

ORIGINAL

Los aspectos morales bioéticos y científicos guían las decisiones en el contexto de recursos escasos durante la pandemia por COVID-19



Rubén Darío Camargo Rubio

Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Sección de Bioética AMCI, Bogotá, Colombia

Recibido el 13 de julio de 2020; aceptado el 19 de octubre de 2020

Disponible en Internet el 13 de noviembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Bioética;
Conocimiento
científico;
Recurso escaso;
COVID-19

Resumen

Introducción: Las instituciones de salud podrán verse enfrentadas al desbordamiento en la atención médica y disminución de recursos en tiempos de la pandemia por COVID-19. De ser así tendrán que tomar decisiones basadas en el principio de justicia distributiva para beneficiar a quien más lo necesite y generar así el mayor bien social.

Objetivo: Analizar los aspectos morales, bioéticos y científicos en las decisiones que se toman en el contexto de recursos escasos por la pandemia por COVID-19.

Metodología: Se realizó un análisis y reflexión sobre los aspectos morales, bioéticos y científicos, basados en conceptos éticos reportados en la literatura médica y emitidos durante la pandemia por COVID-19.

Resultados: Para el análisis y reflexión se tomaron en cuenta tres aspectos: 1. El fundamento moral de la decisión (acción moral, dilema ético y conflicto de interés y teorías morales). 2. El fundamento bioético de la decisión (profesión médica, comités de ética hospitalaria, la ética clínica, principios de la bioética). 3. El fundamento científico de la decisión (triaje en la pandemia con sus prioridades, otras escalas de triaje).

Estadística: Por el tipo de estudio de reflexión no se utilizaron medidas estadísticas.

Conclusión: La sensibilidad moral, el razonamiento bioético y el conocimiento científico son fundamentales ante la toma de decisiones en tiempo de escasez y asignación del recurso. Siempre estarán acompañando la decisión de la justicia distributiva, haciendo respetar la dignidad y los derechos de los pacientes a la salud y la muerte digna.

© 2020 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: rcamargorubio@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.10.005>

0122-7262/© 2020 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Bioethics;
Scientific knowledge;
Scarce resource;
COVID-19

Bioethical, scientific, and moral aspects of decision making in the context of scarce resources during the COVID-19 pandemic**Abstract**

Introduction: Health institutions may be faced with an overflow in medical care and a decrease in resources in times of the COVID-19 pandemic. If so, they will have to make decisions based on the principle of distributive justice to benefit those who need it most and thus generate the greatest social good.

Objective: To analyse the moral, bioethical, and scientific aspects in the decisions made in the context of scarce resources due to the COVID-19 pandemic.

Methodology: An analysis and reflection was carried out on the moral, bioethical, and scientific aspects, based on ethical concepts reported in the medical literature, and issued during the COVID-19 pandemic.

Results: For the analysis and reflection, three aspects were taken into account: 1. The moral basis of the decision (moral action, ethical dilemma and conflict of interest, and moral theories). 2. The bioethical basis of the decision (medical profession, hospital ethics committees, clinical ethics, principles of bioethics). 3. The scientific basis for the decision (triage in the pandemic with its priorities, other triage scales).

Statistics: Due to the type of reflection study, no statistical measures were used.

Conclusion: Moral sensitivity, bioethical reasoning, and scientific knowledge are essential when making decisions in times of the allocation of scarce resources. They will always be accompanying the decision of distributive justice, as regards the respect for the dignity and rights of patients to health and dignified death.

© 2020 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En tiempos de normalidad los servicios de emergencias y cuidado intensivo operan bajo principios de igualdad y equidad, ofreciendo la atención médica sobre la base de que la vida es igual para todos y el derecho a la salud universal. Esta atención cambia durante una crisis de salud pública, en donde el enfoque del servicio médico se vuelve más utilitario y selectivo y parte de la ética de salud pública: «El mayor bien para quien más lo necesite»^{1,2}.

Los estándares bioéticos centrados en la vida, salud y comportamiento de las personas son relevantes y muy importantes en tiempos de pandemia. Al igual que los principios de sociabilidad o interacción social, subsidiaridad o responsabilidad social del estado, para garantizar un adecuado cumplimiento de las medidas de salud pública, las cuales son definidas como distanciamiento social, aislamiento preventivo, uso de cubre bocas³. Este cumplimiento de las normas de salud pública evitará la propagación de la infección, el colapso de las instituciones sanitarias y decisiones basadas en el principio de justicia distributiva para administrar el recurso escaso^{4,5}.

La Unesco ha establecido en la declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos que se requiere de una sensibilidad moral y de reflexión ética, en donde la bioética desarrolle un papel predominante en las decisiones que han de tomarse ante los problemas que se suscitan⁶. Una crisis de salud pública como la pandemia por COVID-19, que amenaza la salud, la vida y los comportamientos sociales, activa los deberes morales, legales y científicos

para proteger el derecho a la salud y a la vida de cada ser humano, organismo biológico y moral.

El objetivo de este artículo de reflexión es analizar los aspectos morales, bioéticos y científicos para una adecuada decisión, en el contexto de recursos escasos durante la pandemia por el COVID-19.

Planteamiento del problema

El COVID-19 ha mostrado el hecho de que nuestros recursos son limitados y que no podemos satisfacer todas las necesidades de servicio en tiempos de «excepción o urgencias» en la atención médica. Además, ha generado en los profesionales de la salud dilemas éticos y conflictos de interés en la atención, entre la ética de salud pública y la ética clínica⁷. Básicamente en la asignación de los recursos disponibles, cuando los mismos rebasan la demanda de quienes lo requieren.

Pregunta de la investigación

¿Las decisiones morales, bioéticas y científicas podrán realmente ser importantes en la asignación del recurso en tiempos de crisis de salud?

¿La salud pública con el principio de justicia distributiva será suficiente para asignar un recurso, sin contar con la moral, la bioética y lo científico?

Hipótesis

Una adecuada decisión en la distribución del recurso a quien más lo requiere siempre tendrá que involucrar los valores morales, la bioética y la fundamentación científica, para tener la decisión más completa, transparente y acertada sin vulnerar a las personas en sus valores, derechos y principios éticos a través de la justicia distributiva.

Aspecto principal del problema

La enfermedad por coronavirus 2019 (*coronavirus disease 2019, COVID-19*)⁸ ha colapsado la capacidad de las instalaciones de los servicios de emergencias, y de cuidado intensivo (UCI), durante el inicio de la pandemia en marzo de 2020 en países europeos (España, Francia, Italia, Reino Unido), impactando en los recursos disponibles a nivel de estructura, equipos y profesionales de la salud⁹, siendo la justicia distributiva la solución para la asignación del recurso en la crisis de salud pública sufrida en los países europeos al inicio de la pandemia.

Esta situación se puede presentar en países que aún no han tenido el pico de la pandemia, o que cuentan con rebrotos y escasos recursos para la atención del COVID-19.

Marco teórico

La asignación de los recursos escasos para salvar el mayor número de vidas y beneficiar al mayor número de personas, durante una emergencia sanitaria, implicará que en ocasiones se deba seleccionar entre pacientes con similares o iguales características médicas o de pronóstico clínico¹⁰. Por lo tanto en la asignación de recursos escasos se requiere de medidas justas y equitativas, haciendo un uso eficiente y seguro de los recursos disponibles⁷.

La salud pública en tiempo de crisis cuenta con herramientas y elementos necesarios para reorganizar la atención de la salud y hacerle frente a la contingencia. El principio de justicia social (justicia distributiva) rige la salud pública en tiempos de excepción y urgencias¹¹, y pasa a orientar y direccionar toda provisión de recursos de salud en las instituciones, durante el tiempo que dure la emergencia o la crisis sanitaria. La salud pública tiene como objetivo cuidar y mejorar la salud de la población y de cada persona¹². Busca el beneficio colectivo y se centra en el diseño y aplicación de medidas de vigilancia y mejora de la salud de las comunidades.

La ética en general, en el contexto de la salud pública y crisis sanitaria, debe ajustarse a las condiciones de «excepción y urgencias», primando el «mayor bien para el mayor número de personas». Es tratar al mayor número de personas y salvar el mayor número de vidas, ejerciendo la justicia social. Siendo la ética de la salud pública diferente, en tiempos de excepción y urgencias, a la ética clínica, al dar prioridad al bien común por encima de la autonomía individual ante una decisión¹³. En tiempos de pandemia los principios de la ética clínica están vigentes y pueden complementarse con otros principios, como equidad, igualdad, transparencia, mayor bien y dignidad, como apoyo al principio de justicia distributiva¹⁴.

Las decisiones tomadas a través del principio de justicia distributiva para la asignación del recurso en el pico de la pandemia por COVID-19 en países europeos se basaron en favorecer a los más recuperables, con menos comorbilidades, con menor edad, sin discapacidades, fragilidades o demencias o con valor social y calidad de vida. Esto generó cuestionamientos en relación con la asignación del recurso. Pero debe tenerse en cuenta que fueron decisiones hechas durante una planeación reactiva, en donde la justicia distributiva fue decisiva en momentos de crisis. No obedeció a una planeación previa y proactiva.

En España¹⁵ se asignó el recurso ventilador a pacientes menores de 70 años sin comorbilidades. Se asignó a los mayores de 80 años con comorbilidades solo oxigenoterapia convencional de apoyo. En Italia¹⁶, para la asignación del recurso cama UCI, se tuvo en cuenta la edad, discapacidades, fragilidades y demencias. En Holanda¹⁷, el recurso cama UCI y ventilador no se les proporcionó a personas mayores si procedían de un centro de ancianos, en donde se les estaban ofreciendo los cuidados paliativos. Esto era lo que se les ofrecería en los hospitales en caso de ser ingresados. Por esta razón no se recibían.

Todo lo anterior plantea la importancia de una adecuada decisión al asignar un recurso, en donde los aspectos morales, éticos y científicos deben acompañar la decisión al aplicar la justicia distributiva.

Metodología

Se realizó una reflexión y análisis de tres aspectos relevantes en la toma de decisiones en el contexto de recursos escasos, basados en conceptos éticos reportados en la literatura médica y durante la pandemia por COVID-19.

1. Fundamento moral de la decisión, en la cual se analiza la acción moral del acto, el dilema ético, el conflicto de interés y las teorías morales ante el dilema.
2. Fundamento bioético de la decisión, en la cual se analiza la ética profesional del médico, los comités de ética hospitalaria, la ética clínica, la bioética médica y sus principios.
3. Fundamento científico de la decisión, en la cual se analiza el triaje durante la pandemia, escalas de triaje y sus prioridades y otras escalas en el triaje.

Determinantes todos ellos de la sensibilidad moral, razonamiento ético y conocimiento científico en situación de escasez de recursos y asignación de los mismos durante la pandemia por el COVID-19.

Análisis

Fundamento moral de la decisión

En este punto del análisis nos referiremos al acto moral de tomar una decisión, al dilema ético y conflicto de interés que puede suscitarse ante una decisión, y finalmente analizaremos las teorías morales o éticas relacionadas con el dilema.

Acción moral

Para comprender la acción moral ante una decisión médica de asignación del recurso se tomó en cuenta la definición que Aristóteles (385 - 323 a.d.c *Ethica Nicomachea*) da al médico al considerarlo «virtuoso moral y virtuoso intelectual», entendiendo la virtud como la actitud honesta y de servicio que el médico ofrece al realizar la acción de tomar una decisión. Esta se acompañará de la moral, que es el conjunto de reglas aplicadas en los actos y juicios de la vida que orienta las acciones y comportamientos diarios¹⁸. Estos actos y juicios estarán siempre sujetos a la virtud moral del médico al tomar la mejor decisión de asignar un recurso o decidir una acción correcta.

El médico antes de tomar una decisión o definir una acción debe ver al paciente como su «par moral». ¿Qué le gustaría al paciente que le hicieran? ¿Lo mismo que a mí me gustaría que me hicieran? Si partimos de esta regla de oro «hacer a los demás lo que quiera que hagan conmigo», el fondo de la decisión estaría centrado en la virtud, lo moral, lo justo, lo bueno y correcto para el otro. Por eso se dice que el hombre puede actuar con moralidad o inmoralidad, pero nunca ser amoral¹⁹.

Dilema ético o conflicto de interés

Pero ante una decisión o una acción de asignación de un recurso, de un virtuoso moral o virtuoso intelectual, se podrán presentar dos situaciones: el dilema ético y el conflicto de interés. El primero se refiere a la ética y la moral que regula el comportamiento humano ante la decisión que se tome. En ocasiones nos encontramos ante situaciones en que no sabemos qué hacer, si escoger A (asignar o hacer) o B (no asignar ni hacer), y es cuando los valores éticos o morales que nos rigen entran en conflicto con la persona que tiene que decidir. Es entonces cuando estamos ante una situación que nos supone la generación de un dilema ético²⁰, que consiste en buscar la forma más adecuada para tomar la decisión más correcta. Es elegir entre lo correcto y lo incorrecto, lo que es bueno de lo que es malo, para quien será tributario de la decisión.

El segundo se refiere también a la decisión o acción de asignar un recurso donde se presentan dos posiciones, sino antagónicas, sí de opinión no necesariamente ética o moral o solo de conocimiento. Es cuando el médico (uno), con relación a un interés primario (decisión ética) difiere del otro médico (dos) que está influido por un interés personal o secundario (no tomar la decisión), que puede afectar a un tercero, el paciente. Es conflicto porque un interés personal, profesional, puede afectar una decisión o acción por consideraciones u opiniones individuales, éticas o morales, que son contrarias a la decisión que se tomó. Es cuando el médico (dos) no está de acuerdo con los argumentos que tomó el médico (uno) para la decisión.

El dilema ético y conflicto de interés ante la decisión o acción de asignar el recurso se presentará en la ética de salud pública solo en tiempos de excepción y urgencias. El dilema y conflicto de interés en la ética clínica siempre estará presente en tiempos de normalidad, de excepción y urgencias. En la ética de salud pública: ¿A quién asignar el recurso disponible? ¿Bajo qué criterios se toma la decisión

de aplicar el principio de justicia distributiva? En la ética clínica: ¿Qué principio ético fundamenta la decisión de asignar el recurso en la justicia distributiva? Los principios de la ética clínica que se aplican respetan la autonomía del paciente²¹. El principio de justicia distributiva de la ética de salud pública está respetando el bien colectivo y el menor daño social. Sin embargo, pareciera que en tiempos de crisis prima el bien colectivo sobre la autonomía del paciente.

Teorías morales de aproximación ética al dilema

A través de la historia se han planteado teorías morales y éticas que nos permiten aclarar la toma de decisiones o acciones y fundamentarlas ante un dilema moral o ético. Estas teorías a que nos referimos son: utilitarismo²², deontología²³, consecuencialismo²⁴, principalismo²⁵, ética de la virtud²⁶, casuística²⁷, las cuales no necesariamente el médico las tendrá que saber, pero sí por lo menos conocer que fundamentan desde lo ético y lo moral una decisión.

De estas teorías la ética de la virtud es la más cercana a la práctica clínica en relación con el acto médico de quien lo realiza. Un virtuoso moral e intelectual que es el médico desarrolla ante la decisión su carácter moral, virtuoso y honorable. Según Aristóteles, al desarrollar ciertos hábitos virtuosos, las personas podrán tomar decisiones moralmente correctas cuando se enfrentan a algún reto ético. Decisiones que estarán acompañadas de las virtudes socráticas (470-399 a.d.c) o llamadas también cardinales: prudencia, juicio, templanza y perseverancia. El extremo será una decisión ni moral ni ética, solo basada en la regla, la norma, el protocolo, sin tener en cuenta la moral (teoría casuística). Si la decisión es tomada con base en la teoría utilitarista estamos buscando un bien personal o comunitario. Si la decisión es basada en la teoría consecuencialista, «el fin estaría justificando los medios». Pero es la teoría deontológica la que nos dicta el deber ser y el deber hacer, que es buscar siempre hacer el bien, lo bien hecho, que junto con la teoría principalista establece los principios que rigen el actuar del profesional médico ante cualquier acto médico o decisión (tabla 1).

Fundamento moral de la decisión

Aspecto bioético de la decisión

Para el análisis de los aspectos bioéticos ante una decisión tendremos en cuenta la ética de la profesión médica, los comités de ética hospitalaria, la ética clínica, la bioética médica y sus principios.

Ética profesional en el médico. La toma de decisiones en la profesión médica²⁸ crea conciencia de responsabilidad social siempre con la idea de saber bien para hacer bien y no hacer daño «primum non nocere», fundamento del principio de no maleficencia. Los valores que deben acompañar esa decisión están en relación con conocer con rigor su arte; tener experiencia comprobada; ser responsable de lo que dice y hace; ser leal y verdadero, es decir, tener el saber debido; es hacer «el bien máximo», ser competente, profesional, moral, sin fraude o engaño²⁹.

Comité de ética médica u hospitalaria. Las instituciones que cuenten con un comité de ética institucional³⁰, o con el

Tabla 1 Fundamento moral de la decisión

Teoría moral	Acción moral del acto
Utilitarismo	Establece que la mejor acción es la que produce la mayor utilidad para el mayor número de individuos involucrados. Identifica el bien con lo útil, ya sea para el individuo, ya sea para la sociedad, maximizando la utilidad. Es una versión del consecuencialismo, al considerar que sólo las consecuencias de una acción son un criterio a observar para definir moralmente si esta es buena o mala
Deontología	La Real Academia define la deontología como la ciencia o tratado de los deberes. En la sociedad humana el único ser con capacidad para asumir obligaciones es el hombre, por gozar de inteligencia para distinguir lo bueno de lo malo, libertad para pensar, decir, hacer o no hacer cosas que puedan traer consecuencias buenas o malas y responsabilizándose de sus resultados
Consecuencialismo	Teoría de la ética normativa que sostiene que la bondad o maldad de un acto está determinada por las consecuencias que comporta. Para las teorías consecuencialistas, una acción se juzga buena si genera el mayor bien posible. El consecuencialismo sostiene que la moralidad de una acción depende sólo de sus consecuencias (el fin justifica los medios)
Principalismo	En 1978 se redactó el Informe Belmont, uno de los primeros documentos escritos sobre bioética. En este se reconocía los principios de autonomía, beneficencia y justicia. Un año más tarde, Beauchamp y Childress introdujeron en la reflexión bioética el concepto de no maleficencia, que es aceptado universalmente como cuarto principio
Ética moral o de las virtudes	La ética de virtud es una teoría que se remonta a Platón y de modo más articulado a Aristóteles, según la cual una acción es éticamente correcta si el hacerla es propio de una persona virtuosa. La ética de las virtudes busca explicar la naturaleza de un agente moral como fuerza motriz para el comportamiento ético, en lugar de reglas (deontología) o consecuencialismo, que se deriva como correcto o incorrecto del resultado del acto en sí mismo
Casuística	Aparece entre el siglo XVII-XIX, es un modo de entender el saber moral convirtiéndolo en una técnica de aplicación de reglas. Es tener un caso y saber llegar a la solución mediante una red de principios y reglas que se aplican. Entonces la moral consiste en poseer un esquema de toma de decisiones. La moral se convierte en una toma de decisiones basadas en una técnica

Fuente: Elaboración propia del autor.

servicio de Bioética o ética Clínica, o consultoría clínico-ética, deben definir una ruta ante situaciones de decisiones complejas. Entre ellas las referentes a la asignación de recursos en tiempos de excepción y urgencias. En caso de no contar con un comité de bioética y/o ética hospitalaria, el médico responsable podrá tomar la decisión en la asignación del recurso fundamentado en los principios éticos y derechos del paciente. Es recomendable en lo posible que el médico no asuma solo la responsabilidad moral de la decisión de la asignación del recurso y que la decisión tomada sea institucional y documentada en la historia clínica e informada a los familiares³¹. Tener siempre en cuenta que los comités de bioética y/o comités de ética hospitalaria son entes administrativos, consultores, orientadores, asesores y consejeros de las situaciones que tienen que ver con el respeto y cumplimiento de los principios éticos, deberes y derechos de los pacientes, los cuales requerirán tener directrices previas anticipadas y actualizadas en tiempos normales y para tiempos de crisis sanitaria las cuales apoyarán al médico responsable en la decisión conjunta entre él y el familiar del paciente.

Ética clínica. En situación de crisis sanitaria la ética de salud pública difiere de la ética clínica en que el derecho colectivo prima sobre la autonomía de la persona. Es decir, se busca el mayor bien para salvar al mayor número de personas. La ética clínica se fundamenta en la ética de los principios, la ética deontológica, la ética de las virtudes. La

ética de la salud pública se fundamenta en una ética utilitarista, consecuencialista o casuística que actuará de acuerdo a la necesidad de buscar el mejor fin personal o comunitario, aplicándose así la justicia distributiva «el mayor bien para quien lo necesita y pueda beneficiarse»³². La ética clínica en el contexto de la atención hospitalaria durante tiempos de normalidad y ahora en la pandemia y crisis de salud tiene en cuenta las situaciones de fin de vida, que se refiere a los momentos finales de una enfermedad que inevitablemente llevará a la muerte, en corto tiempo, con características de terminalidad e irreversibilidad, progresiva e irreversible³³. Situaciones como son: orden de no reanimación (ONR)³⁴, documento de voluntades anticipadas (DVA)³⁵, adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), muerte digna³⁶.

Bioética médica y sus principios. Los principios bioéticos propuestos históricamente por Beauchamp y Childress, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, están en la ética principalista. Esta consiste en conseguir un método sistemático de reflexión moral que permita elegir una solución correcta ante un dilema ético planteado ante una decisión o una acción médica. El principio bioético más relevante y sobre el que se fundamenta el principalismo es el «respeto a la dignidad de la persona»³⁷. Los principios fundamentales de la bioética siempre estarán basados en el respeto a la dignidad humana y los derechos humanos, por lo cual deberán guiar siempre las decisiones y

Tabla 2 Fundamento bioético de la decisión

Ética profesional	La ética profesional tiene como objeto crear conciencia de responsabilidad, en todos y cada uno de los actos que realiza. Está íntimamente ligada a las decisiones que se toman relacionadas siempre con la idea de un bien, el saber bien y no hacer daño «primum non nocere»
Comité de ética	Ante la pandemia del COVID-19 se recomienda en lo posible que el grupo de expertos en bioética y/o comité de ética institucional sean consultados por el médico responsable para la toma de directrices ante decisiones difíciles
Ética clínica	La ética clínica se fundamenta en la ética de los principios, deontología y la ética de las virtudes. En casos de excepción pasa a ser una ética utilitarista, consecuencialista o casuística, que actuará de acuerdo al recurso escaso disponible, para aplicar así la justicia distributiva que es, según Aristóteles, lo justo o correcto respecto a la asignación de bienes en una sociedad
Bioética y sus principios	La bioética en la medicina es definida como el estudio sistemático de ciencias de la salud y de la vida que mira la conducta humana dentro de los principios morales. Los principios bioéticos propuestos históricamente: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia se aplican en la ética clínica. Pero el principio bioético más relevante y sobre el que se fundamentan es el «respeto a la dignidad de la persona»

Fuente: Elaboración propia del autor.

prácticas médicas aun en el contexto de la crisis de salud actual y escasez de recursos. En ese mismo contexto de recursos escasos, los principios éticos garantizarán que las personas más vulnerables no sean discriminadas ante una decisión³⁸ (tabla 2).

Fundamentación científica de la decisión

Para el análisis de los aspectos científicos ante una decisión se revisó el triaje durante la pandemia, las escalas de triaje y su prioridad y otras escalas relacionadas no vinculantes ante una decisión.

Triaje durante la pandemia. Durante los tiempos de excepción y urgencias por la pandemia del COVID-19 la connotación del triaje cambia en relación con los tiempos de normalidad, debido a que la demanda de ingreso de pacientes en relación con la oferta de recursos es diferente entre los tiempos de crisis de salud y los tiempos de no crisis. En estas circunstancias el manejo del triaje será similar a la situación de medicina de catástrofes, en donde la atención se basa en la justicia distributiva y en la asignación adecuada de los recursos en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha recomendado que todas las instituciones³⁹ «deben contar con reglas claras para permitir el triaje organizado por niveles de cuidado, según sus posibilidades de atención y las habilidades de los profesionales para responder a la evolución de la enfermedad que amenaza la vida». Al aplicar el triaje la priorización en la atención no se puede basar en un único criterio como las comorbilidades, funcionabilidad, fragilidad, discapacidad o simplemente la edad. Tampoco en el mayor ciclo de la vida o años por vivir ni vida social útil. Se debe priorizar por criterios médicos a los pacientes con más posibilidades clínicas de recuperarse, siendo esto esencial en la decisión.

Se ha recomendado, de acuerdo a algunas experiencias como en el John Hopkins, Pittsburgh, Pennsylvania, Oxford y Harvard⁴⁰, la conformación de equipos de triaje, conocidos

como comité clínico de priorización (CCP), que se encargan de asignar los recursos escasos y realizar el triaje. Es un equipo de profesionales que están conformados por un recurso humano diferente de los que atienden en urgencias o UCI, y quienes participan en las deliberaciones acerca de cada caso. Con esto se evita posibles conflictos de interés, en la asignación del recurso, con los grupos de UCI y urgencias¹⁴.

Escala de triaje. Los pacientes COVID-19 al ingreso serán clasificados de acuerdo a la necesidad y los recursos existentes. Los «signos vitales» determinarán inicialmente la orientación de la decisión médica. Los puntajes que pueda arrojar le servirán al médico para aclarar el panorama, el pronóstico y posible evolución del paciente. Ante un paciente con vulnerabilidades, la decisión que se toma no será discriminatoria por la edad, comorbilidad o discapacidad y la misma enfermedad, sino médica. La literatura científica propone en tiempos de pandemia utilizar escalas objetivas de evaluación al ingreso del paciente. Dentro de esas escalas que se utilizan para la evaluación clínica se ha recomendado en tiempos de pandemia: la escala NEWS-2 (*National Early Warning Score 2*), versión modificada con la edad ≥ 65 años agregada por el factor de riesgo encontrado en informes recientes para el COVID-19⁴¹. Esta escala es una herramienta objetiva para decidir el nivel de atención médica: egreso hospitalario con atención domiciliaria; ingreso a hospitalización; ingreso a UCI, o situaciones terminales que requieren acompañamiento familiar y medidas de soporte de síntomas en cuidado paliativo. Otras escalas de evaluación, utilizadas como herramientas de apoyo en escenarios de alta demanda y escasez de recursos, en tiempos de excepción y urgencias en salud son: qSOFA, CURB-65⁴² y COVID-GRAM Score.

Ante una posible situación de aumento de la demanda de dispositivos de soporte vital que sobrepase la oferta, se hace imprescindible poder hacer un triaje de los pacientes con base en prioridades. La Sociedad Española de Medicina

Tabla 3 Fundamentación científica de la decisión

Triage durante la pandemia	La priorización en la atención del triaje durante la pandemia COVID-19 no se puede basar en un único criterio como la edad, comorbilidades, funcionabilidad, fragilidad o la discapacidad
Escala de triaje	La escala NEWS-2 (<i>National Early Warning Score 2</i>) es recomendada para el triaje como una herramienta objetiva para decidir el nivel de atención médica. Los puntajes que se obtengan servirán al médico para aclarar el panorama, el pronóstico y posible evolución del paciente. Otras escalas como herramientas de apoyo ante la decisión clínica son: qSOFA, CURB-65 y COVID-GRAM
Prioridad en el triaje	Ante una posible situación de aumento en la demanda de recursos que sobrepasa la oferta, se hace imprescindible poder hacer un triaje de los pacientes con base en prioridades. Pacientes con Prioridad I y Prioridad II requieren UCI. Los pacientes de Prioridad III y Prioridad IV, en casos de crisis, no ingresarán en UCI
Otras escalas en el triaje	Las escalas de funcionabilidad o fragilidad, al igual que la discapacidad, no se recomiendan tenerlas en cuenta ante una decisión de ingreso, son discriminatorias de población vulnerable

Fuente: Elaboración propia del autor.

Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)⁴³ recomienda clasificar a los pacientes de acuerdo a cuatro prioridades (I, II, III, IV). Pacientes con Prioridad I: necesitan monitorización y tratamiento intensivo. Prioridad II: monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas, no requieren ser ventilados de forma invasiva. Los pacientes clasificados con Prioridades I y II ingresarán a UCI. Los pacientes de Prioridad III tienen pocas posibilidades de recuperación y Prioridad IV, el beneficio es mínimo. En casos de crisis estos pacientes III y IV no ingresarán a UCI. Este modelo propuesto por la SEMICYUC permite al equipo tomar una decisión sencilla y ajustada a los principios de justicia distributiva y proporcionalidad y orientar los pacientes hacia el cuidado paliativo para manejo de síntomas, fin de vida y muerte digna⁴⁴. Otras escalas que no necesariamente tienen que ver con signos vitales se relacionan con la funcionabilidad⁴⁵, la fragilidad⁴⁶ y la discapacidad⁴⁷. Estas escalas no son recomendadas tenerlas en cuenta ante una decisión de ingreso a la UCI, ya que son discriminatorias de población vulnerable. Pero ante la escasez de recursos extremos, en tiempos de excepción o urgencias han sido determinantes ante la aplicación del principio de justicia distributiva y principio de proporcionalidad en algunos países durante esta pandemia (tabla 3).

Comentario

Una de las preguntas planteadas en la investigación es si la moral, la bioética y lo científico realmente son relevantes en la asignación del recurso.

De acuerdo al análisis hecho, la salud pública en el momento de crisis sanitaria asume el control de las instituciones y del recurso a través de la justicia distributiva, teniendo como objetivo un adecuado manejo y distribución de los mismos. Pareciera entonces que el aspecto moral, bioético y científico quedara relegado a un segundo plano ante la justicia distributiva. Debido a que la decisión es prioritaria y clara en la salud pública: «El recurso es para quien más se beneficie», ¿dónde queda la moral como principio

de actuación médica? ¿Y la ética? Pues lo científico se acomoda a detectar al paciente más grave y darle su atención médica debida. De ahí la importancia del valor profesional y de la identidad del médico como «virtuoso moral y virtuoso intelectual», quien tiene que saber equilibrar los valores humanos como el respeto y la dignidad, los derechos del paciente a la salud y la muerte digna, y los principios de la ética, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, con la justicia distributiva o justicia social, para poder tomar la mejor decisión. La justicia distributiva no tendrá el valor social si no está acompañada la decisión de lo moral, bioética y científico. Es por eso que los valores humanos, derechos del paciente y principios éticos no se pierden ante una decisión en tiempos crisis de salud. Al contrario, es cuando más importancia y relevancia adquieren cada uno de ellos ante la decisión. Sin incorporarlos en la decisión la justicia distributiva carecería de fuerza y sentido social, aunque el bien que busque sea colectivo.

Una segunda pregunta que se planteó para esta reflexión fue: ¿La salud pública con el principio de justicia distributiva será suficiente para asignar un recurso, sin contar con la moral, la bioética y lo científico?

Debemos tener en cuenta, de acuerdo a lo planteado, que la justicia distributiva tiene una razón de ser humana y social que favorece el bien común. La ética de salud pública busca el beneficio colectivo, se centra en el diseño y aplicación de medidas para la vigilancia y mejora de la salud de las poblaciones. Parte de lo particular, que es la persona, para llegar a lo general, que es la comunidad. Es asignar un recurso a través de la justicia personal, solidaria, colectiva y sanitaria. Por lo tanto, será útil y necesaria cuando las circunstancias de excepción y urgencias en una crisis de salud así lo ameriten. Pero esto no la exime de la responsabilidad de respetar los derechos humanos y de la dignidad de la persona. Es entonces necesario, para que tenga la validez social, claridad y transparencia ante la comunidad civil, estar acompañada de lo moral, bioético y científico en el estricto cumplimiento y rigor que conlleva el acto médico de decidir un recurso. Es importante tener en cuenta que para asignar

un recurso el aspecto científico es el primero a través del triaje que determinará de forma equilibrada, justa y equitativa el ingreso del paciente y la asignación del recurso en la UCI. Teniendo siempre en cuenta al paciente que por razones científicas no es tributario del recurso de UCI, este no será abandonado. Es ahí cuando lo moral y lo bioético asignan el valor humano de respeto y dignidad y el derecho a una muerte digna a través de los cuidados paliativos. La justicia distributiva asigna el recurso. La ética clínica asigna el valor humano, el derecho del paciente y el principio ético.

Podemos concluir, de acuerdo a lo comentado, que la sensibilidad moral, el razonamiento bioético y el conocimiento científico son fundamentales ante la toma de decisiones en tiempo de escasez y asignación del recurso. Siempre estarán acompañando la decisión de la justicia distributiva, haciendo respetar la dignidad y derechos de los pacientes a la salud y la muerte digna. Las decisiones médicas que se tomen aun en tiempos de pandemia se deben fundamentar en una teoría estructurada que argumente y discuta con bases morales, bioéticas y científicas la mejor decisión médica sin recurrir a razonamientos facilistas, utilitaristas, que ponen al descubierto el desconocimiento de la dignidad humana y los derechos en el paciente.

Financiación

El autor refiere no haber tenido ningún tipo de financiación para el escrito.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún tipo de conflicto de interés en esta presentación.

Bibliografía

- Daniels N, Sabin JE. Accountability for reasonableness: an update. *BMJ*. 2008;337, a1850-a1850.
- Upshur R, Faith K, Gibson J, Tracy CS, Wilson K, Singer PA, STAND ON GUARD FOR THEE. Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza. 2005.
- Pronunciamento de la Asociación Colombiana de salud Pública sobre la pandemia de coronavirus – COVID 19. 16 de marzo del 2020.
- World Health Organisation. Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza. WHO Press; 2007.
- Enemark C, Selgelid MJ. Ethics and security aspects of infectious disease control: interdisciplinary perspectives. Farnham Surrey; Burlington, VT: Ashgate; 2012. p. 240 (Global health).
- Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Records of the General Conference, 33rd session, Paris, 3-21 October 2005, v. 1: Resolutions. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000142825.page=80>
- Dilemas éticos en la era del coronavirus: ¿Qué vidas se deben salvar? [consultado 25 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.latimes.com/espanol/eeuu/articulo/2020-04-05/dilemas-eticos-en-la-era-del-coronavirus-que-vidas-se-deben-salvar>.
- Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS CoV-2 /COVID 19 en establecimientos de atención de la salud recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia; marzo de 2020.
- Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: Early experience and forecast during an emergency response. *JAMA*. 2020;323:1545–6.
- Savulescu J, Cameron J, Wilkinson D. Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators. *Br J Anaesth*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2020.04.011>.
- Powers M, Faden RR, Faden RR. Social justice: the moral foundations of public health and health policy. USA: Oxford University Press; 2006.
- Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia. Consejo de Salubridad General de Mexico. 2020. Adaptado de University of Pittsburgh. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health. Emergencia; 2020.
- Antonio Argandoña. Ética personal, los valores y la responsabilidad social corporativa. IESE Business School. Universidad de Navarra. 2009.
- Rueda EA, Caballero A, Bernal D, Torregrosa L, Suárez EM, Gempeler FE, et al. Pautas éticas para la asignación de recursos sanitarios escasos en el marco de la pandemia por COVID-19 en Colombia. *Rev Colomb Cir*. 2020;35(Esp. COVID-19):281–9, <http://dx.doi.org/10.30944/20117582.653>.
- Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC); marzo 2020. www.semicruc.org
- SIAARTI. Raccomandazioni di etica clinica per l'mmissione a trattamenti intensivi E per la lora sospensione, In condizioni eccezionali di squilibrio tra needità and risorse disponibili; 2020 [consultado 18 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20.pdf>
- Filosofía holandesa ante el Covid-19: Llevar a los ancianos a morir al hospital es inhumano. El Confidencial [consultado 2 Ago 2020]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2020-03-27/paises-bajos-coronavirus-colapso-cultura-muerte_2517808/
- Hardy-Pérez A.E. Roveló-Lima J.E. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Rev Med Investig*. 3; 79-84. DOI: 10.1016/j.mei.2015.02.007.
- Brabeck M. Moral Orientation: Alternative perspectives of Men and women En G, McLean (Ed. de la serie) & R, Knowles (Ed. del volumen), Foundations of moral education: Vol. 2. Psychological foundations of moral education and character development. 1992.
- Vera Carrasco O. Dilemas bioéticos en la Unidad de Cuidado Intensivo. *Rev Med La Paz*. 2010;16:50–7.
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine. New York: McGraw-Hill; 2002.
- Mulgan, T. Understanding utilitarianism. 2014. Accedido 24 Nov 2020. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=kbLCBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Mulgan,+T.+\(2014\).+Understanding+utilitarianism.&ots=cXdYK237IE&sig=03](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=kbLCBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Mulgan,+T.+(2014).+Understanding+utilitarianism.&ots=cXdYK237IE&sig=03).
- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial de España; 2011.
- Cejudo Córdoba R. Deontología y consecuencialismo: un enfoque informacional. *Crítica (México, D.F.)*. 2010;42:3–24.
- Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2013.
- Fiester A. Viewpoint. Why the clinical ethics we teach fails patients. *Acad Med*. 2007;82:684–9.
- Pérez Porto J yMerino M. Publicado: 2016. Actualizado: 2018. Definición de casuística. Disponible en: <https://definicion.de/casuistica/>

28. Raffino M.L. Ética profesional [consultado 2 Jul 2020]. Disponible en: <https://concepto.de/etica-profesional>
29. Código Internacional de Ética Médica. Asociación Médica Mundial. 57a Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. <https://www.wma.net/es/policies-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
30. Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Ministro de Salud.
31. Actualización de la declaración de consenso en medicina crítica para la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o confirmación diagnóstica de COVID-19. Julio 2020.
32. Araujo González R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Rev Nov Pob.* 2015;11: 89–96.
33. Miller PA, Forbes S, Boyle DK. End-of-life care in the intensive care unit: A challenge for nurses. *Am J Crit Care.* 2001;10:230–7.
34. Randall Curtis J, Kross E, Stapleton R. The Importance of Addressing advance care planning and decisions about do-not-resuscitate orders during Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4894>.
35. Resolución 2665 de 2018 donde se definen los requisitos del Documento de Voluntad Anticipada (DVA).
36. Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med.* 2014;370:2506–14.
37. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An Med Interna.* 2001;18:650–4.
38. COVID-19: Los principios de derechos humanos deben guiar las decisiones de salud. Estrasburgo 14 de abril de 2020 [consultado 4 May 2020]. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/covid-19-human-rights-principles-must-guide-health-decisio-1>.
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19. ASIF13- Versión 1.
40. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs2005114>.
41. Liao X, Wang B, Kang Y. Novel coronavirus infection during the 2019-2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-05954-2>.
42. Redfern OC, Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Inada-Kim M, Schmidt PE. A comparison of the quick sequential (sepsis-related) organ failure assessment score and the national early warning score in non ICU patients with/without infection. *Crit Care Med.* 2018;46:1923–33, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000003359>.
43. SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias [internet]. Madrid; 2020 [consultado 20 May 2020]. www.semicyuc.org; 1-15. Disponible en: <http://www.semicyuc.org>
44. 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;150:132–8.
45. Savard J, Leduc N, Lebel P, Béland F, Bergman H. Determinants of adult day center attendance among older adults with functional limitations. *J Aging Health.* 2009;21:985–1015.
46. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci.* 2001;56A:M146–56.
47. Cáceres Rodríguez C. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Auditio.* 2004;2, <http://www.auditio.com>.