



ORIENTACIONES ÉTICAS PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS LIMITADOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA¹

Consello de Bioética de Galicia (CBG)

Introducción

Es obligación de la Administración sanitaria y de los profesionales, independientemente del contexto sanitario que se esté viviendo, el reparto y uso adecuado de los recursos asistenciales aplicando el principio de justicia distributiva y de no discriminación de las personas en su acceso a ellos acordes a sus problemas de salud.

Por ello, la priorización de estos recursos es algo intrínseco en cualquier sistema público de salud, si bien en un entorno de crisis sanitaria y pandemia, como el actual, las decisiones de priorizar se hacen más complejas por la premura con que deben adoptarse y las consecuencias que pueden entrañar.

No se deben confundir con otras decisiones difíciles que forman parte de la práctica clínica habitual como son las relacionadas con la adecuación del esfuerzo terapéutico, que se fundan en un juicio medido sobre la utilidad vs. futilidad de las medidas terapéuticas en pacientes concretos.

En suma, priorizar los recursos sanitarios es una exigencia inherente al servicio público de salud, pero la situación excepcional causada por la pandemia, con un aumento desmesurado de la necesidad de recursos para dar respuesta a la emergencia, puede conllevar la escasez de algunos de ellos e impedir que se faciliten a todos los posibles beneficiarios. De ahí que, en escenarios como el actual, además de establecer criterios clínicos, sea necesario identificar los valores éticos que deben orientar la toma de decisiones y los principios y deberes generados por éstos.

¹ Este documento responde a una petición realizada por la Consellería de Sanidade de asesoramiento y orientación sobre las recomendaciones éticas para la toma de decisiones ante el aumento en la ocupación de Unidades de Pacientes Críticos.



Partiendo de que no es misión de la ética clínica elaborar protocolos para la toma de decisiones prácticas, pues los valores y principios en juego hay que analizarlos y ponderarlos caso por caso, pero sí puede ofrecer orientaciones que deberían aplicarse en el trabajo diario, el propósito del Consello de Bioética de Galicia con el presente informe es establecer unos criterios y orientaciones bioéticas para incorporar, con un mínimo de uniformidad, en los procesos de toma de decisiones en contextos de desequilibrio entre la demanda asistencial y los recursos disponibles, especialmente agudizados en tiempos de pandemia.

MARCO ÉTICO

En situaciones como la planteada, es necesario identificar los valores éticos y los principios y deberes generados por éstos que deben tenerse en cuenta en la toma de decisiones. También es importante recordar y asumir que en el ámbito de la salud es normal tener que adoptar decisiones éticamente difíciles. Integrar una adecuada deliberación ética en el proceso de toma de decisiones no implica que, especialmente en contexto de pandemia, exista una única solución satisfactoria.

La priorización de los recursos asistenciales tiene una vertiente pasiva, o de asignación de un orden en el acceso a dicho recurso y una vertiente activa o de retirada del recurso que ya ha sido administrado al paciente.

En uno y otro caso, tal decisión afecta diversos **valores** de la persona, como mínimo, a los siguientes,

1. La dignidad, cualidad inherente al ser humano por el simple hecho de serlo y que no depende de la edad, la condición social, el sexo, la posición social, la capacidad u otros factores.
2. La igualdad, condición también esencial de la persona que la hace tan digna como al resto de los seres humanos sin distinción pero que no es sinónimo de identidad, y por tanto permite reconocer y atender razonablemente las diferencias individuales.



3. La libertad, facultad del ser humano para decidir según su criterio, para elegir responsablemente entre un conjunto de alternativas valiosas.

El deber de proteger la integridad de estos valores involucra una serie de **principios** que deben ser respetados a la hora de tomar decisiones que puedan retrasar o limitar el acceso o el uso de un recurso asistencial, a saber,

1. Principio de justicia que exige la no discriminación en el acceso a los recursos sanitarios y una distribución equitativa entre los beneficios y las cargas (justicia distributiva).
2. Principio de solidaridad que tiene como objetivo velar y proteger aquellos valores humanos que son fundamentales en la vida de la persona y lleva implícito un mandato positivo de cuidado y atención, aunque no sea exigible ni garantice un trato recíproco.
3. Principio de respeto a la autonomía que impone el principio general de respetar las decisiones individuales adoptadas libremente por cada persona, en situación de plena capacidad, respecto a su vida y a su salud, incluso aquellas que pudieran perjudicarle.
4. Principio de administración responsable que establece la obligación compartida de garantizar un uso responsable de los recursos propios y ajenos, tomando en consideración a las personas afectadas actuales y también a las que no intervienen o no pueden participar por sí mismas.
5. Principio de eficiencia que exige maximizar los beneficios en salud en situaciones de recursos limitados, condicionado a los anteriores.
6. Principio de coste/oportunidad, que, ligado al anterior, implica la posibilidad de denegar o retirar un recurso cuando puede beneficiar más a otra persona. Se rechaza el criterio de orden de llegada ("primero en llegar, primero en ingresar") para la atención.



7. Principio de proporcionalidad que exige que cualquier limitación de la libertad y de los derechos individuales para conseguir un beneficio colectivo debe ser justificada.
8. Principio de reciprocidad que implica que la sociedad debe apoyar a las personas que asumen una carga o riesgo desproporcionado en la protección del bien público.
9. Principio de priorizar a los más desaventajados, en igualdad de condiciones.

Estos principios están interrelacionados y la decisión de salvaguardar uno puede entrar en conflicto con otros. Por ello, siempre deben valorarse y jerarquizarse atendiendo a cada caso y tipo de intervención de forma individual.

MEDIDAS PREVIAS A LA TOMA DE DECISIONES SOBRE PRIORIZACIÓN DE LOS RECURSOS

La pandemia ha supuesto una presión añadida a unos sistemas de salud ya limitados en sus recursos humanos y materiales, que pueden verse comprometidos a nivel territorial de manera desigual y en momentos no coincidentes. Para evitar que esto produzca diferentes respuestas en nuestra comunidad autónoma, el Consello de Bioética de Galicia considera que antes de acudir a la priorización de los recursos asistenciales es requisito previo adoptar una serie de decisiones organizativas de calado ético:

- No discriminar las necesidades de cuidados de los pacientes con patologías no Covid-19, lo que exige incluir en la priorización de recursos a la totalidad de los pacientes, (por ejemplo, las cirugías programadas no demorables, las cirugías urgentes y otro tipo de urgencias esperables).
- Verificar y maximizar soluciones organizativas (redistribución de los recursos bajo la idea de manejo como “hospital único en Galicia”, reforzando la solidaridad entre centros, apoyado por un sistema de transporte uniforme, organizado y eficaz; uso de recursos de los centros privados; demorar cirugías no urgentes; etc.).



- Aplicar los criterios organizativos dependiendo del tipo de intervención. Por ejemplo, serán diferentes para la elección de la población prioritaria a vacunar que para la asignación de ventiladores.
- Aplicar adecuadamente los criterios establecidos en condiciones habituales que se refieren a la no indicación de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y a las decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico².
- Planificar cuando se produce el ingreso de cada paciente en el hospital el grado de intensidad de tratamiento que estaría indicado llevar a cabo si fuera necesario, verificando si existe un documento de instrucciones previas y mediante un proceso de decisión compartida con el paciente o sus representantes. Esta práctica mejora la calidad de la atención y facilita un manejo más fluido del paciente en situaciones de urgencia donde el acceso a sus representantes puede verse limitado (por ejemplo, por las normas de control en determinadas situaciones como la actual).
- Presentar y dar a conocer a la ciudadanía los cuidados críticos y medios de soporte vital como “actuaciones clínicas limitadas en el tiempo”, que a partir de una situación determinada del estado del paciente pretende evitar la futilidad y priorizar las medidas paliativas³.
- Asegurar el tratamiento paliativo adecuado y el acompañamiento al final de la vida a todos los pacientes sin excepción.
- Establecer o reforzar mecanismos que faciliten incorporar en el menor tiempo posible a la práctica clínica las evidencias científicas de las que se va disponiendo en todos los ámbitos asistenciales.

² Consideramos preciso resaltar y agradecer el enorme esfuerzo realizado por todos los profesionales implicados en la atención a la Covid-19 para optimizar la base ética de las decisiones a tomar en todos estos meses de alta carga de trabajo, saturación puntual y desasosiego moral.

³ Las “actuaciones clínicas limitadas en el tiempo” consisten en un acuerdo entre los profesionales sanitarios y el paciente (o representante en caso de incapacidad), sobre la utilización de ciertos tratamientos médicos durante un período definido de tiempo evaluando la respuesta (Ver procedimiento en “Los Cuidados al final de la vida. Documento de Recomendaciones de la Comisión Gallega de Bioética, 2012”:

http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Cuidados%20CAST_240912_link.pdf)



- Establecer procedimientos/herramientas que faciliten obtener indicadores sobre dónde se están produciendo las principales presiones sobre los recursos asistenciales y cómo se está respondiendo a ellas, de manera que se pueda aprender y también corregir, si es necesario, consiguiendo con ello maximizar los resultados en salud en su conjunto.

MEDIDAS PARA EL CASO DE TENER QUE PRIORIZAR RECURSOS

Estas medidas sólo deben ponerse en marcha una vez agotadas todas las opciones organizativas posibles mencionadas en el apartado anterior.

En un contexto en el que fuera preciso priorizar los pacientes que pudieran acceder a los recursos propios de la atención intensiva, deberán usarse **criterios técnicos** que respeten siempre el marco ético descrito antes y que estén específicamente en concordancia con los valores humanos que se indican.

Aplicar protocolos de actuación. Existen protocolos con escalas de priorización ya establecidos y debatidos desde el inicio de la crisis, sobre los que los especialistas deben incorporar los conocimientos pronósticos adquiridos durante las fases previas de la pandemia. Para evitar inequidades en su aplicación se aconseja establecer un consenso sobre la escala (o escalas⁴) a usar, y usarla/as de la manera más uniforme posible en toda Galicia. En cualquier caso, debe realizarse un análisis individualizado e integral de cada paciente, teniendo en cuenta sus circunstancias, sus valores, sus planes anticipados de cuidados, su calidad de vida presente y futura, así como las perspectivas de éxito o futilidad de cada terapia (respiradores, hemofiltros, ECMO, etc) a corto y a largo plazo.

Incluir en la valoración de acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a todos los pacientes que tengan indicación de ingreso, independientemente de su patología (Covid-19 o no-Covid-19), de forma que los posibles criterios de priorización se apliquen a todos sin discriminación previa, porque la necesidad de priorizar será flexible según la disponibilidad de los recursos y no debería descartarse ningún paciente con un potencial beneficio.

⁴ Ya que hay escalas mejor adaptadas que otras a cierto tipo de cuadros clínicos. En todo caso, que sean las menos posibles.



Como la priorización es una medida excepcional tiene que ser flexible, reevaluable y limitada al menor tiempo imprescindible.

Asegurar al máximo las opciones terapéuticas para aquellos potencialmente excluidos, teniendo en cuenta que algunos tratamientos considerados “intensivos” (ventilación no invasiva, diálisis, etc.) pueden aplicarse también fuera de las UCI.

Procedimiento para la toma de decisiones de priorización

Para garantizar la aplicación de los criterios indicados de una manera homogénea y consistente se considera imprescindible que exista un procedimiento y que sea conocido por todos los profesionales implicados y accesible a los pacientes y a sus allegados. Dicho procedimiento deberá incorporar en todo caso los siguientes valores y principios:

- Igualdad de trato. La atención ha de ser proporcionada al nivel de beneficio esperable, sin otros criterios discriminadores sin justificación moral. Ningún criterio considerado de manera aislada puede ser decisorio.
- Autonomía: Siempre ha de tenerse en cuenta la voluntad del paciente y/o sus representantes, idealmente manifestada con anterioridad, y se intentará conocerla siempre a pesar de las limitaciones de tiempo y comunicación existentes en un contexto de urgencia.
- Maximizar el beneficio⁵ de los recursos existentes, centrándose en el pronóstico individualizado evaluado según las escalas o criterios consensuados. Esto implica la posibilidad extrema de la retirada cuando haya otros pacientes que se pueden beneficiar más de ellos.
- A igualdad de posibilidades de supervivencia, ponderar si priorizar aquellas personas que han tenido una menor posibilidad de desarrollar su proyecto vital y su expectativa de vida hubiera sido más prolongada en caso de ser tratadas (las personas de menos edad).

⁵ Medido como posibilidad de supervivencia al alta hospitalaria. En las patologías en las que está bien establecido considerar utilizar el número de años de vida salvados.



-
- Si hubiera igualdad tras incorporar los valores anteriores, podría tomarse en consideración un principio instrumental, por ejemplo, priorizar a profesionales que están contribuyendo a proteger a la ciudadanía asumiendo un riesgo personal en su actividad.
- Responsabilidad, transparencia y confianza que aseguren un proceso de toma de decisiones compartido, en equipo (multidisciplinario), que incluya al paciente y a sus allegados siempre que sea posible, que defina con claridad el canal de comunicación con dichos allegados, y que quede registrado en la Historia Clínica, de manera que puedan ser evaluables y defendibles *a posteriori*.

El procedimiento para la toma de decisiones de priorización tampoco debería prescindir de, al menos, los siguientes aspectos:

- Las acciones a realizar para conocer, con la máxima antelación posible, la lista de pacientes que sean probables candidatos a estos recursos asistenciales.
- Comprobar si existen instrucciones previas, y en su defecto, promover el conocimiento sobre los valores de la persona.
- Las actuaciones a llevar a cabo en caso de producirse una demanda inesperada de recursos con limitación temporal para la toma de decisiones.
- Los mecanismos para asegurar que la toma de decisiones sea siempre consensuada e implicar en ellas a profesionales con conocimientos y experiencia en el manejo de conflictos bioéticos, y que no tengan responsabilidad asistencial directa con los pacientes a tratar, estableciendo equipos de "triaje o soporte ético".



Existen varios modelos, que oscilarían entre los que descargan en este equipo (compuesto por personal clínico senior con experiencia en bioética y habilidades comunicativas y de gestión, que cuenta con el apoyo de otros profesionales sanitarios -médicos intensivistas; personal de enfermería de UCI; etc) la decisión del uso de recursos, liberando de tomar dicha decisión a los médicos directamente encargados del tratamiento; y los que integran en el equipo decisor, además de ese perfil de profesional a otros profesionales sanitarios con conocimientos y experiencia en ética, que también toman las decisiones de manera consensuada.

De este modo se puede aliviar a los médicos que tienen la atención directa del paciente de la "carga de responsabilidad y de trabajo extra" que les supondría este proceso de deliberación. Al menos, compartir las decisiones aligeraría el peso moral de tener que tomarlas, y de forma adicional, constituiría una garantía para la población de que el proceso de priorización se realiza siguiendo unos valores y principios éticos por personas que consideran algo más que los datos clínicos y lo hacen con menos sesgos, al no estar directamente implicados en los cuidados de los pacientes.

Todas las Áreas Sanitarias del SERGAS, gracias al trabajo realizado desde hace años, disponen de comités de ética asistencial (CEA), muchos de cuyos miembros tienen el perfil adecuado para colaborar en esta difícil tarea. Sería este equipo el encargado de informar, con claridad y transparencia, de las decisiones tomadas al paciente/los allegados.

- Insistir en la presentación de estos tratamientos como “actuación clínica limitada en el tiempo”.
- Una consideración merece especial el caso de retirada de recursos a un paciente para proporcionárselos a otro.



- Dado que estas son las decisiones más difíciles de adoptar siempre deben considerarse como cursos de acción extremos y ser tomadas por un equipo, con apoyo bioético, tras un tiempo prudencial de uso del recurso de manera que pueda comprobarse la respuesta del paciente, proporcionarle los tratamientos paliativos adecuados, reforzar en lo posible el acompañamiento y el confort del paciente y facilitarles apoyo emocional a sus allegados.
- Reforzar también acciones de acompañamiento y soporte a los/las profesionales, dado el impacto emocional y la carga moral que comportan las decisiones en este ámbito.
- El registro adecuado en la historia clínica de los criterios utilizados.
- Establecer una sistemática clara de reevaluación de las indicaciones y decisiones.



RECOMENDACIONES

- ✿ Promover el funcionamiento como “Hospital Único” solidario: Maximización y coordinación de los recursos entre las Áreas sanitarias para evitar las inequidades geográficas y la necesidad de establecer racionamientos locales de los recursos.
- ✿ Mejorar la deliberación y aplicación de criterios de ingreso en UCI y de adecuación del esfuerzo terapéutico, no determinados solamente por la limitación de los recursos.
- ✿ Tener en cuenta los pacientes con patologías Covid-19 y no-Covid-19 en la planificación de necesidades y en la asignación de los recursos.
- ✿ Retomar e impulsar la planificación anticipada y compartida de los cuidados, en especial en los pacientes de riesgo.
- ✿ Consensuar protocolos técnicos de priorización de ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos, y verificar que, además de actualizarse con los nuevos datos científicos de la experiencia reciente recogida de fases previas de la pandemia, preservan los valores humanos aquí definidos con especial atención en la no discriminación y en la maximización de beneficios de los recursos existentes
- ✿ En caso de necesidad de priorización que conlleve una limitación de la atención intensiva, favorecer la participación de profesionales no implicados en la atención directa al paciente con el impulso de equipos de triaje que incluyan profesionales con formación en bioética (miembros de los Comités de Ética Asistencial).
- ✿ Favorecer la transparencia y el conocimiento por parte de la población de que la utilización de medios de atención crítica cumple criterios clínicos y éticos de “ensayos de actuaciones clínicas limitadas en el tiempo”, comprendiendo que la aplicación de estos medios es reevaluable con periodicidad según sean la respuesta, evolución y la reevaluación pronóstica de cada paciente.
- ✿ En casos de imposibilidad de acceso a tratamiento intensivo máximo, asegurar el nivel siguiente de tratamiento y siempre los cuidados paliativos y el acompañamiento familiar.



- ✿ Realizar un registro pormenorizado del proceso de toma de decisiones, como buena práctica profesional, para después favorecer el aprendizaje reflexivo a partir de la revisión de la experiencia.
- ✿ La Administración Sanitaria adquiera el compromiso de:
 - Mejorar el proceso de toma de decisiones y acompañamiento en el final de la vida.
 - Potenciar la planificación anticipada y compartida de los cuidados en salud.
 - Consensuar y mantener actualizada una sistemática de actuación para toda la Comunidad Autónoma.
 - Promover actividades formativas y de comunicación con la sociedad que aborden estos temas fuera de la crisis.
 - Considerar la participación de los Comités de Ética Asistencial (CEA) en todos estos procesos.

CONSELLO DE BIOÉTICA DE GALICIA

Santiago, 24 de febrero de 2021



Bibliografía consultada:

- Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC (Rubio Sanchíz O, Coordinadora). 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); 18/03/2020. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf. (accedido el 04/02/2021).
- Emanuel, E., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., Zhang, C., Boyle, C., Smith, M., y Phillips, J. (2020). Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. New England Journal of Medicine, 382, 2049-2055.
- Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las Unidades de Cuidados intensivos-Cuidados Críticos. Documento de consenso grupo de referentes de UCI-Cuidados Críticos de Osakidetza. https://www.sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA_COVID-19/UCI/DOC_OSKD_RECOMENDACIONES_ETICAS_TRIAGE_UCI-CRITICOS.pdf el 12/2/2021 (accedido el 04/02/2021).
- Hortal-Carmona J, et al. La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia. Gac Sanit. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.006>
- Sarah E. Nelson. COVID-19 and ethics in the ICU. Editorial. Critical Care (2020) 24:519 <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03250-5>
- Zoe Fritz, Richard Huxtable, Jonathan Ives, Alexis Paton, Anne Marie Slowther, Dominic Wilkinson. Ethical road map through the covid-19 pandemic. BMJ 2020; 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2033>
- 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 25/03/2020. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf> (accedido el 04/02/2021)



- Sprung CL, Joynt GM, Christian MD, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. Crit Care Med. 2020 08; 48(8):1196-1202.
- Rubio O, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. Med Intensiva. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>
- Herreros B, Gella P, Real de Asua D. J. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. Med Ethics 2020;46:455–458.
- Joebges and Biller-Andorno. Ethics guidelines on COVID-19 triage—an emerging international consensus. Critical Care (2020) 24:201.
- Robert R et al. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. Ann Intensive Care (2020) 10:84 <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00702-7>.
- White DB and Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA. 2020 May 12;323(18):1773-1774.