tienen posibilidades razonables de recuperación, y no debe asignarse a pacientes cuyo pronóstico no será modificado con el ingreso, y que no requieran la monitorización continua o las intervenciones exclusivas del cuidado crítico.

En este escenario es fundamental garantizar de forma pública y demostrable que únicamente se acudirá a los criterios de priorización cuando se hayan agotado todas las posibilidades razonables para disponer de los recursos asistenciales necesarios. Se debe considerar, al momento de distribuir los recursos sanitarios, a la totalidad de pacientes que pueden requerirlos, afectados o no por la COVID-19, con el fin de no convertir a estos últimos en víctimas invisibles de la pandemia, quienes sufrirán las consecuencias de la postergación de intervenciones médicas y de la continuidad en tratamientos para condiciones crónicas.

Este conflicto de obligación por la escasez de recursos lo describe el informe del Ministerio de Sanidad Español, como “la tensión entre utilitarismo (obtener el máximo beneficio respecto a los pacientes atendidos y salvados en comparación con los postergados) y humanitarismo (toda persona en estado de máxima gravedad merece recibir el tratamiento vital que corresponda)” (14).

De los criterios de priorización de la atención que se han sugerido en la documentación revisada hay algunos que consideramos inconvenientes, como son: la edad como criterio aislado, el orden de llegada, la supervivencia libre de discapacidad y la utilidad o valor social, dado que constituyen juicios de valor sujetos al prejuicio individual y refuerzan representaciones sociales negativas frente a poblaciones en condición de vulnerabilidad.

En algunos países se ha optado por limitar el ingreso a UCI de personas mayores (65, 70, 80 años, en ciertos casos). Si bien los años de vida ganados y el cumplimiento del ciclo vital son variables relevantes (12), la edad como dato aislado es un criterio insuficiente sin la consideración de otros factores médicos y pronósticos (15) que favorece una discriminación injustificada basada en la edad cronológica (16).

De igual forma, tampoco son recomendables criterios genéricos de ingreso, como “el paciente más grave” (*sickest first*), dado que, en algunos de ellos, esto implicaría escenarios de extralimitación del esfuerzo terapéutico, o el “orden de llegada” (*first come/first served*), que podría incidir en la

atención de pacientes de menor gravedad y escasa posibilidad de supervivencia o postergar a aquellos que han tenido que superar mayores barreras para el acceso (17).

Tampoco son moralmente justificables criterios como el valor o la utilidad social, dado que pueden constituir juicios arbitrarios de valor a partir de categorías discriminatorias como género, raza o clase (18). Así mismo, no es aceptable el concepto de “supervivencia libre de discapacidad”, pues su carácter ambiguo y éticamente discutible podría promover prácticas discriminatorias contra personas en condición de diversidad funcional. Por tanto, tal y como afirman White y Lo: “La exclusión categórica de grupos genéricos de pacientes de la posibilidad de recibir ventilación mecánica es éticamente problemática” (19).

Los criterios recomendables deben ser objetivos y de público conocimiento. Para ello es necesario, en primer lugar, realizar una evaluación integral de los pacientes de sus parámetros clínicos y pronósticos, para establecer desde el principio de proporcionalidad la intensidad de las intervenciones médicas (18). La evaluación debe combinar los siguientes factores:

1. Edad del paciente.
2. Gravedad de la enfermedad al ingreso.
3. Presencia de otras enfermedades graves.
4. Presencia de deterioro neurológico o cognitivo irreversible.
5. Falla de múltiples órganos.
6. Probabilidad de supervivencia.
7. La posibilidad de soporte prolongado.

Para precisar estas variables, White y colaboradores (17), proponen la siguiente escala:

- **Probabilidad de supervivencia:** cuantificada con instrumentos como la escala SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment Score*) (20), que permite calcular el pronóstico de supervivencia a corto plazo.
- **Pronóstico de supervivencia a largo plazo:** cuantificado por las comorbilidades que tenga el paciente.
- **Asegurar el mantenimiento del ciclo vital** (21): reflejado en la edad cronológica.

Según esta escala, a mayor probabilidad de supervivencia a corto plazo, menor número de comorbilidades y menor edad, se justifica una mayor intensidad terapéutica. La definición de la intensidad terapéutica en este contexto debe incorporar escalas específicas de puntuación de gravedad (p. Ej. APACHE, SAPS, MPMO), escalas pronósticas de funcionalidad (p. ej. Karnofsky, Barthel, etc.), índices de comorbilidad (Charlson) (22), escalas de fragilidad y criterios específicos de ingreso a UCI en pacientes con neumonía (23), entre otras (24).

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (15) propone una clasificación de prioridades para el uso de los recursos de cuidado intensivo:

- **Prioridad 1:** pacientes críticos e inestables que requieren monitorización continua y tratamiento intensivo, el cual no puede ser proporcionado por fuera de la UCI.

- **Prioridad 2:** pacientes que precisan monitorización intensiva y presencia o inminencia de falla multiorgánica. Algunos de ellos pueden no requerir ventilación mecánica invasiva, pero tienen altos requerimientos de oxigenoterapia.
- **Prioridad 3:** pacientes críticos e inestables, quienes tienen pocas posibilidades de recuperación.
- **Prioridad 4:** pacientes cuyo beneficio del cuidado crítico es mínimo o improbable, bien porque tienen una enfermedad que puede ser tratada en otra área (cuidados intermedios) o porque tienen una enfermedad avanzada o en proceso de declinación funcional terminal.

Según esta clasificación, se recomienda el ingreso a UCI de pacientes con Prioridad 1, y en los hospitales donde se disponga de cuidados intermedios se pueden recibir los pacientes con Prioridad 2, mientras que los pacientes con Prioridades 3 y 4 no ingresarán a la UCI (15). Estos últimos deberán contar con medidas de AET como son las órdenes de no reanimación (4) y con la instauración inmediata y permanente de cuidados paliativos y estrategias de acompañamiento a morir con dignidad y sin abandono. En estas categorías pueden entrar pacientes con cuadros como paro cardíaco recurrente, cáncer metastásico con pobre pronóstico, quemaduras severas que comprometen un porcentaje importante de superficie corporal, insuficiencia orgánica específica terminal y condiciones neurológicas avanzadas o con pobre pronóstico de supervivencia (9), síndrome de declinación funcional terminal, enfermedades crónicas complejas o altamente complejas (25), entre otros.

Es recomendable que, si un médico decide no tener en cuenta estos criterios, y selecciona un paciente con prioridad 3 y 4 para cuidado intensivo, su decisión debe ser considerada como excepcional, será colegiada, pública y sujeta a posterior rendición de cuentas.

En **segundo lugar**, y una vez clasificados los pacientes-candidatos para ingresar a UCI, se deberá profundizar en la información biopsicosocial de su historia clínica, sus necesidades, preferencias y valores, para actuar acorde con el principio de beneficencia, que interpreta el mejor interés del paciente desde el ejercicio de la autonomía.

En **tercer lugar**, de forma complementaria y continua, será necesario que se evalúe permanentemente si los pacientes ya ingresados en UCI, dada la evolución de la enfermedad, son candidatos para la AET, entendida como “el ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona cuando ésta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible, o enfermedad terminal, cuando éstos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para esta” (26), instaurando cuidado paliativo efectivo y liberando los recursos para otros pacientes. Se debe señalar que la determinación de la futilidad o desproporción de una medida de cuidado le corresponde al equipo de salud, y por lo tanto no requiere del consentimiento informado del paciente o su

representante y que es igualmente ético no iniciar o retirar las distintas medidas y que los criterios de AET deben ser claros desde el ingreso para el paciente, familiares y equipo asistencial (1).

La AET debe diferenciarse del rechazo terapéutico, también denominado desistimiento, que consiste en la decisión libre e informada por la cual una persona objeta una acción médica indicada desde el punto de vista de la *Lex Artis* o la evidencia científica.

Los trabajadores de la salud o personas que realizan servicios críticos para la sociedad (como policías o bomberos), dado que asumen un riesgo superior al general, pueden ser priorizados desde el principio de reciprocidad, en cuanto a la realización de pruebas diagnósticas, SVA, vacunas, elementos de protección personal y tratamiento médico con la intención que retornen rápidamente y en el mejor estado posible a sus actividades, con lo que se favorece de forma positiva y directa a la sociedad. El criterio de reciprocidad no es aplicable por razones de poder, riqueza, política o fama. Esta postura que no es unánimemente respaldada, la comparten el Comité de Bioética de España (16), así como la “Guía para la gestión de aspectos éticos en brotes de enfermedades infecciosas” publicado por la OMS (4). En relación con niños, niñas y adolescentes se deben aplicar los principios del interés superior y de prevalencia de derechos, por lo cual su atención es prioritaria frente a otros actores en la sociedad (16).

Es claro que, en circunstancias habituales, son los médicos tratantes, con el apoyo de otros miembros del equipo de cuidado, quienes asumen las decisiones sobre el acceso a recursos sanitarios y la AET. Estas decisiones deben estar soportadas en evidencia científica y se registran en la historia clínica. Sin embargo, en estas situaciones extremas en las que se presentan conflictos de obligación existen distintas posturas respecto a cómo debería tomarse la decisión. Algunos abogan porque sea el médico tratante, otros un comité *ad hoc* de facultativos, o que se consulte a comités de ética o a los servicios de bioética hospitalaria. Sin embargo, se debe reconocer que en situaciones de saturación esto será más difícil y por tanto el equipo de cuidado directo, con el apoyo de protocolos institucionales serán los que generalmente deban tomar la decisión. Esta forma de proceder es respetuosa del derecho a la autonomía profesional.

Las decisiones de asignar recursos escasos, así cuenten con el respaldo de protocolos y equipos interdisciplinarios, pueden afectar a los profesionales que las toman. Debido a las implicaciones humanas que tienen estas decisiones, las personas involucradas en las mismas deben tener acceso a servicio de apoyo psicológico y orientación psicoterapéutica. Desde un principio se debe dejar claro que el triaje, las decisiones de no suministro de recursos y la AET, si se ajustan a la *Lex artis* y están enfocadas en el bien común, no son conductas que generen reproche jurídico.

El Consejo Nacional de Bioética de Colombia “recomienda a las instituciones fortalecer los comités de ética

hospitalaria propios o de otras instituciones, bajo un sistema de consultas y alertas tempranas, que les facilite la toma de decisiones atendiendo el respeto a la dignidad y los derechos humanos” (27).

3. Derechos de los pacientes y los trabajadores de la salud en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2

Derecho a la toma de decisiones autónoma, libre e informada

Las personas, o quienes las representen válidamente ante la ley, tienen el derecho a la toma de decisiones libre, informada y autónoma, la cual se materializa en el proceso de consentimiento informado (26). Dado el contexto de la atención en la pandemia, es previsible que algunos pacientes no puedan tomar decisiones por sí mismos y que incluso no sea posible contactar a su representante. En estos casos el médico debe tomar decisiones en el mejor interés del paciente (sus derechos fundamentales), dejando constancia en la historia clínica.

La jurisprudencia y la regulación colombiana reconoce excepciones al deber de informar y de solicitar la voluntad jurídica de los pacientes como son: estado mental del paciente en ausencia de parientes; situación de urgencia o emergencia; cuando el paciente ha sido sometido en forma reiterativa al mismo procedimiento y está familiarizado con él; cuando el paciente renuncia a este derecho, y el privilegio terapéutico, entre otros; sin embargo, éstas son situaciones excepcionales, y no la regla (28).

Conocer los valores y preferencias del paciente resulta de especial valor para el equipo de cuidado al momento de tomar decisiones. En este orden de ideas, son especialmente útiles los documentos de voluntades anticipadas (DVA) que, si bien están reglamentados en Colombia mediante la Resolución 2665 de 2018 (29), lamentablemente no están tan difundidas como sería deseable.

Los DVA “pueden ser diligenciados por personas capaces legalmente y competentes y también los adolescentes entre 14 y 18 años aquejados de enfermedades crónicas o en fase terminal, de conformidad con la Ley 1733 de 2014” (29).

El médico tratante tiene el deber de preguntar al momento del ingreso si el paciente cuenta con un DVA y, de no ser así, propender porque el paciente la formalice, mediante los dos mecanismos más fácilmente accesibles en el ámbito hospitalario, como son:

- a. Ante dos testigos
- b. Con el registro en la historia clínica por parte del médico tratante.

Es fundamental hacer esto antes de que se deteriore el estado del paciente y no sea competente para exteriorizar su voluntad. Si bien algunas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ya cuentan con formatos de DVA anexos a la historia clínica, éstos se pueden encontrar en las páginas del Ministerio de Salud y Protección Social (30) o de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente de Colombia

(31). Es necesario señalar que los DVA son consentimientos directos proyectados en el tiempo, los cuales deben ser respetados por los familiares y el equipo de cuidado.

Cabe anotar que “son admisibles las declaraciones de la voluntad anticipada expresadas en videos o audios y otros medios tecnológicos, así como a través de lenguajes alternativos de comunicación” (31), este hecho es de especial relevancia dadas las medidas de bioseguridad que deben instaurarse en cuanto a fómites para evitar el contagio.

Derecho a morir dignamente.

Este derecho permite a las personas tomar decisiones al final de su vida imponiendo límites a terceros sobre lo que pueden o no hacer en relación con su vida, salud e integridad. Incluye la posibilidad de decidir sobre situaciones como: el ingreso a UCI, cuidado paliativo, AET, sedación paliativa o terminal, rechazo terapéutico, lugar de la muerte, apoyo religioso o espiritual, designación de un tercero para la toma de decisiones, participación en investigación, formalizar una voluntad anticipada, eutanasia en los casos de despenalización, entre otras.

Ante las decisiones de rechazo terapéutico o AET se debe garantizar el no abandono del paciente, así como un cuidado paliativo integral enfocado en el control de síntomas físicos, psicológicos y la atención al paciente y su familia.

En este sentido, es importante diseñar estrategias de acompañamiento para los familiares y de comunicación en el final de la vida, por ejemplo, mediante la utilización de dispositivos tecnológicos (tablets, teléfonos celulares), cuando esto sea posible, con el apoyo de profesionales en salud mental.

En este proceso se debe salvaguardar el derecho a la protección de datos personales de las personas, con las únicas restricciones que impliquen las medidas de salud pública transitorias.

Derecho a intentar (*Right to try*)

Este derecho alude a la posibilidad de intentar todas las “posibilidades científicas existentes” (Sentencia T-057 de 2015) para atender una situación desesperada, cuando se han agotado todas las opciones disponibles (18).

Ante la posibilidad de que los servicios de salud se saturan por los casos complicados de COVID-19, es razonable intentar estrategias extraordinarias, como el diseño de ventiladores mecánicos de crisis que pueden constituir un recurso invaluable en medio de esta emergencia sanitaria (18) (si bien su efectividad y seguridad deben ser verificadas y supervisadas) o estrategias implementadas en Italia, como son la impresión 3-D de partes de ventilador o adaptadores para que dos pacientes puedan usar simultáneamente un ventilador. Este derecho alude también a las actividades de investigación en el desarrollo de agentes antivirales y vacunas, respetando los principios de la ética en investigación, el marco normativo vigente y los derechos fundamentales de las personas participantes.

De igual forma, la formación de recurso humano en salud en habilidades de manejo de enfermedades respiratorias agudas y ventilación mecánica básica para no expertos, y la disposición de áreas alternativas para hospitalización de pacientes complicados, constituyen medidas razonables ante la crisis. La interpretación del artículo 7 de la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) permite inferir que en situación de emergencia un médico podrá atender pacientes por fuera de su especialidad de ser necesario, siempre que sus competencias se aseguren o se defina una vía de acompañamiento y supervisión por expertos.

ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina) realizó en el mes de abril el “curso virtual de entrenamiento básico en UCI con énfasis en manejo de COVID-19 para profesionales de la salud” en el que participaron 22 862 personas de Colombia y 1586 de otros países, apartes de este documento fueron empleados para la capacitación en los aspectos éticos (disponible en: <http://virtual.ascofame.org.co/>)

En este mismo orden de ideas se deben agilizar los procesos de importación o expedición de registro sanitario por parte de los entes reguladores o de control (v.g. INVIMA) de tecnologías para diagnóstico rápido, o el uso de medicamentos y técnicas experimentales, siempre que la premura no lleve a descuidar las buenas prácticas y el mejor estándar de cuidado.

El deber de salvaguardar o de apoyar y proteger a los trabajadores y a las poblaciones vulnerables

La debida protección al derecho a la vida y a la salud de los profesionales de la salud implica que las instituciones deben salvaguardar el bienestar de las personas involucradas en el cuidado de los pacientes y brindar las garantías necesarias de bioseguridad para evitar su contagio en el ámbito laboral. Los aprendices, estudiantes de medicina, y trabajadores de la salud deben ser reconocidos como poblaciones especialmente vulnerables, al igual que aquellos funcionarios mayores, con enfermedades crónicas o personas en condición de diversidad funcional (6).

Es importante promover esfuerzos pedagógicos y de sensibilización dirigidos a la comunidad a través de los medios de comunicación para evitar la estigmatización de los trabajadores de la salud por parte de los ciudadanos. Este fenómeno ya se constata en nuestro medio, donde se tienen dificultades para acceder a medios de transporte, áreas de suministro de alimentos y cuidados específicos de salud (no COVID-19), debido al temor general al contagio.

Se debe prever el daño psicológico que pueden experimentar los profesionales de la salud e instaurar medidas oportunas de intervención en el ámbito de la salud mental.

Conclusiones

En la práctica médica habitual existen distintos escenarios en los que se deben asignar recursos escasos a partir del principio de justicia distributiva, como son las medidas de

SVA o la medicina de trasplantes. No obstante, la situación generada por la pandemia por SARS-CoV-2 constituye un escenario que exige la distribución de recursos en circunstancias excepcionales y que enfrenta a los profesionales e instituciones a conflictos de obligaciones morales, por lo que se debe contar con protocolos de conocimiento público, con la consideración de principios éticos y criterios médicos que orienten la toma de decisiones que afectan, tanto a pacientes con COVID-19, como a pacientes con otras condiciones. Estos protocolos deben construirse y aplicarse desde la perspectiva del respeto a la autonomía profesional.

Un propósito fundamental en la aproximación a esta problemática de restricción de derechos, es la preservación del núcleo fundamental de éstos, los cuales tienen como eje principal el respeto por la dignidad ontológica de las personas y sus garantías constitucionales.

Los criterios médicos que orientan la toma de decisiones en estas circunstancias deben ser objetivos, revisables, integrales y contextualizados a las condiciones particulares de cada paciente, lo cual incluye la consideración de sus preferencias y valores, mediante el proceso de consentimiento informado o los DVA.

Una vez se aplique el protocolo de triaje, aquellos pacientes que no puedan beneficiarse de las medidas de SVA, no pueden ser abandonadas y, por tanto, será una prioridad el acceso a cuidados paliativos integrales en el contexto del derecho a morir con dignidad.

Es responsabilidad de las instituciones de salud salvaguardar la integridad de los trabajadores suministrando los elementos de bioseguridad para la atención de los pacientes y la preservación de sus derechos laborales.

Referencias

1. **Ministerio de Salud y Protección Social Colombia.** Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19. In: Dirección de Promoción y Prevención, editor. Bogotá, D.C. 2020. p. 1-6.
2. **Johns Hopkins University - Center for Systems Science and Engineering (JHU - CSSE).** COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) Baltimore: JHU - CSSE; 2020 [Disponible en: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>].
3. **Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina G, Livigni S, Mistraretti G, et al.** Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments, in exceptional, resource-limited circumstances - Version n.1: Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva - SIAARTI; 2020 [Disponible en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>].
4. **Christian MD, Devereaux AV, Dichter JR, Rubinson L, Kisson N.** Introduction and executive summary: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest.* 2014;146(4 Suppl):8s-34s.
5. **World Health Organization (WHO).** Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. *Geneva: WHO;* 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>.
6. **Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester M, Milliken A, Fabi R, 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. *The Hastings Center.* 2020:12.
7. **Pinto B, Gómez A, Marulanda J, León A.** Necroética: el cuerpo muerto y su dignidad póstuma. *Repertorio de Medicina y Cirugía.* 2018;27(1):55-64.
8. **Taboada P.** Ética clínica: Principios básicos y modelo de análisis. *ARS Médica Revista de Ciencias Médicas.* 1998;27(1):1-11.

9. **Dean C.** Guidelines for Epidemics: Who Gets a Ventilator? *The New York Times*. 2020.
10. **Ayebare RR, Flick R, Okware S, Bodo B, Lamorde M.** Adoption of COVID-19 triage for low-income settings. *The Lancet*. 2020;8(4).
11. **Wu X, Zhou H, Huang W, Jia B.** Strategies for qualified triage stations and fever clinics during the outbreak of COVID-19 in the country hospitals of Western Chongqing. *The Journal of Hospital Infection*. 2020; Journal Pre-Proof:1-6.
12. **Pezzino G.** Guide for Planning the Use of Scarce Resources During a Public Health Emergency in Kansas. In: INstitute KH, editor. *Topeka: Kansas Health Institute*; 2009. p. 1-50.
13. **Truog RD, Mitchell C, Daley GQ.** The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*. 2020.
14. **Ministerio de Sanidad España.** Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. 2020.
15. **SEMICYUC** (Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos (SEMICYUC); Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC); 2020. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf.
16. **Valle S.** El comité de Bioética de España propone que los sanitarios tengan acceso prioritarios a las UCI y a la atención Sanitaria. *El Mundo*. 2020.
17. **White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B.** Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med*. 2009;150(2):132-8.
18. **Pinto B, Gómez A, Castillo A, León N.** Principios éticos para afrontar la pandemia en Colombia Bogotá, D.C.: Razón Pública; 2020 [Disponible en: <https://razonpublica.com/principios-eticos-afrontar-la-pandemia-colombia/>].
19. **White DB, Lo B.** A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020.
20. **Minne L, Abu-Hanna A, de Jonge E.** Evaluation of SOFA-based models for predicting mortality in the ICU: A systematic review. *Crit Care*. 2008;12(6):R161.
21. **Espinosa E, Galán J, Aldecoa C, Ramasco F, Llamas E.** Marco ético pandemia COVID-19. Madrid; 2020.
22. **Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J.** Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1994;47(11):1245-51.
23. **Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al.** Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(7):e45-e67.
24. **Redondo-González A, Varela-Patino M, Alvarez-Manzanares J, Oliva-Ramos JR, López-Izquierdo R, Ramos-Sánchez C, et al.** Valoración de escalas de gravedad en pacientes incluidos en un código sepsis en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Quimioter*. 2018;31(4):316-22.
25. **Acosta J, Antolínez A, Rodríguez C, Rojas A, Samudio M, Wiesner C.** Modelo de Soporte Integral y Cuidado Paliativo al Enfermo Crónico. Bases para su implementación: Instituto Nacional de Cancerología (INC); 2017. Disponible en: https://www.cancer.gov.co/Modelo_de_Soporte_Integral_2018.pdf.
26. **Resolución 229 de 2020.** Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, (2020).
27. **Consejo Nacional de Bioética.** Declaración del Consejo Nacional de Bioética, Marzo 19 de 2020. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (Minciencias); 2020. p. 4.
28. Sentencia 15737 de abril 23 de 2008, (2008).
29. Resolución 2665 de 2018, por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, 2665 (2018).
30. **Ministerio de Salud y Protección Social Colombia.** Documento de Voluntad Anticipada Bogotá, D.S.,2020 [Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf].
31. **Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente.** Guía para hablar con su familia sobre los documentos de voluntad anticipada en época de aislamiento. Bogotá, D.C.,2020. p. 11.

