



Persona y Bioética
ISSN: 0123-3122
ISSN: 2027-5382
Universidad de la Sabana

Ramírez Borrero, Néstor Daniel; Corredor Niño,
Mónica Andrea; Navas Gutiérrez, Sergio Eduardo
Recomendaciones bioéticas para la pandemia. Una perspectiva personalista
Persona y Bioética, vol. 25, núm. 1, e2515, 2021, Enero-Junio
Universidad de la Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.5>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83269976006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UAEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

RECOMENDACIONES BIOÉTICAS PARA LA PANDEMIA. UNA PERSPECTIVA PERSONALISTA

BIOETHICAL RECOMMENDATIONS FOR THE PANDEMIC.
A PERSONALISTIC PERSPECTIVE
RECOMENDAÇÕES BIOÉTICAS PARA A PANDEMIA.
UMA PERSPECTIVA PERSONALISTA

Néstor Daniel Ramírez Borrero¹Mónica Andrea Corredor Niño²Sergio Eduardo Navas Gutiérrez³**RESUMEN**

La emergencia sanitaria por la pandemia del covid-19 puso en evidencia limitaciones en los sistemas de salud a nivel mundial, lo que hizo necesario un marco bioético que brinde herramientas para orientar la toma de decisiones de los profesionales de la salud ante la escasez de recursos sanitarios. Modelos bioéticos como el principialismo, el utilitarismo y la bioética centrada en la persona buscan enfocar las decisiones clínicas con base en el respeto de los derechos y la dignidad de las personas, a fin de salvaguardar la práctica médica. La bioética centrada en la persona brinda un enfoque dirigido hacia el respeto de su dignidad en situaciones de urgencia sanitaria, para evitar dar un sentido material al hombre. Se requieren criterios de decisión para afrontar los conflictos bioéticos presentes en la práctica clínica, que reduzcan la carga legal, emocional y ética de la toma de decisiones en situaciones de pandemia.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DeCS): infecciones por coronavirus; covid-19; toma de decisiones; bioética; triaje; asignación de recursos para la atención de salud; personalismo.

DOI: 10.5294/pebi.2021.25.1.5**PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO**

Ramírez ND, Corredor MA, Navas SE. Recomendaciones bioéticas para la pandemia. Una perspectiva personalista. Pers Bioet. 2021;25(1):e2515. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.5>

- 1 <https://orcid.org/0000-0002-8479-7576>. Universidad Surcolombiana, Colombia. nestor.ramirez@usco.edu.co
- 2 <https://orcid.org/0000-0002-2653-273X>. Hospital Regional de Duitama, Colombia. andeanino2020c@gmail.com
- 3 <https://orcid.org/0000-0002-0984-5566>. Fundación para la excelencia de la medicina clínica en Colombia, Colombia. snavas@fundacionclinica.com

RECIBIDO: 15/10/2020

ENVIADO A PARES: 15/10/2020

ACEPTADO POR PARES: 09/12/2020

APROBADO: 28/12/2020

ABSTRACT

The health emergency due to the COVID-19 pandemic revealed limitations in health systems worldwide, making it necessary to establish a bioethical framework that provides tools to drive health professionals' decision-making amid scarce health resources. Bioethical models such as principlism, utilitarianism, and personalism seek to focus clinical decisions on respect for people's rights and dignity, thus protecting the medical practice. Personalism provides a person-centered approach to respect for human dignity during health emergencies to avoid giving material meaning to the individual. Decision criteria are required to face bioethical conflicts in clinical practice, reducing the legal, emotional, and ethical burden of decision-making in pandemic situations.

KEY WORDS: (FUENTE: DeCS): Coronavirus infections; covid-19; decision making; bioethics; triage; health care rationing; personalism.

RESUMO

A emergência sanitária devido à pandemia ocasionada pela covid-19 colocou em evidência limitações nos sistemas de saúde de todo o mundo. Isso levou à necessidade de um referencial bioético que ofereça ferramentas para orientar a tomada de decisões dos profissionais da saúde ante a escassez de recursos sanitários. Modelos bioéticos como o principlismo, o utilitarismo e a bioética centralizada na pessoa procuram enfocar as decisões clínicas com base no respeito dos direitos humanos e da dignidade das pessoas, preservando a prática médica. A bioética centralizada na pessoa oferece uma abordagem dirigida ao respeito a sua dignidade em situações de emergência sanitária, para evitar dar um sentido material ao homem. São exigidos critérios de decisão para enfrentar os conflitos bioéticos presentes na prática clínica que reduzam a carga legal, emocional e ética da tomada de decisões em contextos de pandemia.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DeCS): Infecções por coronavírus; covid-19; tomada de decisões; bioética; triagem; alocação de recursos para a atenção à saúde; personalismo.

INTRODUCCIÓN

Las condiciones de emergencia que se presentan actualmente debido a la pandemia por Sars CoV-2, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mes de marzo de 2020 (1), desde su inicio en China en diciembre de 2019, permitió comprender que la alta tasa de contagios, la afectación a la salud y la mortalidad de población en riesgo pondrían al límite los sistemas de salud mundial al tener que distribuir las camas hospitalarias y de unidades de cuidados intensivos (UCI) (que se convertirían en un recurso escaso) entre un gran número de pacientes enfermos y en grave condición. Esta situación exige a los servicios de salud la consolidación de un marco bioético cuyo objetivo sea evaluar las acciones significativas y previsibles que surgen en el proceso de atención de los pacientes, especialmente los procesos que involucren a aquellos con sospecha o confirmación del covid-19, desde el *triage* hasta la UCI; acciones sincrónicas con la crisis que lleva al personal de salud a tomar decisiones críticas como suministrar o suspender tratamientos y la decisión de llevar a UCI pacientes en relación con su ciclo vital, entre otros factores (2-5).

Con el fin de proponer a los profesionales de la salud algunas herramientas para la toma de decisiones, se llevó a cabo una revisión de la literatura para consolidar un marco bioético amplio, con los principales modelos bioéticos de referencia para situaciones de escasez de recursos sanitarios, incluida la bioética centrada en la persona, con el fin de promover la protección de los derechos humanos y la distribución adecuada de recursos de salud en situaciones de emergencia, lo que permite prevenir conductas con una carga emocional mayor, con mayor riesgo de sesgos o discriminación involuntaria.

En este sentido, se plantea una fundamentación teórica desde tres bases sólidas dentro de la bioética para tener en cuenta en todo proceso de decisión o conducta: 1) principialista, 2) utilitarista y 3) personalista.

MODELOS BIOÉTICOS

La primera base, el principialismo, nació en Estados Unidos con el informe Belmont, hace referencia a los conceptos del pensamiento normativo expresado en los cuatro principios que tiene como núcleo teórico, conocidos como (6,7):

- a) No maleficencia o el principio de no hacer daño: este principio establece la obligación de no producir daño de forma voluntaria, aserción que, en algunas circunstancias, principalmente en pacientes al final de la vida, genera conflictos debido a que puede ser necesario el uso de tratamientos que se sabe pueden generar algún daño o molestia (7).
- b) Beneficencia: consiste en procurar siempre ofrecer un bien al paciente, es decir, lograr acciones que promuevan la salud del paciente de acuerdo con sus circunstancias, bien su curación, el control de los síntomas, o, en su defecto, brindar consuelo (7).
- c) Autonomía: principio que busca promover el respeto a la libertad y elección individual que permite la toma de acciones propias con independencia, como expresión de la capacidad individual de determinación y gobierno (7).
- d) Justicia: consiste en el derecho de todo individuo a recibir una atención acorde a su enfermedad, sin ningún tipo de discriminación; principio encargado de balancear el beneficio del proceso, sus riesgos y sus costos (7).

EL UTILITARISMO SE CONSIDERA UNA TEORÍA CONSECUENCIALISTA, DADO QUE LAS DECISIONES ÉTICAS TIENEN QUE VER CON LA UTILIDAD QUE REPORTAN PARA LA PERSONA, LA INSTITUCIÓN O LA SOCIEDAD.

La segunda base corresponde al utilitarismo, que se fundamenta en el principio de utilidad, el cual plantea que una acción es justa si sus consecuencias son mejores que las que se sigan de cualquier otro curso alternativo de acción, y busca maximizar la felicidad o minimizar el sufrimiento del mayor número de personas (8,9). El utilitarismo se considera una teoría consecuencialista, dado que las decisiones éticas tienen que ver con la utilidad que reportan para la persona, la institución o la sociedad (7,10-12).

Basados en estas afirmaciones, y con un mayor enfoque en la práctica de la medicina, la base utilitarista puede llegar a fundamentar el ideal científico mediante el cálculo de probabilidades, es decir, la medición objetiva de las consecuencias de una acción basadas en el fin mismo u objetivo que las buscó, lo que favorece el desarrollo de la eficacia en las acciones clínicas; estos planteamientos adquieren una mayor relevancia para la salud pública, especialmente en situaciones de escasez previsible de recursos médicos, y le da un fundamento material a la moralidad, es decir, un valor al acto moral (11,12).

En este sentido, el utilitarismo sirve de base para las decisiones superpuestas en un contexto de recursos y resultados, teniendo en cuenta aspectos como la carga de la enfermedad, años de vida potencialmente perdidos o años de vida ajustados a la discapacidad, por ejemplo, al limitar el acceso de pacientes a unidades de cuidados intensivos únicamente por su edad. Esta base debe realizar

adecuadamente una evaluación de riesgos y beneficios, minimizando al máximo los primeros y maximizando los últimos (7,8).

Finalmente, la tercera base es la bioética centrada en la persona, que tiene como fundamento promover el bien íntegro de la persona, para lo cual se proponen cuatro principios (13):

- a) Defensa de la vida física: enfatiza el derecho a la vida y su integridad física como el principal concepto ante cualquier otro.
- b) Totalidad o terapéutico: busca la recuperación de la salud por medio de las intervenciones causadas por la enfermedad.
- c) Libertad y responsabilidad: busca velar por el respeto que tiene la autodeterminación del médico y del paciente, de manera individual y en conjunto.
- d) Sociabilidad y solidaridad: este último concepto debe ser entendido como la búsqueda del bien común, teniendo en cuenta la participación de los beneficiarios y la justa distribución de los recursos (9).

Este modelo busca fundamentar las decisiones sobre la base de un personalismo ontológico, de raíz más filosófica, abierta al diálogo con el mundo plural (13). La bioética centrada en la persona busca promover el bien íntegro de la persona humana, eje y centro de la vida, favoreciendo la capacidad de autodecisión y de elección,

fomentando el ejercicio de una autonomía responsable por encima de las condiciones de enfermedad, sociales, creencias éticas o religiosas, y que puedan llegar a comprometer la autodeterminación (13).

La situación actual comprende una crisis sanitaria de tamaños colosales, en la cual estas bases toman mayor importancia, sobre todo por el número de personas infectadas, su capacidad de diseminar rápidamente el virus y la necesidad de cuidados hospitalarios, así como de cuidados intensivos que hacen previsible la saturación de la capacidad del sistema sanitario y la escasez de recursos en las instituciones.

REFERENTES HISTÓRICOS

Aunque el estado de pandemia ha tomado por sorpresa prácticamente a todos los sistemas de salud del mundo, es posible tomar ejemplos adecuados de experiencias previas similares que nos orienten sobre los caminos tomados, los errores y las decisiones satisfactorias en el manejo de las pandemias. En 1918, en Pittsburgh, cuando la pandemia de influenza alcanzó su punto máximo, 2 semanas después hubo aproximadamente un nuevo caso relacionado con la gripe cada 90 segundos y una muerte relacionada con la gripe cada 10 minutos; allí se emplearon medidas utilitaristas en *triage*, de manera que la provisión de cuidados críticos fue guiada por el principio de tratar de ayudar a la mayor cantidad de personas a sobrevivir a la crisis, similar a las situaciones militares (14,15). Entre 2007 y 2013 se registraron dos picos de una de las pandemias más recientes, llamada de influenza H1N1, con un comportamiento social similar a la actual considerando el estrés que produjo en el personal sanitario por retos similares a los que se enfrentan hoy por la covid-19. Esta pandemia de

AUNQUE EL ESTADO DE PANDEMIA HA TOMADO POR SORPRESA PRÁCTICAMENTE A TODOS LOS SISTEMAS DE SALUD DEL MUNDO, ES POSIBLE TOMAR EJEMPLOS ADECUADOS DE EXPERIENCIAS PREVIAS SIMILARES QUE NOS ORIENTEN SOBRE LOS CAMINOS TOMADOS, LOS ERRORES Y LAS DECISIONES SATISFACTORIAS EN EL MANEJO DE LAS PANDEMIAS.

influenza H1N1 llevó consigo preguntas y decisiones importantes que se generan actualmente, como: ¿hay camas suficientes para todos? ¿Existen UCI suficientes? ¿Cómo clasifican los centros de salud a los pacientes para determinar la prioridad del tratamiento? ¿Qué criterios se utilizarán? ¿Quién desarrollará estos criterios?, junto con eventos que alteraron los sistemas de salud y económico (15)

Este último caso, reforzado en las experiencias previas de 1918, consolidó medidas proporcionales con las bases previamente explicadas, por ejemplo, la medida de *triage* se desarrolló siguiendo un equilibrio de conceptos utilitaristas e igualitarios, buscando brindar atención a aquellos con mayor probabilidad de supervivencia, por tanto, quienes necesitaban con mayor urgencia la prestación de los servicios (15,16). Este último modelo híbrido incluso se ha mantenido en la pandemia actual; su aparición y su inminente progreso han llevado a distintos sectores a redistribuir la capacidad clínica, sobre todo en materia de UCI, en pacientes con infección por la covid-19. Por ejemplo, Sokol, experto en medicina ética

y abogado, recomienda que se priorice al paciente con base en su reserva fisiológica y capacidad de recuperación en grupos de prioridad alta, moderada y baja, y en casos de moderada o alta prioridad evaluar la duración estimada en razón de: a menor tiempo requerido en UCI mayor prioridad, con un plus sobre pacientes según su fecha de primer ingreso o personal sanitario implicado en la atención de estos (17).

Similar a las medidas tomadas por España e Italia para afrontar la actual pandemia, en donde reemplazan términos y dan prioridad a la mayor esperanza de vida con calidad guiados por escalas objetivas como el Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFA) (18,19).

VISIÓN PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA CENTRADA EN LA PERSONA

Lo expresado previamente no significa que los planteamientos de la bioética personalista no tengan aplicabilidad para estos momentos, por el contrario, se considera que pueden dar una visión más amplia de las posibilidades disponibles para el manejo de los pacientes que parte de la base de los principios de igualdad y el mayor beneficio, manteniendo siempre el respeto a la dignidad de la persona en el centro de las decisiones, e incluyendo un sentido social y comunitario. Por tanto, una forma de aplicar los principios de la bioética personalista a la situación actual sería:

1. Defensa de la vida física, con énfasis en el derecho a la vida y su integridad física como el principal concepto, entendido en este caso como velar por la mejor calidad de vida posible para el paciente con infección por la covid-19.

2. Totalidad o terapéutico, que busca la recuperación de la salud por medio de las mejores intervenciones posibles en el paciente, sin que estas atenten contra el primer concepto, llámese terapéutica desde la necesidad de medicamentos hasta UCI.
3. Libertad y responsabilidad, entendidas como todo respeto por la decisión conjunta entre las capacidades máximas del equipo médico y el deseo o autodeterminación del paciente. Aquel paciente que haya expresado su deseo de no reanimación o no ingreso a UCI debe ser respetado, pues este se incorpora con el primer concepto en relación con su integridad física.
4. Sociabilidad y solidaridad, entendidas como la búsqueda del bien común, teniendo en cuenta la participación de los beneficiarios y la justa distribución de los recursos, es decir, enfocar nuestra medida de acción sin tomar partidos individualistas, buscando el mejor proceso que beneficie al mayor número de personas. Además, debe entenderse en torno a los esfuerzos administrativos en los diferentes niveles (Estado, entes territoriales e instituciones) encaminados a aumentar la capacidad instalada y mitigar el impacto de la pandemia, como acciones primarias y fundamentales a partir de las cuales se hacen necesarias las estrategias de distribución de recursos planteados (4).

RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES

Basados en consensos internacionales, como el grupo de trabajo del Colegio Médico de Tórax en 2008, y la Asociación de Cuidados Intensivos de Italia, entre otros, que buscan orientar al personal sanitario en la toma de decisiones en escenarios de atención en

situaciones de emergencias por desastres y de salud pública ante una probable escasez de recursos a la cual se enfrentarían, se proponen algunas recomendaciones para tener en cuenta en la toma de decisiones clínicas durante esta pandemia.

La difusión, aceptación y aplicación de las recomendaciones mencionadas a continuación hacen que los comités de bioética clínico-asistencial tengan un papel fundamental en todo el proceso. Estos espacios institucionales se consolidan como organismos interdisciplinarios de apoyo y soporte para las diferentes áreas asistenciales.

1. Promover programas con un enfoque de bioética preventiva, donde se creen políticas para la atención de desastres y pandemias que brinden herramientas ante decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) sin diferencias éticas entre retirar o no iniciar medidas de soporte a un paciente, con estrategias de educación y difusión sobre dichas políticas (20).
2. Crear un sistema de *triage* basado en pruebas y escalas, más que tener en cuenta solo el juicio clínico (20). Evitar definir la atención médica por sistemas previamente conocidos como “el más enfermo primero” o “el primero que llega el primero en atender”, reemplazándolos por un sistema con el énfasis de priorización basado en criterios objetivos como la severidad de la enfermedad, comorbilidades, entre otros que se consideren pertinentes (21).
3. Favorecer el principio de beneficencia buscando que todas las intervenciones médicas estén encaminadas a ofrecer la mejor conducta para beneficiar al paciente, después de una evaluación de riesgo y beneficio que dé prioridad a la equidad en la distribución de los recursos escasos.
4. Respetar la autonomía del paciente en caso de lograr obtener su voluntad, evitando la no maleficencia –no hacer más daño–, al no iniciar o prolongar la reanimación cerebro-cardiopulmonar (RCP) en casos específicos (22). Se sugiere mantener criterios de inicio de RCP según la American Heart Association (AHA) y el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), tanto para pacientes adultos como pediátricos (23,24). Es importante que el equipo tratante considere el pronóstico vital pobre según escalas pronósticas como PaP score (Palliative Prognostic Score), Apache (Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System), etc., que permitan definir de forma temprana la necesidad de adecuar el esfuerzo terapéutico (25).
5. Establecer desde el ingreso un plan de adecuación terapéutica y documentarlo en la historia clínica con definición clara de si existe o no indicación de ventilación mecánica, severidad y pronóstico vital (5,26). Establecer criterios de manejo y direccionamiento de pacientes según escalas de gravedad y de severidad siguiendo un enfoque de criterios múltiples que promueva un ejercicio del *triage* definido en la literatura, combinado con los principios de sociabilidad/subsidiariedad y de dignidad de la vida humana (27). No es éticamente correcto basarse en un criterio único para definir el manejo de los pacientes, como por ejemplo la edad, la presencia de alguna discapacidad previa, la capacidad económica o nivel social, ya que se entraría en discriminación negativa y no objetivaría la conducta médica (28).
6. Evitar la futilidad en los tratamientos médicos que lleven a la obstinación terapéutica (distanasia), al pro-

NO ES ÉTICAMENTE CORRECTO BASARSE EN UN CRITERIO ÚNICO PARA DEFINIR EL MANEJO DE LOS PACIENTES, COMO POR EJEMPLO LA EDAD, LA PRESENCIA DE ALGUNA DISCAPACIDAD PREVIA, LA CAPACIDAD ECONÓMICA O EL NIVEL SOCIAL, YA QUE SE ENTRARÍA EN DISCRIMINACIÓN NEGATIVA Y NO OBJETIVARÍA LA CONDUCTA MÉDICA.

longar la vida de pacientes en muy malas condiciones y con un pronóstico ominoso definido, a través de procedimientos como la adición de medidas invasivas, soportes hemodinámicos adicionales (múltiples vasopresores), el incremento de parámetros ventilatorios, la realización de medidas de reanimación avanzada, entre otras. Estas situaciones se pueden controlar con la revisión diaria de la indicación de los distintos soportes que reciben los pacientes, y con la toma compartida de decisiones (con colegas, servicios de consultoría bioética o comités de bioética clínico-asistenciales).

7. Evitar el abandono terapéutico (mistanasia), situación que se puede presentar durante la atención de pacientes que han desistido de maniobras invasivas, o en quienes se ha definido la AET sin ingresar a UCI, al no brindar un adecuado control de los síntomas, así como los servicios básicos de enfermería, las medidas de comodidad establecidas y los servicios de apoyo psicológico, entre otros.
8. Puede ser éticamente permisible utilizar criterios de exclusión para la distribución de recursos de cuidados críticos, desde la objetividad, la equidad y la transparencia, siempre y cuando se supere el potencial de desventajas (20,29). Se deben definir

los criterios de admisión y alta a UCI según guías clínicas, los cuales deben ser flexibles y adaptables según la disponibilidad de recursos, el número de casos y el curso esperado de la enfermedad (4).

9. Los criterios de acceso a cuidados intensivos deben ser discutidos y definidos para cada paciente de la mejor manera posible, de forma temprana, idealmente en el momento en que ocurre el deterioro clínico, siempre que la disponibilidad lo permita; así como la decisión de no intubar, que debe estar registrada en la historia clínica, determinada idealmente por el paciente y el equipo médico, y dada a conocer a los familiares (4,20,29).
10. En el contexto de requerimiento de cuidados críticos de forma masiva, se sugiere que los pacientes que no cumplan criterios para ingreso a la UCI, ya sea por la presencia de alto riesgo vital dado el estado de severidad de la enfermedad, pronóstico vital, así como la presencia de comorbilidades, se deben establecer órdenes de no inicio de maniobras avanzadas de reanimación e inicio inmediato de cuidados paliativos, que promuevan la comodidad, el bienestar y mitiguen el sufrimiento, entendido este último como físico, mental y espiritual; y que respondan a las preocupaciones éticas de los pacientes y familia-

res (4,20). Se recomienda permitir a los pacientes y familiares establecer un límite de atención médica o desistimiento terapéutico, basados en el principio de veracidad; para ello se debe facilitar información adecuada del estado de salud del paciente, su pronóstico vital y alternativas de tratamiento.

11. Incentivar en los pacientes la realización de voluntades anticipadas, expresadas por el paciente en conjunto con los familiares o cuidadores, conociendo de forma clara, oportuna y adecuada el curso de la enfermedad, lo cual favorece una atención compartida en el proceso de atención de la enfermedad (4).
12. Si durante el proceso de atención y de toma de decisiones médicas se presentan situaciones de dificultad e incertidumbre particular, debe considerarse solicitar apoyo por consultores en bioética clínica o comités de ética hospitalaria, los cuales tienen un papel fundamental en la educación en aspectos éticos y bioéticos al interior de las instituciones de salud, así como en el desarrollo de políticas de atención humanizada.
13. Tener en cuenta que las atenciones en las unidades de cuidado crítico en condiciones de normalidad se enfocan en el paciente, y no en el rango de lo público y el efecto de las intervenciones en la distribución del recurso; por esto, las decisiones ante la emergencia solo se tomarán en el contexto de escasez de recursos y cuando se hayan agotado las opciones de derivación y de utilización de los recursos existentes, optimizando los mismos (30).
14. En caso de no tener claridad sobre las recomendaciones previamente establecidas, es necesario basarse en modelos para la toma de decisiones, como el Modelo Warwick, a fin de buscar una evidencia en cuanto a la situación clínica, riesgos y beneficios, sobre la base del razonamiento, equiparando cargas y beneficios para los pacientes, así como el tratamiento recomendado y la implementación de la decisión (31,32).
15. Buscar alternativas que permitan el acompañamiento a las personas enfermas y, como mínimo, a aquellas que están en los últimos días de su vida, máxime ante la probable prolongación e intensificación de la crisis sanitaria; estas alternativas se deben ajustar y ser proporcionales a las exigencias sanitarias de protección de la salud pública (31). En este escenario cobran particular importancia los cuidados paliativos en la atención de pacientes que no van a recibir atención con cuidados avanzados (33).
16. Se deben promover los cuidados paliativos para pacientes con la covid-19 con el fin de brindar atención y apoyo a estos y sus familiares, para optimizar el control eficaz de síntomas como la disnea, el dolor, el sufrimiento y el aislamiento de sus familiares; la promoción de la calidad de vida, así como el acompañamiento a los pacientes que se encuentren en la etapa de final de vida (34).
17. Los hospitales deben incluir recursos en la planificación de emergencias y deben anticipar la necesidad de servicios de consultoría ética durante el evento (20). Se recomienda que los hospitales establezcan planes para mitigar la carga emocional y mental de los trabajadores de la salud (4,35). Los profesionales que no puedan aceptar la implementación de estándares de atención de crisis deben ser reubicados en roles no clínicos durante la respuesta a la pandemia (4).
18. Se deben establecer planes para proteger a los trabajadores sanitarios en cuanto a medidas de bioseguridad, elementos de protección, así como atención personal y familiar (4).

COMENTARIOS FINALES

El estado de pandemia actual ha planteado un reto para los sistemas de salud a nivel mundial debido al gran número de contagios, que generan saturación de la capacidad instalada y ponen al personal de salud ante situaciones de toma de decisiones en condiciones de escasez de recursos, lo que crea conflictos bioéticos en el personal asistencial. Es ante estas circunstancias que se necesita tener un marco de referencia bioético sólido como herramienta fundamental para desarrollar los procesos de toma de decisiones en la práctica clínica diaria.

Si bien se ha definido que ante situaciones de escasez de recursos médicos la base teórica predominante es la utilitarista, debido a la necesidad de realizar acciones de priorización y *triage* para la asignación de dichos recursos escasos, se debe tener en cuenta que, al igual que sucede con el principialismo, se corre el riesgo de darle mayor atención a la aplicación de principios o criterios para resolver una situación o conflicto moral, que a la persona misma (13). En este sentido, Martínez plantea que para la atención de situaciones similares a la que se vive actualmente se requiere la aplicación de un utilitarismo modificado, que define como la aplicación del principio de utilidad de Mill asociado al discernimiento de base aristotélica, que acompañe al médico en la labor diaria, para lo que se debe tener en cuenta la indicación clínica de un tratamiento asociado a los que el autor llama principios de posibilidad, oportunidad, aceptabilidad y aquiescencia (36).

Por otro lado, la bioética centrada en la persona viene a enriquecer las posibilidades de respuesta ante las si-

tuaciones mencionadas, debido a que tiene una base antropológica sólida de referencia, en donde se busca resolver los conflictos generados por la escasez de recursos sin perder de vista el valor de la vida como base para el ejercicio de los demás principios. De esta forma, la bioética centrada en la persona llama la atención sobre aspectos que tienden a dejarse de lado en las circunstancias actuales como son la necesidad de promover una atención humanizada durante todas las etapas de la vida, de garantizar una atención médica adecuada según el estado clínico de las personas, acompañando los procesos del final de la vida con servicios de cuidados paliativos que garanticen el respeto por la dignidad de la persona hasta su final natural, y el acompañamiento en los procesos de toma de decisiones que permitan clarificar los valores que están en juego y favorecer la mejor atención posible sobre la base del respeto a la libertad de las personas.

Con esta revisión se busca ofrecer a los profesionales de la salud herramientas para la toma de decisiones de forma individual, a fin de evitar que esta sea improvisada, de forma aislada, sobre todo en pacientes vulnerables, a quienes se debe brindar protección especial a su autonomía, la cual puede estar disminuida por condiciones de salud, velando por la protección de los derechos humanos y la distribución adecuada de recursos de salud en situaciones de emergencia; lo anterior permite prevenir conductas individuales, con una carga emocional mayor, con mayor riesgo de sesgos o discriminación involuntaria. A través de estos recursos se promueve un ejercicio clínico más justo y con apoyo multidisciplinario a fin de tener al final un mejor desenlace para los profesionales y los pacientes.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19, celebrada el 11 de marzo de 2020 [visitado el 26 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Hick JL, Hanfling D, Wynia MK, Pavia AT. Duty to Plan: Health care, crisis standards of care, and novel coronavirus SARS-CoV-2. *NAM Perspect.* 5 de marzo de 2020 [visitado el 3 de abril de 2020]. DOI: <https://doi.org/10.31478/202003b>
3. Moreno J. Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia COVID-19. 2020 [visitado el 3 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS13.pdf>
4. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina G, Livigni S, Mistraletti 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. *Critical Care.* 2020;24(156). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w>
5. Espinosa E, Galan J, Aldecoa C, Ramasco F, Llamas E. Marco ético pandemia COVID-19. 2020. Disponible en: http://umucebes.es/wp-content/uploads/2020/03/Marco_etico_coronavirus.pdf
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 7 ed. New York: Oxford University Press; 2013.
7. Escobar-Picasso E. Principales corrientes filosóficas en bioética. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2010;67(8).
8. Amo R. Modelos de bioética. *Acta Bioet.* 2019;25(1):103-14. DOI: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2019000100103>
9. Lluca EO. Bioética personalista y Bioética utilitarista. *Cuad Bioét.* 2013;XXIV(10).
10. Gillon R. Philosophical medical ethics. *Br Med J Clin Res Ed.* 1985;290(6485):1904. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.290.6485.1904-c>
11. Gracia D. *Fundamentos de bioética.* 3 ed. España: Triacastela; 2008.
12. Sgreccia E. *Fundamentos y ética biomédica.* En: *Manual de bioética.* Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2012.
13. García JJ. Bioética personalista y bioética principialista. *Perspectivas. Cuad Bioét.* 2013;10.
14. White KA. Pittsburgh in the Great Epidemic of 1918. *West Pa Hist Mag.* 1985;68(3):21.
15. Tabery J, Mackett CW, Board U of PMCPITFTR. Ethics of triage in the event of an influenza pandemic. *Disaster Med Public Health Prep.* 2008;2(2):114-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e31816c408b>
16. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med.* 2020 [visitado el 5 de abril de 2020]. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>
17. 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. 2020. Disponible en: <http://medicalethicist.net/wp-content/uploads/2016/06/Sokol-Cuidados-Intensivos-COVID-Abril-2020.pdf>
18. Campos C. Así serán los criterios para decidir quién tiene prioridad cuando falten camas en la UCI. El español. 2020 [visitado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.lespanol.com/espana/20200320/criterios-decidir-prioridad-falten-camas-uci/475954325_0.html
19. Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán González M, et al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Inten.* 2020 [visitado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-plan-contingencia-servicios-medicina-intensiva-avance-S0210569120300954>

20. 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 [visitado el 6 de abril de 2020];0(0). DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
21. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;0(0). DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005689>
22. Rubio O, García ÁE, Martín Delgado MC, Saralegui I, Cabré L, Zapata L, et al. 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. 2020 [visitado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
23. Couper K, Taylor-Phillips S, Grove A, Freeman K, Osokogu O, Court R, et al. COVID-19 in cardiac arrest and infection risk to rescuers: A systematic review. *Resuscitation*. 2020;151:59-66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.04.022>
24. American Heart Association. ACLS cardiac arrest algorithm for suspected or confirmed COVID-19 Patients. 2020 [visitado el 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/resources/covid-19-resources-for-cpr-training/english/algorithmacsls_cacovid_200406.pdf?la=en
25. Glare PA, Eychmueller S, McMahon P. Diagnostic accuracy of the palliative prognostic score in hospitalized patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2016 [visitado el 6 de julio de 2020]. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2004.12.056>
26. Secretaría de Salud BDC. Consenso de recomendaciones sobre criterios de ingreso y egreso de pacientes adultos a la unidad de cuidado intensivo e intermedio de Bogotá D.C. Orientaciones técnicas. 2020 [visitado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Covid_S/Consenso_UCI_UCIM.pdf
27. Revello RÓ. Criterios para la asignación de asistencia mecánica respiratoria en pacientes con Covid 19, una mirada bioética. *Pers Bioét*. 2020;24(1):90-3.
28. Kottow M. Bioética en situaciones de catástrofe. *Rev Chil Salud Pública*. 2010;14(1):47-51. DOI: <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2010.8834>
29. Klugman C. COVID chronicles: What does triage mean, how does it work, and when will we need it. *Bioethics.net*. 2020 [visitado el 3 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.bioethics.net/2020/03/covid-chronicles-what-does-triage-mean-how-does-it-work-and-when-will-we-need-it/>
30. NICE NI for H and CE. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults - NICE Guideline. 2020. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng159>
31. Consello de Bioética de Galicia. Crisis sanitaria causada por el COVID-19. Algunas consideraciones éticas. 2020 [visitado el 2 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Bioetica/Documents/151/2020-Crisis-sanitaria-causada-por-el-COVID-19-Algunas-consideraciones-eticas.pdf>
32. Royal College of Physicians. Clinical decision making [visitado el 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.critical-care.nice.org.uk/clinical-guidelines>
33. Barrera EAR, Duque AC, Camargo DRB, Almonacid LT, Castro EMS, Rueda FEG, 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(2):281-9. DOI: <https://doi.org/10.30944/20117582.653>
34. ACC Paliativos. Recomendaciones de la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos para la atención clínica de paciente durante la pandemia por SARS CoV-2 /COVID-19. 2020 [visitado el 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.accpaliativos.com/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-COVID19-ACCP.pdf>
35. De Montalvo F, Altisent R, Bellver V, Cadena F, de los Reyes M, de la Gándara Á, et al. 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. Comité de Bioética de España. 2020.
36. Martínez CF. El utilitarismo y el ejercicio ético de la medicina. *Rev Conamed*. 1998;3(9):2.