



ASOCIACIÓN NACIONAL
DE
MÉDICOS FORENSES

REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL

www.elsevier.es/mlegal



REVISIÓN

Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19



Carles Martin-Fumadó^{a,b,c,e,*}, Esperanza L. Gómez-Durán^{c,d} y Màrius Morlans-Molina^{a,e}

^a *Cátedra de Responsabilidad Profesional Médica y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Área de Praxis, Servicio de Responsabilidad Profesional, Colegio de Médicos de Barcelona, Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya, Barcelona, España*

^c *Facultad de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España*

^d *Clínica Galatea, Fundación Galatea, Barcelona, España*

^e *Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC), Colegio de Médicos de Barcelona, Comitè de Bioètica de Catalunya, Barcelona, España*

Recibido el 4 de mayo de 2020; aceptado el 5 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Limitación de recursos;
Toma de decisiones;
COVID-19;
Asignación de recursos;
Equidad;
Principio de justicia

Resumen La pandemia por la COVID-19 ha suscitado problemas éticos y médico-legales, entre los que destaca la asignación equitativa de recursos sanitarios, sobre todo en relación a la priorización de pacientes y el racionamiento de recursos. El establecimiento de prioridades está siempre presente en los sistemas sanitarios y depende de la teoría de justicia aplicable en cada sociedad. El racionamiento de recursos ha sido necesario en la pandemia por la COVID-19, por lo que se han publicado documentos de consenso para la toma de decisiones sustentadas en cuatro valores éticos fundamentales: maximización de los beneficios, tratar a las personas igualmente, contribuir en la creación de valor social y dar prioridad a la situación más grave. De ellos derivan recomendaciones específicas: maximizar beneficios; priorizar a los trabajadores de la salud; no priorizar la asistencia por orden de llegada; ser sensible a la evidencia científica; reconocer la participación en la investigación y aplicar los mismos principios a los pacientes COVID-19 que a los no COVID-19.

© 2020 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Resource limitation;
Decision-making;
COVID-19;
Resources allocation;
Equity;
Principle of justice

Medico-legal and ethical considerations on resource limitation and clinical decisions during the COVID-19 pandemic

Abstract The COVID-19 pandemic has raised ethical and medico-legal problems, which include the equitable allocation of health resources, especially in relation to the prioritization of patients and the rationing of resources. Priority setting is always present in healthcare systems and depends on the theory of justice applicable in each society. Resource rationing has been

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carles.martin@comb.cat (C. Martin-Fumadó).

necessary in the COVID-19 pandemic, and therefore consensus documents have been published for decision-making based on four fundamental ethical values: maximization of benefits, treating people equally, contributing to creating social value and giving priority to the worst off, from which specific recommendations derive: maximize benefits; prioritize health workers; do not prioritize attendance on a first-come, first-served basis; be sensitive to scientific evidence; recognize participation in research and apply the same principles to COVID-19 patients as to non-COVID-19 patients.

© 2020 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La OMS declaró el 11 de marzo de 2020 la situación de pandemia por la COVID-19¹. Desde entonces, a medida que los profesionales sanitarios de todo el mundo afrontaban sus responsabilidades profesionales en la lucha contra dicha pandemia, han ido surgiendo diferentes problemas éticos, difíciles de resolver, entre los que destaca la asignación equitativa de los limitados recursos sanitarios disponibles^{2,3}.

En primer lugar, cabe recordar que toda actuación médica, y por lo tanto, también la toma de decisiones clínico-asistenciales relativas a la asignación equitativa de recursos sanitarios debe regirse por los principios éticos de la medicina establecidos por Beauchamp y Childress⁴: el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y de justicia. El principio de autonomía hace referencia a la capacidad individual de todas las personas para deliberar y decidir libremente, es decir, tomar decisiones sobre sí mismo con relación a los aspectos que le conciernen. El principio de beneficencia hace referencia a la obligación moral de actuar en beneficio de los demás, promoviendo su bienestar y sus intereses legítimos. El principio de no maleficencia o también conocido como *primum non nocere*, hace referencia a la obligación de no hacer daño ni perjudicar al paciente y, además, prevenir un posible daño. Finalmente, el principio de justicia hace referencia a la obligación de tratar a cada uno como corresponde, entendido esencialmente como un principio de política sanitaria y de reparto equitativo de recursos sanitarios. Así pues, los aspectos relacionados con el principio de justicia de Beauchamp y Childress serán claves para resolver los problemas éticos y médico-legales relativos a la asignación equitativa de los recursos ante la pandemia de la COVID-19.

El abordaje de dicha problemática ética y médico-legal exige la diferenciación conceptual de tres situaciones distintas que se plantean en el contexto de la atención sanitaria, en torno a la toma de decisiones clínico-asistenciales. Se trata de los conceptos de futilidad terapéutica que comporta la limitación del esfuerzo terapéutico, priorización de pacientes y racionamiento de recursos.

La futilidad terapéutica y limitación del esfuerzo terapéutico

La limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, que incluye la limitación de los tratamientos de soporte vital⁵, es una medida utilizada frecuentemente en el entorno del paciente crítico que hace referencia a la decisión de no instaurar o retirar, en el caso de que ya se haya instaurado, alguna actuación de soporte vital en un determinado enfermo cuando se cree que no aporta un beneficio significativo, más allá de la prolongación del proceso de muerte. En este caso, no hay duda de que no hay obligación moral de proporcionar un tratamiento fútil. El problema es determinar si un tratamiento lo es o no⁶.

Los factores que condicionan la futilidad del acto médico hacen referencia a tres aspectos diferenciales: los estrictamente técnicos, las cuestiones éticas y las implicaciones sociales. En cualquier caso, la futilidad hace referencia a un procedimiento médico que no merece la pena administrarse debido a que su utilidad es muy escasa, la probabilidad de conseguir su efecto es remota, el paciente estima que no le producirá ningún beneficio o, simplemente, su excesivo coste comparado con la ínfima probabilidad de que alcance el efecto deseado desaconseja su empleo⁷.

En este caso, el principio de no maleficencia exige velar, en todo momento, por no causar un mal al paciente. Ello se traduce en la voluntad de mitigar y de paliar el sufrimiento, incluso si tal empeño tiene como consecuencia la aceleración del proceso de la muerte. El paciente puede decidir cómo desea que se gestione el tramo final de su vida. Si está médicamente indicada, se podrá optar por una sedación paliativa, asumiendo las consecuencias que ello acarrea⁸.

Así pues, y aunque en ocasiones puedan confundirse, queda claro que, aunque existirán casos de limitación del esfuerzo terapéutico entre los pacientes afectados por la COVID-19, la pandemia de la COVID-19 no supone alteración alguna en la toma de decisiones asistenciales en relación con los supuestos de futilidad⁹.

La priorización de pacientes y el racionamiento de recursos

Priorizar es establecer un orden de asistencia médica mientras que racionar es asignar un recurso a un paciente y no asignarlo a otro. No hace referencia a un recurso fútil para ese paciente, sino a asumir la pérdida de oportunidad que supone dicha decisión respecto a la evolución de una patología.

En los servicios de urgencias se utiliza habitualmente el triaje, con este objetivo de la priorización de los pacientes. El triaje es un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad del paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y los medios que precise un paciente¹⁰. Pero el triaje también es un proceso de gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos¹¹. La gravedad de la enfermedad, la rapidez de su progresión, el tiempo de espera y el dolor son los criterios considerados más importantes y los más utilizados para la priorización de la atención a los pacientes en los servicios de urgencias. Se considera que un buen sistema de priorización debe incluir también la utilidad de la asistencia sanitaria para garantizar la equidad, por lo que debería tenerse en cuenta la necesidad del tratamiento que se pretende llevar a cabo¹².

Más allá de escenarios concretos, como el de los servicios de urgencias, el establecimiento de prioridades en la asistencia sanitaria siempre está presente en los sistemas sanitarios y conlleva procesos tanto de macroasignación, como de microasignación de los recursos sanitarios. La macroasignación de recursos hace referencia a los recursos que se asignan desde la Administración. La microasignación de recursos se refiere a la forma en que en el ámbito clínico se definirá a quién atender, de qué, cuándo y durante cuánto tiempo¹³.

En este sentido, dos de los aspectos más controvertidos en el proceso de toma de decisiones para establecer prioridades son: primero, definir cómo se decidirá, es decir el tipo de metodología que se usará para determinar el esquema de prioridades, y que las mismas sean socialmente válidas, y justas según la definición de Aristóteles de la justicia distributiva, de tratar a los iguales como iguales, y segundo, definir el papel de los expertos en el proceso de decisión de prioridades así como el grado de participación de la población en las decisiones sobre qué escoger¹³.

Respecto al primer supuesto, la respuesta vendrá determinada por la teoría de la justicia de la que partimos en la delimitación de los principios que deben regular la distribución de los recursos sanitarios. La determinación de los alcances y los límites de lo que en justicia es exigible depende de la forma en que se define y especifica el derecho a la atención sanitaria y el establecimiento de criterios para la distribución de los recursos sanitarios.

Así, existen diferentes enfoques al respecto, siendo los mismos fundamentalmente, la perspectiva libertaria, la igualitaria, la utilitaria y la comunitaria:

La perspectiva libertaria está regida por el principio de justicia conmutativa (cada uno recibe según sus

aportaciones), con lo cual se legitima la segmentación de la atención sanitaria y la caridad como forma de atender los problemas de salud de la población. El acceso a los servicios sanitarios depende del poder adquisitivo y de la capacidad de contratar un seguro médico regulado por las leyes del mercado.

La perspectiva igualitaria se fundamenta en la igualdad de las personas y considera la necesidad de que las instituciones sociales contrarresten la ausencia de oportunidades causada por el hecho de enfermar. Esta teoría defiende que la igualdad de acceso al sistema sanitario es la premisa para lograr un sistema sanitario justo. En este marco del igualitarismo, algunas versiones condicionan el derecho a la atención sanitaria a la responsabilidad individual en el origen de las enfermedades¹⁴, es decir, reconociendo las compensaciones que el sistema sanitario debe proporcionar a los individuos pero únicamente por los riesgos inesperados y no por aquellos que se corren a causa de las opciones en el estilo de vida.

Desde la perspectiva utilitaria el derecho a la atención sanitaria define el valor de las políticas sanitarias y de las intervenciones clínicas, exclusivamente en términos de las consecuencias medibles o de sus «resultados», o de eficiencia, si bien no queda claro, incluso desde distintas perspectivas religiosas, quién ni cómo deben medirse dichos resultados¹⁵. Los años vividos ajustados por calidad, por ejemplo, son unidades para medir resultados en salud que aúnan la supervivencia con la calidad de vida. Desde esta perspectiva, la justicia distributiva en la atención sanitaria siempre debe regirse por la relación costo-beneficio, de tal modo que nunca haya obligación de hacer en justicia algo que no sea económicamente óptimo.

Finalmente, la perspectiva comunitaria considera que cada bien o cada conjunto de bienes constituye una esfera de distribución y cada una de estas esferas tiene unos criterios y pautas apropiados. Esto implica, por un lado, reflexionar sobre el «significado social de la atención sanitaria», el cual está culturalmente inscrito y por lo tanto es dinámico y sometido a constante interpretación; por otro lado, aceptar que no hay ningún principio único de justicia distributiva que gobierne todos los bienes sociales, sino que más bien existe una serie de principios construidos que constituyen diferentes «esferas de la justicia».

En nuestro contexto social, donde impera la teoría de la justicia igualitaria, el esquema de prioridades socialmente válido para la asignación de los recursos sanitarios incluye aspectos como la edad o la calidad de vida de los pacientes, criterios que cuentan con un gran apoyo social.

Respecto al segundo aspecto, debe definirse el papel de los expertos en el proceso de decisión de prioridades y el grado de participación de la población en las decisiones sobre la microasignación de recursos. El racionamiento de recursos a unos pacientes respecto a otros, asumiendo las consecuencias que supone dicha decisión, debe hacerse en base a criterios médicos estandarizados mediante algoritmos de decisión consensuados en las guías de práctica clínica^{16,17}. En muchos casos las decisiones sobre el establecimiento de prioridades conllevan elecciones trágicas, sobre las cuales la sociedad tendría que definir sus límites morales, por lo que estas decisiones deberían responder a deliberaciones democráticamente informadas, en las cuales

participasen todos los actores involucrados. En este sentido el profesional de la bioética debería emerger como la figura capaz de promover el diálogo entre el mundo de la medicina y la comunidad, y enfrentar dilemas éticos incluso en situaciones clínicas emergentes¹⁸.

Sin embargo, hemos de reconocer la necesidad de respuesta inmediata que exige una situación como la pandemia de la COVID-19, de especial complejidad ante una demanda que excede los recursos disponibles, trasladando a los expertos el proceso de decisión de prioridades, que debe sustentarse en criterios médicos que deberían validarse socialmente, con la dificultad de no haber podido contar con un debate social inmediato al respecto.

La pandemia de la COVID-19 y el racionamiento de recursos para los pacientes

Durante la pandemia de la COVID-19 los profesionales sanitarios han tenido que enfrentarse a escenarios en los que no existen suficientes recursos disponibles (camas en unidades de cuidados intensivos, ventiladores, ECMO-oxigenación por membrana extracorpórea...) para el número de pacientes gravemente enfermos¹⁹, por lo que de la decisión de asignación de recursos depende quién tendrá una mayor oportunidad de seguir con vida o morir²⁰.

Afortunadamente, el racionamiento de recursos sanitarios está siendo necesario con muy poca frecuencia en relación con la medicina de catástrofes, donde los recursos disponibles son muy inferiores a los que se requieren y es imprescindible el racionamiento de recursos, no estando la misma exenta de debates éticos y discusiones clínicas incluso en esas circunstancias^{21,22}.

Así pues, de manera prudencialmente análoga a lo que acontece durante la atención en las grandes catástrofes, la pandemia de la COVID-19 ha trasladado al mundo a un estado de emergencia global. En Italia, por ejemplo, no se dispuso de tiempo suficiente para probar, ni verificar, al menos a gran escala, planes o protocolos ante la infección por la COVID-19 y la rapidez en la evolución del escenario hizo necesario adoptar soluciones fáciles y pragmáticas incluso para asuntos críticos y delicados ante la falta de recursos para todos^{23,24}. Desde entonces, el racionamiento de recursos sanitarios ha sido un fenómeno compartido por muchos países. Incluso en aquellos países, como Estados Unidos, que teóricamente tuvieron un mayor tiempo para prepararse, los efectos devastadores de la pandemia han obligado a racionar los recursos^{25,26}.

La previsión permite una planificación de escenarios futuros que incluya el debate ético sobre la asignación de recursos. La implementación de los algoritmos para la toma de decisiones críticas debería ser parte de la preparación para una pandemia en cualquier parte del mundo y dichos algoritmos deben incluir factores pronósticos más allá de los más evidentes: fragilidad, comorbilidad y estado funcional²³. De hecho, una dificultad añadida a la implementación de algoritmos de decisión en la pandemia de la COVID-19 ha sido la urgencia con la que las decisiones de práctica clínica y protocolos organizacionales están siendo reconfigurados necesariamente debido al conocimiento progresivo de la infección, lo que infunde incertidumbre en la

atención al paciente y conduce a una variación considerable en los tratamientos³.

En Italia, cabe destacar que ya en la fase inicial de la crisis asistencial, la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia y Cuidados Intensivos (SIAARTI) elaboró una serie de recomendaciones éticas para la asignación del tratamiento en situaciones excepcionales de recursos limitados²⁷. El documento produjo fuertes reacciones, dentro de la comunidad médico-científica, en el mundo académico y en los medios de comunicación. Sin embargo, también contó con el apoyo de gran parte de la comunidad médica^{24,28}. A los clínicos, no les sorprendió que el criterio de la edad de los pacientes, un criterio socialmente aceptado, comenzara a ser adoptado implícitamente en el algoritmo decisional para la asignación de los escasos recursos sanitarios ante el creciente número de pacientes graves^{23,29}. De hecho, el documento de la SIAARTI hacía mención a la edad del paciente en dos recomendaciones críticas: 1) «Puede ser necesario establecer un límite de edad para la admisión a cuidados intensivos. No es una mera elección relacionada con valores, sino una reserva de recursos extremadamente escasos para quienes pueden tener la mayor posibilidad de supervivencia y luego a aquellos quién puede tener más años de vida salvados, para maximizar beneficios para el mayor número de personas» y 2) «La presencia de comorbilidad y estado funcional debe ser cuidadosamente evaluado además de la edad. Es posible que la corta estancia en las personas sanas podría alargarse y por lo tanto, debe evitarse consumir recursos en caso de personas con edad avanzada, fragilidad o comorbilidad severa»²⁷. A pesar de la aceptación implícita de los profesionales sanitarios italianos del uso del criterio de la edad, existen discrepancias en el mundo académico ante dicha situación, en concreto sobre si es incorrecto priorizar a los pacientes más jóvenes con la COVID-19³⁰. De hecho, en España, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y otras entidades colegiales elaboraron diferentes protocolos reactivos a la crisis asistencial provocada por la COVID-19 que generaron cierto disconfort por sus referencias a la edad. Actualmente, los documentos de organizaciones como el Comité de Bioética de España³¹, la Comisión Central de Deontología de la CGCOM³² o la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias³³, utilizan una redacción que confirma el criterio de la edad, como de importancia innegable en la priorización, pero no con carácter exclusivo y subrayan la diferencia entre priorizar y denegar o limitar la asistencia.

Por último, corresponde recordar respecto al empleo del racionamiento de recursos sanitarios, que la aplicación de dichas políticas restrictivas (racionar) debe ser excepcional y que solo es justificable si todas las partes interesadas relevantes (hospitales, instituciones...) han tratado de aumentar la disponibilidad de recursos y ya han evaluado la viabilidad y seguridad para transferir pacientes a otros hospitales²⁹.

Documentos de consenso para la toma de decisiones

Desde una perspectiva ética, la novedad de la emergencia actual generada por la pandemia de la COVID-19 se basa en el número extraordinariamente alto de personas que se ven

personalmente afectadas por las implicaciones de la asignación de recursos escasos y que repentinamente se dan cuenta de que el principio de «los iguales deben ser tratados por igual» (de la definición aristotélica de la justicia distributiva) puede que ya no sea aplicable. Ante tal disyuntiva pues, y partiendo de la base de que los dilemas éticos, por definición, no tienen una respuesta correcta³⁴, estamos obligados a diseñar una estrategia protocolizada de actuación que permita la asignación lo más equitativa posible de recursos.

En consecuencia, la asignación de recursos y también su priorización y el racionamiento en la pandemia de la COVID-19 debe hacerse en base a criterios estrictamente médicos, respaldados por *scores* de decisión clínica¹⁹, validados socialmente y aún a sabiendas de que en estas circunstancias, el principio de autonomía de los pacientes puede verse limitado³⁵.

En este sentido, en España^{33,36-38} y a nivel internacional^{25,39-42} se han publicado multitud de documentos de consenso sobre recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis, revisados periódicamente, dado que el conocimiento de la enfermedad evoluciona muy rápidamente³⁴.

Todas estas recomendaciones tienen el objetivo de apoyar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas difíciles, facilitando criterios colegiados que permitan compartir la responsabilidad en situaciones que implican una gran carga emocional y explicitar unos criterios de idoneidad de asignación de recursos en una situación de excepcionalidad y escasez.

Hay consenso en priorizar la asignación de medidas de apoyo vital a aquellas personas con más posibilidades de superar su situación crítica y de recuperar su proyecto vital. Esta decisión tiene parámetros biológicos orientativos, pero también se deben considerar otros. Se debe valorar la capacidad de la persona para tolerar la elevada exigencia física, metabólica y cognitiva que supone, a corto y medio plazo, el inicio de terapia intensiva. Este es un aspecto muy relevante que no suele tenerse tanto en consideración y que puede derivar en obstinación terapéutica³⁸.

Por último, pueden desarrollarse documentos orientativos a nivel local y los expertos subrayan la importancia de que los documentos de toma de decisiones clínicas que elaboren los diferentes comités o grupos de trabajo deben ser revisados regularmente por algún comité centralizado de nivel jerárquico superior para asegurar que no se producen inequidades³⁴.

Valores éticos fundamentales para la toma de decisiones

Las propuestas para la asignación de recursos en pandemias y otros escenarios de escasez absoluta de recursos convergen en cuatro valores éticos fundamentales: maximización de los beneficios producidos por los escasos recursos, tratar a las personas igualmente, contribuir en la creación de valor social y dar prioridad a la situación más grave^{25,33,43,44}. Resulta obvio el hecho de que un solo valor fundamental no es suficiente para determinar el racionamiento de un recurso a un paciente sobre otro, si no que se requiere un

marco ético multivalor que se debe adaptar, dependiendo del recurso y del contexto de la actuación médica.

Recomendaciones éticas específicas para la toma de decisiones clínicas

Se ha propuesto que, de los cuatro valores fundamentales antes descritos, derivan seis recomendaciones específicas para la asignación equitativa de recursos sanitarios en la pandemia de la COVID-19²⁵: maximizar los beneficios; priorizar a los trabajadores de la salud; no priorizar la asistencia por orden de llegada; ser sensible a la evidencia científica; reconocer la participación en la investigación; y aplicar los mismos principios a los pacientes con la COVID-19 que a los no COVID-19.

Maximizar los beneficios es primordial en una pandemia, lo que implica, por ejemplo, que puede retirarse a un paciente de un ventilador o de una cama de UCI para proporcionarlo a otro paciente con mayor beneficio terapéutico. Los pacientes y sus familias deben ser conscientes de esta posibilidad^{29,34}. La idoneidad clínica del ingreso en UCI es un aspecto recurrente en el debate durante la actual pandemia y las decisiones al respecto conllevan un detenido análisis de la probabilidad de supervivencia y alta hospitalaria. Dicho análisis debe basarse en un juicio clínico de la reserva fisiológica del paciente y de su capacidad de recuperación. Así, el paciente se clasifica dentro de uno de los tres grupos de prioridad: alta, moderada o baja, lo que determinará qué pacientes ingresan primero⁴⁵.

La segunda recomendación implica priorizar a los profesionales sanitarios respecto a las intervenciones propias de la COVID-19 (test, equipos de protección personal, camas de UCI, ventiladores, tratamiento y vacunas). Todo ello debe estar disponible para los trabajadores de atención médica de primera línea y aquellos que mantienen infraestructuras críticas, particularmente aquellos que se enfrentan a un alto riesgo de infección y cuyo entrenamiento les hace difíciles de reemplazar^{46,47}. Se trata de elementos esenciales en la respuesta que nuestra sociedad puede dar a la pandemia y su priorización supone un beneficio para la población general.

La tercera recomendación invita a no priorizar la asistencia sanitaria en atención al orden de llegada. Sin embargo, ante la presión para tomar una decisión, en circunstancias en que la información es limitada, la selección aleatoria también es preferible a intentar hacer juicios pronósticos más precisos dentro de un grupo de pacientes más o menos similares²⁵.

Ser sensible a la evidencia científica implica no solo la priorización de recursos en un sentido restrictivo hacia aquellos que tienen peor pronóstico, si no también en sentido positivo, por ejemplo, en la priorización en el acceso a las futuras vacunas para las personas más vulnerables (después de los trabajadores sanitarios), con el objetivo de salvar cuantas más vidas mejor, ya que la evolución de la COVID-19 es significativamente peor en las personas mayores y aquellos con enfermedades crónicas.

Por último, reconocer la participación en la investigación implica priorizar recursos también ante aquellas personas que se dedican a la investigación de diversas terapias para la COVID-19. Su ascensión de riesgo durante su labor

investigadora ayuda a futuros pacientes y por ello deben ser recompensados.

El papel de los profesionales sanitarios

Ya se ha ejemplificado antes el difícil papel de los profesionales en la microasignación de los recursos sanitarios, con una carga emocional añadida a la compleja situación asistencial actual.

Algunos expertos recomiendan la distribución de funciones en los equipos, separando a los profesionales clínicos que proporcionan los cuidados a los enfermos de aquellos profesionales, apoyados por un equipo experto, que se dedican al triaje de la asignación de recursos^{25,34,43,48}, realizando la posterior comunicación de la decisión a los equipos clínicos, al paciente y a su familia.

En todo caso, además de la información sobre fundamentación ética y las recomendaciones que pueden aportar documentos como la presente revisión o los protocolos elaborados por las diferentes entidades citadas en este manuscrito, tal y como es de práctica habitual en las decisiones complejas a nivel asistencial, recomendamos la discusión en equipo para sustentar adecuadamente la toma de decisiones y compartir la enorme carga emocional que pueden suponer las decisiones de mayor complejidad ética, pudiéndose incluso efectuar una consulta urgente al comité de ética asistencial.

La responsabilidad profesional de los sanitarios ante la priorización de recursos

La responsabilidad profesional médica es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión⁴⁹. El análisis de la praxis médica en cada caso concreto requiere el estudio de las circunstancias específicas de cada situación (*lex artis ad hoc*)⁵⁰.

En el momento actual, la asistencia sanitaria se enfrenta a un escenario de praxis diferente al habitual y los profesionales actúan en el marco de una organización sanitaria condicionada por la crisis asistencial derivada de la pandemia y por nuevas regulaciones, lo que podría trasladar las reclamaciones de la acción contra el profesional a la responsabilidad del propio sistema o de los poderes públicos.

En la actual situación han surgido movimientos como el promovido por la asociación Humanizando la Justicia⁵¹ que subrayan que durante esta crisis los profesionales han prestado su servicio sin los medios suficientes para el ejercicio convencional de la profesión, en condiciones contrarias a la salud laboral convencional en un supuesto de crisis e inadecuadas en relación con la ecuación demanda-satisfacción, que muchos de ellos han realizado actuaciones reservadas habitualmente a profesionales de cualificación específica y que se ha prestado asistencia en instalaciones que no son estrictamente consideradas centros sanitarios. En virtud de lo anterior, proponen esquemas institucionales de responsabilidad frente a esquemas individuales y profesionales de responsabilidad⁵².

Es en este escenario en el que surge la priorización de recursos, una cuestión que puede haberse planteado hasta

ahora en supuestos de emergencia o de accidentes colectivos, en los que la urgencia es el elemento central, mientras que aquí el hecho diferencial está en que no es la urgencia sino la falta de material sanitario o de instrumentos para el tratamiento lo que obliga a la priorización y al racionamiento⁵², en estrecha relación con el concepto jurídico de pérdida de oportunidad⁵³.

Otra cuestión será determinar el grado de responsabilidad de los poderes públicos o aplicar criterios de graduación, de proporcionalidad, de la responsabilidad por el funcionamiento de la Administración⁵².

Conclusión

Puede que no haya forma de prevenir una pandemia de la COVID-19 en este tiempo globalizado, pero la información verificada es la prevención más eficaz contra el pánico que genera la infección⁵⁴. De la misma manera, ante problemas éticos que pueden plantearse en torno a la asistencia en situaciones extraordinarias como las derivadas de la COVID-19, así como para mitigar la desinformación e incertidumbre que las mismas pueden crear, es necesaria una transparencia ejemplar en lo que respecta a los criterios sobre la asignación de los recursos sanitarios y sobre la toma de decisiones clínicas de especial repercusión. Es necesario explicar con transparencia a los pacientes, familiares, profesionales sanitarios, a la comunidad y a los medios de comunicación cuáles son las circunstancias que motivan el racionamiento, si este existe, y en qué sentido⁵⁵. La crisis asistencial actual conlleva un escenario de especial complejidad que condiciona un ejercicio diferente al habitual para los facultativos y debe dar lugar a un debate ético activo e intenso, cuyos resultados deben incluirse en los planes de atención a futuras emergencias.

Bibliografía

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020. [consultado 1 May 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.
2. Iserson KV. Healthcare ethics during a pandemic. *West J Emerg Med.* 2020; 10.5811/westjem.2020.4.47549. [Publicación electrónica].
3. Kramer JB, Brown DE, Kopar PK. Ethics in the Time of Coronavirus: Recommendations in the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg.* 2020;30309-4:S1072-7515, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004> [Publicación electrónica].
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* 7. th ed New York: Oxford University Press; 2013.
5. González-Castro A, Rodríguez Borregán JC, Azcune Echeverría O, Perez Martín I, Arbalan Carpintero M, Escudero Acha P, et al. Evolución en las decisiones de limitación de los tratamientos de soporte vital en una unidad de cuidados intensivos durante una década (2005-2014). *Rev Esp Med Legal.* 2017;43:92-8.
6. García Lizana F, Santana Cabrera L, Martín González JC, Sánchez-Palacios M. Limitación del tratamiento en una unidad de cuidados intensivos. *Med Clin (Barc).* 2010;135:573-4.
7. Gamboa Antiñolo F. Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo? *Med Clin (Barc).* 2010;135:410-6.

8. Arimany-Manso J, Torralba F, Gómez-Sancho M, Gómez-Durán EL. Aspectos éticos, médico-legales y jurídicos del proceso del final de la vida. *Med Clin (Barc)*. 2017;149:217–22.
9. McIntosh L. Can the COVID-19 crisis strengthen our treatment escalation planning and resuscitation decision making? *Age Ageing*. 2020:afaa083, 10.1093/ageing/afaa083. [Publicación electrónica].
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. [consultado 1 May 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>.
11. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33 Supl. 1:55–68.
12. Allepuz A, Espallargues M, Martínez O. Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2009;24:185–91.
13. Guzmán Urrea MP. Análisis de las principales estrategias de racionalización de los recursos sanitarios en las reformas sanitarias actuales. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2007;13:66–84.
14. Dworkin R. Justice in the distribution of health care. *McGill Law J*. 1993;38:883–98.
15. Solnica A, Barski L, Jotkowitz A. Allocation of scarce resources during the COVID-19 pandemic: a Jewish ethical perspective. *J Med Ethics*. 2020;1062, medethics-2020-106242. doi: 10.1136/medethics-2020-42. [Publicación electrónica].
16. Bazyar J, Farrokhi M, Salari A, Khankeh HR. The principles of triage in emergencies and disasters: A Systematic Review. *Prehosp Disaster Med*. 2020;35:305–13.
17. Heller AR, Salvador N, Frank M, Schiffner J, Kipke R, Kleber C. Diagnostic precision of triage algorithms for mass casualty incidents. English version. *Anaesthesist*. 2019;68 Suppl 1:15–24.
18. Nicoli F, Gasparetto A. Italy in a time of emergency and scarce resources: the need for embedding ethical reflection in social and clinical settings. *J Clin Ethics*. 2020;31:92–4.
19. Steinberg E, Balakrishna A, Habboushe J, Shawl A, Lee J. Calculated decisions: COVID-19 calculators during extreme resource-limited situations. *Emerg Med Pract*. 2020;22 4 Suppl:CD1–5.
20. Kim SYH, Grady C. Ethics in the time of COVID: What remains the same and what is different. *Neurology*. 2020, 10.1212/WNL.0000000000009520. doi: 10.1212/WNL.0000000000009520. [Publicación electrónica].
21. Tang JS, Chen CJ, Huang MC. Ethical debates related to the allocation of medical resources during the response to the mass-casualty incident at formosa fun coast water park. *Hu Li Za Zhi*. 2017;64:105–11.
22. Ram-Tiktin E. Ethical considerations of triage following natural disasters: The IDF Experience in Haiti as a Case Study. *Bioethics*. 2017;31:467–75.
23. Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21:576–7.
24. Riccioni L, Bertolini G, Giannini A, Vergano M, Gristina G, Livigni S, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances. *Recenti Prog Med*. 2020;111:207–11.
25. 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, 10.1056/NEJMs2005114. [Publicación electrónica].
26. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020 Mar 27. doi: 10.1001/jama.2020.5046. [Publicación electrónica].
27. SIAARTI. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances. [consultado 1 May 2020]. Disponible en: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf> Acceso.
28. Piccinni M, Aprile A, Benciolini P, Busatta L, Cadamuro E, Malacarne P, et al. Ethical, deontologic and legal considerations about SIAARTI Document “Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances”. *Recenti Prog Med*. 2020;111:212–22.
29. Vergano M, Bertolini G, Glannini A, Gristina GR, Livigni S, Mistracetti G, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020;24:165.
30. Archard D, Caplan A. Is it wrong to prioritise younger patients with covid-19? *BMJ*. 2020;369, m1509.
31. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. [consultado 3 May 2020]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
32. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. [consultado 3 May 2020]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/coronavirus-.n.p..comision.central.de.deontologia.en.relacion.a.la.priorizacion.de.las.decisiones.sobre.los.enfermos.23.03.20.pdf>.
33. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. [consultado 1 May 2020]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética.SEMICYUC-COVID-19.pdf>.
34. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line. *N Engl J Med*. 2020, 10.1056/NEJMp2005492. [Publicación electrónica].
35. Rinnenburger D. The choices in CoViD-19’s time. *Recenti Prog Med*. 2020;111:186–7.
36. Ministerio de Sanidad. Manejo clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos. [consultado 1 May 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_uci_COVID-19.pdf.
37. Ministerio de Sanidad. Manejo en urgencias del COVID-19. [consultado 1 May 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf.
38. Comitè de Bioètica de Catalunya. Consideracions sobre la limitació de recursos i decisions clíniques en la pandèmia COVID19. [consultado 1 May 2020]. Disponible en: <http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/actualitat/2020/consideracions.Comite.Bioetica.Catalunya.COVID19.pdf>.
39. Maves RC, Downar J, Dichter JR, Hick JL, Devereaux A, Geiling JA, et al. Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation: An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. 2020;30691–7:50012–3692, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.03.063> [Publicación electrónica].
40. Swiss Society Of Intensive Care Medicine. Recommendations for the admission of patients with COVID-19 to intensive care and

- intermediate care units (ICUs and IMCUs). *Swiss Med Wkly.* 2020; 150:w20227.
41. Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R. For The Covid-Task Force Of Palliative Ch COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20233.
 42. Warrillow S, Austin D, Cheung W, Close E, Holley A, Horgan B, et al. ANZICS guiding principles for complex decision making during the COVID-19 pandemic. *Crit Care Resusc.* 2020 [Publicación electrónica].
 43. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet.* 2009;373:423–31.
 44. Bakewell F, Pauls MA, Migneault D. Ethical considerations of the duty to care and physician safety in the COVID-19 Pandemic. *CJEM.* 2020;24:1–6, 10.1017/cem.2020.376. [Publicación electrónica].
 45. Sokol D. Toma de decisiones en materia de triaje en Cuidados Intensivos en la emergencia del COVID-19. Guía práctica para médicos y directivos de hospitales. [consultado 1 May 2020]. Disponible en: <http://medicaethicist.net/wp-content/uploads/2016/06/Sokol-Cuidados-Intensivos-COVID-Abril-2020.pdf>.
 46. Interim updated planning guidance on allocating and targeting pandemic influenza vaccine during an influenza pandemic. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2018. [consultado 2 May 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/national-strategy/planning-guidance/index.html>.
 47. Binkley CE, Kemp DS. Ethical rationing of personal protective equipment to minimize moral residue during the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg.* 2020;30304–5:S1072–7515, 10.1016/j.jamcollsurg.2020.03.031. [Publicación electrónica].
 48. Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. *J Med Ethics.* 2020, pii: medethics-2020-106227.
 49. Medallo-Muñoz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc).* 2006;126:152–6.
 50. Pujol-Robinat A, Martin-Fumadó C, Giménez-Pérez D, Medallo-Muñoz J. Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39:135–41.
 51. Humanizando la justicia. Comunicado Asociación Humanizando la Justicia en defensa del personal sanitario. [consultado 3 May 2020]. Disponible en: <https://humanizandolajusticia.com/comunicado-asociacion-humanizando-la-justicia-en-defensa-del-personal-sanitario/>.
 52. Palomar-Olmeda A. Informe jurídico. Humanizando la Justicia. [consultado 3 May 2020]. Disponible en: <https://humanizandolajusticia.com/informe-juridico-alberto-palomar/>.
 53. Saigí-Ullastre U, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Cuantificación de la pérdida de oportunidad en responsabilidad profesional médica. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39:157–61.
 54. The Lancet. COVID-19: fighting panic with information. *Lancet.* 2020;395:537.
 55. Mawer C. Covid-19: We need to be open about rationing ventilators. *BMJ.* 2020;369:m1542.