

Crerios **éticos** sobre cuidados críticos en pandemia

COVID -19

Juan Carlos Tealdi

Hospital de Clínicas- UBA

Julio, 15- 2020

La pandemia de coronavirus y su enfermedad Covid-19 ha dado lugar al colapso de varios sistemas de salud en el mundo y a graves problemas éticos en las respuestas a esa situación. Para analizar y establecer criterios éticos que orienten las decisiones en salud en contextos de escasez de recursos frente a la saturación de la demanda, se han ofrecido numerosas guías, recomendaciones y pautas éticas.

Muchas de ellas se han focalizado en el intento de establecer restricciones al acceso a recursos tales como respiradores mecánicos, para lograr un racionamiento de esos medios. A la vez, se han propuesto complejos algoritmos para las decisiones en las unidades de cuidados críticos.

Otros documentos se han dirigido a una racionalización de los recursos escasos que no establezca dichas restricciones al estándar ordinario de atención de todo paciente crítico, a excepción de sus necesidades y probabilidad de revertir la amenaza vital causada por la enfermedad aguda que sufre.

Mientras las primeras proponen, en sus diversas variantes, un enfoque utilitarista dirigido a la maximización del bien común, las últimas defienden una concepción universalista del derecho a la salud entendido como el nivel más alto posible de salud física y mental para toda persona.

Los criterios que aquí se presentan introducen una visión consistente con esta última.

RESUMEN OPERATIVO

1 introducción

- 1 El colapso de varios sistemas de salud en el mundo ante la pandemia de coronavirus ha mostrado que ante esa situación las decisiones se tomaron en modo confuso y caótico sin legitimidad ética.
- 2 El aumento en el número de pacientes amenaza con ese colapso en Argentina.
- 3 Este documento presenta pautas focalizadas en la delimitación de responsabilidades éticas para el uso de los recursos críticos en el sistema de salud en situación de colapso sanitario.
- 4 Se propone que el foco de la planificación preventiva se dirija a fortalecer el funcionamiento integrado de los espacios y actores para un flujo seguro y efectivo en todos los niveles (testeo, triage y derivaciones).

2 colapso sanitario y planificación

- 5 Para que el uso de los recursos críticos en un colapso sanitario resulte éticamente justificado, ese uso debe ser diseñado, desarrollado y evaluado por un plan común. El fundamento ético-legal es el respeto de los derechos de los pacientes y en particular de los derechos a la vida, la salud y la integridad.
- 6 Ese plan debe delimitar las responsabilidades de los tres agentes mayores del sistema: autoridades sanitarias, establecimientos de salud con sus comités de crisis, y profesionales y trabajadores de salud.
- 7 La coordinación de las intervenciones y recursos entre los tres subsectores del sistema es lo que garantiza la imparcialidad y efectividad a todo paciente con indicación de cuidados críticos.
- 8 Operativamente debe coordinarse a los servicios de emergencia y derivación con los niveles de triage y entre ellos: 1. De ingreso, 2. de emergencia, 3. De cuidados críticos.

3 estándar de asignación de recursos escasos

- 9 Establecimiento de un estándar adecuado a la situación de colapso en la emergencia sanitaria con un equipo de triage centralizado para su coordinación con las unidades de terapia intensiva.
- 10 El estándar de emergencia en cuidados críticos debe garantizar el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental, sin discriminación alguna.
- 11 El paciente crítico ha de ser asistido según el nivel más alto disponible. Las UTI no deben utilizar *a priori*, con indiferencia del juicio clínico, criterios de justicia social propios de autoridad pública.
- 12 Las restricciones al derecho a la vida y la salud, por criterios tales como edad, expectativa y calidad de vida, discapacidades, y otros factores, sólo pueden ser establecidas, cuando esto es legítimo, por el Estado.
- 13 Si alguno de esos criterios tuviera condiciones de legitimación jurídica para incluirlo en un estándar extraordinario, deberán ser establecidos por norma gubernamental y aplicados por un equipo especializado de triage central en intercambio con las unidades de cuidados críticos y sus procedimientos de triage.

4 flujo efectivo de pacientes

- 14 La responsabilidad mayor de *las guardias* no sólo es asistir la condición de urgencia del paciente, sino asegurar su derivación a la unidad que pueda darle el cuidado necesario para su estado de salud.
- 15 *Las UTI* asignarán cada cama bajo criterios de clasificación por triage de los pacientes críticos, clasificando a los pacientes según una escala de gravedad y pronóstico de reversibilidad de la amenaza para la vida, según juicio clínico y sin utilizar criterios sociales de ningún tipo.
- 16 Para el funcionamiento eficiente de un plan de cuidados críticos es necesaria una comunicación permanente y de fácil acceso entre las UTI y las autoridades coordinadoras del plan.

-
- 17 La responsabilidad primaria de *las unidades intermedias* es garantizar el acceso a cuidados críticos con provisión de oxígeno, aunque sin disponibilidad de asistencia respiratoria mecánica.
 - 18 *Las salas generales* deben garantizar el acceso a cuidados básicos de emergencia tales como los que se necesitan en estados de dificultad respiratoria, shock, infecciones o trastornos mentales entre otros.
 - 19 Las derivaciones de pacientes críticos que no pueden ser asistidos en UTI deben ser acompañadas de una interconsulta y colaboración con las unidades de cuidados paliativos que actuarán para el control de síntomas. Estas deben desestimar todo acto o terminología que asocie a un paciente crítico sin acceso a UTI con lo que habitualmente se entiende por paciente terminal.
 - 20 La obligación de un hospital de campaña es poder proveer cuidados básicos a todo paciente afectado, pero se deberán habilitar en ellos los espacios de mayor complejidad posible, bajo la premisa de la mayor movilidad de los pacientes entre los niveles de atención según su necesidad y la disponibilidad de recursos.
 - 21 Para la coordinación de la asignación de cuidados críticos en el sistema debe constituirse un comité central de triage que se ocupará de revisar los criterios generales aplicables en modo permanente. y según los datos que se vayan recogiendo de las UTI en la evolución de la emergencia.

5 provisión/acceso a recursos materiales y humanos

- 22 Todos los agentes de un plan de cuidados críticos han de prever escenarios posibles al crecimiento de la demanda y planificar hasta el límite de sus posibilidades las acciones a tomar en cada caso.
- 23 Un plan de cuidados críticos debe capacitar a los trabajadores de salud en el uso racional de los recursos críticos antes que proceder a medidas de racionamiento de los mismos.
- 24 Las UTI tienen como responsabilidad mayor clasificar a los pacientes según las condiciones de recuperabilidad de su amenaza de muerte e ir asignando sus recursos según ese estado médico.

6 manejo de la información

- 25 El respeto de la dignidad humana como criterio mayor de un plan de cuidados críticos exige la información completa y adecuada al paciente y su entorno, garantizando la universalidad de su alcance a toda persona. Especial atención merece la situación del moribundo y su familia.
- 26 Los contenidos y criterios de priorización de un plan de cuidados críticos deben ser transparentes y de acceso público. La planificación debe establecer los procedimientos de apelación de las decisiones de triage.

7 evaluación del uso de recursos críticos

- 27 La evaluación del plan y sus ajustes debe ser realizada en modo interdisciplinario y en los tres niveles del sistema: gubernamental, institucional y de los profesionales y trabajadores de salud.
- 28 Los comités de ética han de integrarse al comité de crisis del establecimiento. Su función es la protección de los pacientes como sujetos de derecho en sus aspectos éticos, legales y sociales. Uno de sus miembros puede colaborar o integrar el equipo de triage de las UTI.

1 Introducción

1 colapso sanitario y legitimación ética

La pandemia de coronavirus y su enfermedad, Covid-19, ha mostrado el colapso de varios sistemas de salud en el mundo por un aumento abrupto del número de afectados en demanda de atención, sin disponer de suficientes recursos críticos para enfrentarla. En ese contexto, a la escasez de recursos materiales se vio sumada la escasez de trabajadores de salud, su falta de capacitación para la emergencia, y la falta de planificación en el sistema para responder en modo integrado a esa catástrofe. Al final, esas situaciones pusieron de manifiesto cómo sin un plan razonable y responsablemente ajustado a la variabilidad de los recursos disponibles para las decisiones de vida o muerte, esas decisiones se tomaban en modo confuso y caótico, sin legitimación ética, bajo criterios variables y arbitrarios de racionamiento.¹

2 la amenaza de colapso en Argentina

La posibilidad de ese colapso es una amenaza para todo sistema de salud. En Argentina, la política de aislamiento social preventivo instrumentada por el gobierno en modo temprano y acompañada por la población y las instituciones y profesionales de salud, más el fortalecimiento del sistema con recursos materiales y otras medidas asociadas, ha logrado importantes resultados sanitarios para la minimización en el curso temporal de la pandemia de su impacto en morbilidad y mortalidad.² Sin embargo, el aumento creciente en el número de infectados con el simultáneo aumento del número de pacientes que requieren cuidados críticos, sumado a las patologías estacionales que aumentan de ordinario la demanda de esos cuidados, hace crecer el riesgo de ese colapso, muy especialmente en el AMBA.

3 planificación responsable del riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado a los gobiernos el establecer protocolos y mecanismos para asegurar la provisión de servicios

esenciales de salud en la pandemia.³ El presente documento considera un conjunto de pautas focalizadas en la delimitación de responsabilidades éticas para el funcionamiento integrado del uso de los recursos críticos en el sistema de salud en situación de colapso sanitario. No trata por tanto de otras cuestiones sanitarias relacionadas con las respuestas ante la pandemia. Considera en cambio que las responsabilidades de los agentes del sistema deben asociarse a la participación de la población informada de los criterios utilizados para la asignación de recursos críticos escasos. Y afirma que esa participación debe alcanzar la convicción de que nadie dejará de recibir los mejores recursos disponibles para su cuidado, aunque la atención pueda variar según esa disponibilidad.

4 asignación integrada de los recursos críticos

En Argentina y otros países se han presentado numerosas guías y recomendaciones de distinto origen para la asignación de recursos críticos escasos.⁴ Aunque este documento comparte varios supuestos de las mismas, sin embargo, adopta un enfoque que se diferencia de la mayoría de ellas. Aquí se considera que el fenómeno más significativo de un colapso sanitario es la desorganización caótica de las respuestas a dar a una demanda masiva de atención y un número extraordinario de pacientes con su vida en riesgo. Por eso el foco de la planificación preventiva se debe dirigir a fortalecer el funcionamiento integrado de los espacios y actores que han de responder a ese fenómeno, para un flujo seguro y efectivo en todos los niveles (testeo, triage y derivaciones). Para esto se han de delimitar funciones y responsabilidades, estableciendo la dinámica operativa entre los mismos, partiendo del reconocimiento de la experiencia y responsabilidad de cada uno de esos actores para actuar en una situación caracterizada por la masividad y la urgencia. Este documento no pretende cambiar al sistema de salud. Esa tarea compleja, aunque necesaria, no puede hacerse en el curso de una pandemia. Lo que propone no es una gestión de casos, sino la planificación de una ética de la responsabilidad diferenciada e integrada en la gestión de flujo del sistema.

2 Colapso sanitario y planificación

5 planificación del uso de los recursos críticos.

El colapso sanitario se puede presentar en distintas fases, sean estas el colapso de una unidad aislada, cuando uno de los establecimientos de salud resulta saturado en su capacidad de respuesta a la demanda, sea la saturación de varias unidades, o sea la saturación completa en el acceso a las unidades del sistema. Por eso es que para que el uso de los recursos críticos en un colapso del sistema de salud por la pandemia de coronavirus resulte éticamente justificado, ese uso debe ser diseñado, desarrollado y evaluado por un plan común adecuado a las posibilidades del sistema. Planificar, cuidar y guiar han sido señalados como ejes mayores de una estrategia sanitaria éticamente fundada para la pandemia.⁵ Y en tanto ésta amenaza potencialmente a la población en su totalidad, esos tres ejes estratégicos deben ser coordinados en primer término a nivel de la autoridad sanitaria. El fundamento ético-legal común, capaz de abarcar al pluralismo de visiones éticas y de valores, es el respeto del derecho a la vida, la salud y la integridad, y de los demás derechos económicos, sociales y culturales reconocidos a toda persona como sujeto de derechos. Y es la autoridad sanitaria la que ha de garantizar básicamente el respeto de esos derechos.

6 responsabilidad: agentes de salud y comunidad

Ese plan, con fundamento en una ética de la salud basada en el respeto integral de los derechos humanos⁶ debe delimitar las responsabilidades de los tres agentes mayores del sistema: las autoridades sanitarias, los establecimientos de salud con sus comités de crisis, y los profesionales y trabajadores de salud. Y debe fortalecer la relación de éstos con la ciudadanía en general para responder en modo solidario a una cuestión de alto interés colectivo. Sus contenidos deben ser de conocimiento y acceso público, y su fin ha de ser que tanto el sistema de salud como la población se comprometan con las acciones a realizar para minimizar el número de afectados y de muertes, garantizando un trato digno, respetuoso, equitativo y sin discriminaciones. El compromiso de

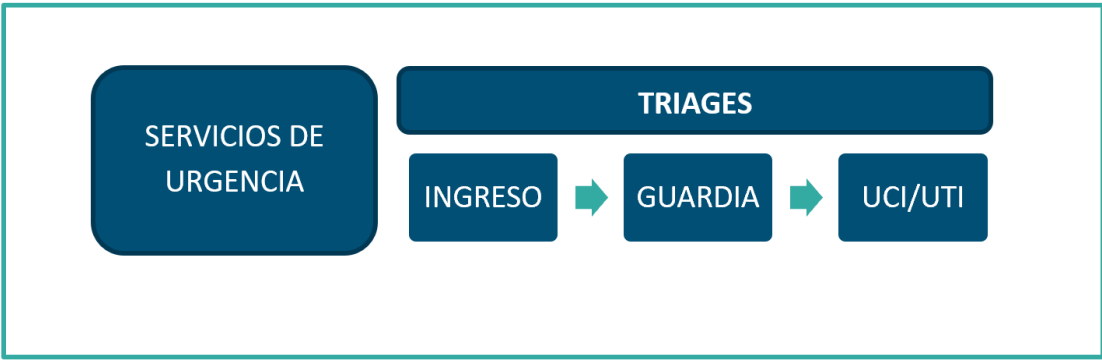
todos con la responsabilidad participativa de cada uno es la única garantía de confianza y aceptación de las decisiones en las situaciones trágicas de la pandemia.

7 **integración coordinada del sistema**

La autoridad de aplicación de la emergencia sanitaria en la Argentina es el Ministerio de Salud de la Nación. Ese marco legal habilita a introducir los criterios, recomendaciones y procedimientos generales a seguir en modo integrado para la asignación de recursos críticos en contexto de escasez. Así se ha de fortalecer la coordinación entre: 1) la autoridad nacional y las autoridades provinciales y municipales, con 2) los establecimientos locales de salud según regiones sanitarias y sus comités de crisis, y 3) los trabajadores de salud. En situaciones de escasez es la coordinación de las intervenciones y recursos entre los tres subsectores (público, privado y de obras sociales), lo que garantiza la plena imparcialidad y efectividad del sistema a todo paciente con indicación de cuidados críticos. Esta es la responsabilidad mayor de las autoridades sanitarias.

8 **clasificación y selección por triage**⁷

Ese plan ha de garantizar un uso de los cuidados críticos que sea imparcial, equitativo y universal ante la emergencia. Esto resulta necesario para asegurar el respeto integral de los derechos y libertades fundamentales de los afectados, las instituciones y los profesionales y trabajadores de salud. En el sistema funcionando en modo integrado ha de coordinarse a los servicios extrahospitalarios de urgencias con 1.el personal del triage de admisión/ingreso entre pacientes sospechosos de Covid-19 y pacientes no Covid; 2.la atención de guardia/emergencia con su triage de casos sospechosos leves, moderados y graves y sus derivaciones a internación domiciliaria o de campaña, sala general o UTI; y 3.el triage de ingreso a las unidades de cuidados críticos según su probabilidad de revertir la amenaza de muerte.



3 Estándar de asignación de recursos críticos escasos

9 estándar de legitimación

Frente a la posibilidad de colapso se debe establecer un estándar adecuado a una situación de emergencia sanitaria. Para una coordinación centralizada de los resultados de la aplicación al funcionamiento del sistema de los criterios de triage, es recomendable la realización de un triage centralizado que monitoree la asignación de los recursos críticos disponibles bajo criterios de probabilidad de supervivencia y derivación. Un estándar de emergencia delimita las responsabilidades y enmarca las decisiones en salud, pero no restringe el criterio clínico de manejo del paciente individual. Ese estándar otorga coherencia legal y administrativa por su origen gubernamental, la autoridad de aplicación de la norma y el contexto de interpretación, a los procedimientos de uso de los recursos críticos. La delimitación de responsabilidades hace posible que los actos y decisiones se realicen según el deber de cada uno de los actores. Estos actuarán bajo la legitimación ética de los criterios de imparcialidad, equidad y universalidad en la atención, sin que el vacío normativo o el incumplimiento del deber de unos se descargue indebidamente sobre los otros. En la confusión de la situación caóticamente desordenada de un colapso sanitario suele observarse que el peso de todas las exigencias cae injustamente sobre aquellos que están en la última línea de las decisiones de vida o muerte.

10 derecho a la salud

El primer supuesto de un estándar de emergencia en la asignación de cuidados críticos es garantizar el derecho a la salud que se entiende, por el rango constitucional del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU), como: “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Así la Comisión Interamericana de Derechos Humanos le ha recomendado a los Estados: “Velar por una distribución y acceso equitativos a las instalaciones, bienes y servicios de salud

sin discriminación alguna, sean públicos o privados, asegurando la atención de las personas con COVID-19 y los grupos desproporcionalmente afectados por la pandemia, así como personas con enfermedades preexistentes que las hacen especialmente vulnerables al virus. La escasez de recursos no justifica actos de discriminación directos, indirectos, múltiples o Inter seccionales.”⁸

11 **justicia y equidad**

El cumplimiento del derecho así entendido no permite hablar de “racionamiento”, sino de darle a cada uno el recurso más alto posible que se pueda darle. Se trata de “racionalizar” los recursos, de clasificarlos y ordenarlos para una mayor efectividad según la disponibilidad de los mismos: desde la asistencia en unidades de terapia intensiva, siguiendo por las salas de cuidados intermedios y generales, hasta llegar a la internación y cuidados básicos de atención en hospitales de campaña. El paciente crítico ha de ser asistido según el nivel más alto disponible. Cuando un nivel de atención, como los cuidados críticos con acceso a asistencia respiratoria mecánica, está saturado en todo el sistema, el paciente crítico ha de recibir la atención en el nivel de complejidad inmediato inferior en tanto no esté saturado. La equidad, que no es más que un modo de hacer justicia, no debe ser entendida en modo limitado al paciente crítico, sino en modo integral a todo paciente afectado por Covid-19 o por afecciones generales. La justicia no cabe que la veamos en un grupo de pacientes con independencia de todos los demás pacientes que merecen respeto de su derecho a la salud. El paciente crítico se define como aquel que tiene amenaza para su vida de modo tal que los criterios éticos para ese grupo de pacientes deliberan sobre el poder o no salvar su vida de la amenaza que tiene. Para esa evaluación individual en el juicio clínico se incluye la consideración de la edad como factor pronóstico según la afectación particular que un paciente tenga en un órgano o conjunto de órganos y según su estado de salud previo. Pero en las UTI no se deben utilizar *a priori*, y con indiferencia del juicio clínico individual, a la edad o las comorbilidades como criterio de exclusión para la asignación de recursos críticos a un paciente. Este criterio no es de índole profesional u hospitalaria. De querer ser aplicado, su recomendación debería emanar de autoridad pública. Pero todo paciente crítico tiene derecho a tener a su lado a quien le brinde cuidados, más allá de la complejidad que éstos puedan tener y de la eficacia en salvar sus vidas. El cuidado interhumano, con el grado de profesionalización que esté disponible, no puede ni debe ser considerado un recurso escaso.

12 criterios sociales (no médicos) de asignación de recursos

En situaciones de colapso sanitario frente a la pandemia de coronavirus, algunas sociedades científicas han propuesto criterios para priorizar la asignación de cuidados críticos.⁹ Y algunas unidades de cuidados críticos (UCI/UTI), en otros países, las han puesto en práctica según su arbitrio. Ejemplos de ello son la limitación del acceso a esos cuidados en razón de la edad, las comorbilidades, las discapacidades previas y la supervivencia libre de discapacidad, la expectativa de vida inferior a dos años, y el valor social entre otros. En Cataluña, una guía hospitalaria establecía una clasificación por la cual los pacientes con puntuación 5-8 o estadio 2 en un “Techo terapéutico”, no eran tributarios de asistencia respiratoria mecánica. Esa restricción se aplicaba si un paciente tenía 70 años (2 puntos) y requería de otras personas que cuidaran de él para sus necesidades básicas (3 puntos).¹⁰ Esos criterios, cuando no son aplicados bajo el estándar habitual de cuidado, suponen restricciones al deber de protección del derecho a la salud. Hay quienes las consideran razonablemente justificadas. Este documento no discute los supuestos sustantivos que puedan argumentarse respecto a esas restricciones. Lo que aquí se sostiene es que esas restricciones sólo pueden ser establecidas por el Estado.¹¹ Se trata de una cuestión de justicia social y no corresponde por tanto que pueda ser ejercida por los establecimientos, por los profesionales de salud, o por las asociaciones que los agrupan. Cabe diferenciar, sin embargo, a la ética social (externa) de los profesionales de la salud y la ética clínica (interna) que presupone el ejercicio mismo del arte de curar (*lex artis*). En ésta, por el fin ético que tienen las profesiones de salud (prevenir y curar la enfermedad, salvar vidas) sus procedimientos llevan implícito en los estándares de su práctica el hacer el bien, el no dañar, y el ser justos y equitativos, al hacer sus diagnósticos y prescribir sus tratamientos. Los medios de los que la medicina dispone se disponen para salvar vidas, pero con un juicio que no se aplica sin considerar la eficacia y efectividad posible de los mismos según los pacientes individuales a los que trata. Las garantías del acceso a la atención de la salud de las personas discapacitadas, por ejemplo, no se establecen a través de juicios individuales sino por una norma del Estado que así lo ordena. Los juicios individuales han de ajustarse a la norma, pero los juicios clínicos (individuales) no pueden hacer la norma. Por eso es que la justicia social no está en manos de la responsabilidad individual de los profesionales de salud.

13 criterios de un estándar de emergencia y triage central

Sin embargo, si se quisieran establecer bajo criterios sustantivos de justicia social, una o más restricciones al derecho de toda persona a la vida, la salud y la integridad, esas restricciones deberían ser precedidas de una deliberación y consenso público. Pero en medio de una pandemia no existen las condiciones para esa legitimación. Por eso es que el Estado en modo preliminar no debería aplicar criterios sociales de restricción al goce de derechos fundamentales. Aunque se suele querer problematizar el juicio clínico para la indicación de un recurso crítico escaso como es un respirador, postulando decisiones tales como elegir entre un niño o un adolescente y una persona de 70 o más años, afirmando que debe priorizarse a los primeros, este es un juicio abstracto en su presentación como “dilema de la última cama”. A la vez es un supuesto teórico que se desentiende de las exigencias jurídicas de respeto integral de los derechos a la salud, la integridad y la vida, que tiene el Estado como obligación de respeto y garantías. Ante esos planteos poco fundamentados, los profesionales de la salud tienen la obligación de actuar según la *lex artis* en beneficio de los pacientes a gozar de su derecho a la salud y de ningún modo pueden aplicar otros criterios que los propios del estándar ordinario de salud. Es responsabilidad de las autoridades sanitarias establecer con claridad en el sistema de salud que los profesionales no utilizarán criterios sociales, no médicos, para la asignación de recursos críticos en un eventual colapso sanitario. Si alguno de esos criterios tuviera condiciones de legitimación jurídica para incluirlo en un estándar extraordinario de emergencia, deberán ser establecidos por norma gubernamental y aplicados por un equipo especializado de triage central en intercambio permanente con las unidades de cuidados críticos y sus procedimientos de triage.

4 Flujo efectivo de pacientes

14 **gestión de emergencias y sistema de derivaciones**

Salvar vidas va indisolublemente unido al cuidar a todos” que no es más que proteger el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental de cada persona. Y debe asegurarse que toda persona, cualesquiera sean los recursos disponibles, tendrá garantizado ese derecho. Para eso, la atención del paciente crítico y el uso de los recursos para asistirlo deben pensarse en la dinámica del sistema de atención cuando debe enfrentarse a un colapso sanitario. No se debe pensar aisladamente. El primer nivel en el que se identifica a un paciente como crítico (o grave), en tanto tiene su vida amenazada por su estado de salud al momento en el que es estudiado, es el de las guardias o emergencias que clasifica a los pacientes sospechosos de Covid-9 en leves, moderados o graves. La responsabilidad mayor de las guardias no sólo es asistir la condición de urgencia del paciente, sino su derivación para la unidad que pueda darle el cuidado permanente necesario para su estado de salud y hasta que se recupere de su estado y pueda pasar al siguiente nivel de atención. Por eso es que en una situación de colapso no sólo se produce un ingreso que sobrepasa a la capacidad de atención en la guardia, sino que no hay un sistema ágil y suficiente de derivaciones a sala, UTI, u hospital de campaña.¹² Este foco de la dificultad del colapso fue especialmente tratado durante el pico de la pandemia en París facilitando el mayor número de vehículos posibles para hacer esas derivaciones.

15 **unidades de cuidados críticos (UCI/UTI)**

Su responsabilidad primaria es garantizar el acceso a cuidados críticos que incluyen la asistencia respiratoria mecánica. Mientras exista disponibilidad de camas el criterio de ingreso ha de ser por orden de llegada ajustado a una evaluación rigurosa de la condición de paciente crítico. En la situación de ocupación completa del número de camas disponibles, las UCI asignarán cada cama que se libere bajo criterios de clasificación por triage de los pacientes críticos en espera. El triage se realizará de acuerdo con los criterios del estándar ordinario de evaluación y atención del paciente crítico, clasificando a

los pacientes según en una escala de gravedad y pronóstico de reversibilidad de la amenaza para la vida del paciente, según juicio clínico y sin utilizar criterios sociales de ningún tipo que puedan restringir el derecho a la salud de los pacientes, a menos que se haya establecido por autoridad gubernamental un estándar de emergencia con un equipo autorizado de triage central.

16 **comunicación permanente en cuidados críticos**

Para el funcionamiento eficiente de un plan de cuidados críticos es necesaria una comunicación permanente y de fácil acceso a través de un sistema integrado entre las unidades de cuidados críticos (UCI/UTI) y las autoridades coordinadoras del plan a nivel nacional, provincial o interprovincial como es el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Son estas unidades las que han de ofrecer no sólo los datos epidemiológicos, sino también la información de la situación y necesidades de los trabajadores de salud, los pacientes y sus familias. Y en ese enlace han de recibir la información actualizada que les ayude a un mejor manejo de los cuidados críticos bajo su responsabilidad. La construcción y funcionamiento de esta red es una responsabilidad compartida entre el nivel gubernamental de los ministerios de salud, el nivel institucional de los comités de crisis y el nivel de las UTI. Y a ellos se suma la colaboración que puedan brindar organismos no gubernamentales, aunque estos no pueden en modo alguno reemplazar a los criterios de la autoridad gubernamental.

17 **unidades intermedias**

Su responsabilidad es garantizar el acceso a *cuidados críticos con provisión de oxígeno*, aunque sin disponibilidad de asistencia respiratoria mecánica. Es el área de crecimiento con que se pueda fortalecer el apoyo a las UTI para sostener pacientes en espera de liberación de camas y ofreciendo chances mayores que las de la sala en internación general.

18 **sala general**

Su responsabilidad primaria es garantizar el acceso a *cuidados básicos de emergencia* tales como los que se necesitan en estados de dificultad respiratoria, shock, infecciones o trastornos mentales entre otros. En situación de pandemia, donde muchas de las salas de internación general disminuyen su

ocupación porque hay muchas prestaciones diferidas, cabe la habilitación de las mismas para la atención general de pacientes por Covid-19 o por otras enfermedades.

19 **cuidados paliativos**

Las unidades de cuidados paliativos (UCP) tienen un rol complementario muy importante que cumplir en la funcionalidad de un sistema de asignación de recursos críticos escasos. La imposibilidad de asistir a todos los pacientes críticos en terapia intensiva vuelve necesaria actuar para el control de síntomas derivados de un estado cuya fisiopatología no puede ser tratada con todos los recursos conocidos. Las derivaciones a salas intermedias o a sala general de aquellos pacientes críticos que no ingresan a terapia intensiva debe ser acompañada de una interconsulta y colaboración de las UCP. Sin embargo, hay una cuestión fundamental del abordaje y comunicación con la familia que debe ser considerado. Los cuidados paliativos suelen ser asociados con la asistencia a pacientes terminales. Este imaginario debe ser cuidadosamente desestimado de toda propuesta de trabajo de una UCP en el contexto de pandemia salvo en el caso de aquellos pacientes a los que quepa el término tradicional de enfermo terminal tales como pacientes con cánceres avanzados, etc. Pero un paciente crítico de Covid-19 que no ha podido acceder a sala de UTI y debe pasar a cuidados intermedios o sala general, no es en sentido estricto un paciente terminal. Es una alta responsabilidad de las UCP el cuidado de la terminología a utilizar. Las UCP en estos casos han de trabajar como unidades de control de síntomas para evitar el significado tradicional.

20 **atención domiciliaria/hospitales de campaña.**

Los casos leves, así considerados en la aplicación de triages de admisión o emergencia, o por la recuperación de casos moderados o graves de pacientes después de su atención, son derivados a los cuidados básicos de una internación domiciliaria o en hospitales de campaña según esté indicado y sea necesario. En este nivel, sin embargo, también podrán llegar a asistirse casos moderados o graves cuando se hayan saturado los niveles de atención en UTI, salas intermedias y generales. Aunque la obligación primaria es la de poder proveer cuidados básicos a todo paciente afectado, también se deberá tener los espacios de mayor complejidad disponible que se logren, bajo la premisa aplicable al sistema en su totalidad de la mayor movilidad posible de los

pacientes entre los niveles de atención según su necesidad y disponibilidad de recursos.

21 **coordinación central del triage**

Si las autoridades sanitarias deciden profundizar la coordinación de la asignación de cuidados críticos en el sistema, deberá constituirse un comité central de triage que se ocupará de revisar los criterios generales aplicables en modo permanente y según los datos que se vayan recogiendo en la evolución de la emergencia. Este comité estará en relación permanente con los equipos de triage de los establecimientos a través de la red nacional de cuidados críticos. La selección de pacientes según prioridades establecidas en ese procedimiento de *triage* será realizada o bien por un comité o bien por un profesional designado a tal fin, pero no podrá ser realizada por el médico tratante, con el objetivo de garantizar la imparcialidad exigida al procedimiento. El plan de cuidados críticos establecerá el modo de intervención de los comités de ética y de los servicios de cuidados paliativos, y dispondrá la protección de los trabajadores de salud de la exposición al virus y a la carga emocional en situación de pandemia.

5 **Provisión y acceso a recursos materiales y humanos**

22 **disponibilidad y previsión de necesidades**

La planificación en el uso de los cuidados críticos debe asegurar la disponibilidad oportuna para toda la población, en condiciones de equidad, de los elementos de protección personal para los trabajadores de salud. También el testeo rápido de los casos sospechosos, los testeos masivos de la población en general, y particularmente de los grupos de riesgo como trabajadores de la salud, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas previas, personas que habitan en geriátricos, o en viviendas en situación de hacinamiento y déficit en servicios sanitarios, o personas privadas de su libertad. Y asegurar el número de camas y trabajadores de salud en cuidados críticos que se proyecte como necesario según las proyecciones en tiempo y espacio de los escenarios posibles de la pandemia. Todos los actores del plan de cuidados críticos han de prever escenarios posibles de acuerdo al crecimiento de la demanda y planificar hasta el límite de sus posibilidades las acciones a tomar en cada caso.

23 **capacitación en triages de ingreso, emergencia y UTI**

Debe fortalecerse la capacitación para el uso racional de los recursos críticos. Muchas de las intervenciones en los hospitales en el contexto de la pandemia muestran una sobre determinación por la hipótesis de paciente afectado de Covid-19. Si bien es aconsejable insistir en la recomendación a la población de una consulta rápida ante sintomatología compatible con Covid-19, especialmente los cuadros de dificultad respiratoria, es necesario un examen médico ordinario exhaustivo de los casos (triage de ingreso) y una respuesta rápida a la búsqueda del virus para precisar el diagnóstico (triage de emergencia). Para enmarcar el uso de los recursos críticos en modo efectivo es

necesario precisar las condiciones de indicación de cuidados críticos para un paciente (triage UTI). Y debe tenerse presente, como ya se ha insistido, en que un enfermo crítico es aquel que tiene amenaza inmediata para su vida que es potencialmente reversible con la provisión de cuidados críticos. Pero como la indicación de UTI en situación ordinaria se aplica a muchos pacientes con el criterio de la *potencialidad de tener una amenaza para su vida*, esto da lugar a una sobreutilización que deberá evitarse. El plan de cuidados críticos debe capacitar a los trabajadores de salud en el uso racional de los recursos críticos antes que proceder a medidas de racionamiento de los mismos.

24 el equipo de triage en UTI y su coordinador

Con el establecimiento de un triage de recursos críticos se ha de capacitar a los profesionales que puedan actuar para tomar decisiones. El equipo de triage debe tener un coordinador en modo permanente o rotativo (médico intensivista experto) que será responsable del enlace con los comités centrales (nacional y provincial) de triage que puedan establecerse según gravedad de la situación sanitaria, y podrá intervenir para las decisiones de urgencia que no logren convocar a los otros miembros del equipo de triage (un especialista en clínica médica, un profesional de enfermería, y eventualmente otro profesional no médico o sin funciones asistenciales). Entre el intensivista y el clínico se complementarán en proyectar la expectativa de recuperación del cuadro clínico con indicación de cuidados críticos y sin estos. La elección para la asignación de los recursos críticos se ha de hacer por las distintas condiciones de reversibilidad de la amenaza de muerte en uno u otro paciente. Las UTI tienen como responsabilidad mayor clasificar a los pacientes según esas condiciones e ir asignando sus recursos según ese estado médico. Y han de coordinar con los equipos de internación general la sectorización de las camas para la atención estratificada según los recursos disponibles, de los pacientes críticos que no tengan posibilidad de atención en UTI. La elección para la asignación de los recursos críticos se ha de hacer por las distintas condiciones de reversibilidad de la amenaza de muerte en uno u otro paciente.

6 Manejo de la información

25 **respeto de la dignidad humana**

La eficacia en el salvar vidas debe quedar sujeta al respeto de la dignidad de todo ser humano. El trato digno de toda persona, paciente y afectado ha de ser ética en la continuidad del tiempo previo, el presente de salvar vidas, y el cuidado posterior de quienes se recuperaron y de quienes perdieron a un ser querido. Aunque se puedan salvar algunas vidas sí y otras no, se debe tratar dignamente a todo ser humano en estado de enfermedad, cualquiera sea el recurso con el que se cuente para poder asistirlo. El respeto de la dignidad humana como criterio mayor del plan exige la información completa y adecuada al paciente y su entorno, garantizando la universalidad de su alcance a toda persona. Especial atención merece la situación del moribundo y su familia. Ese respeto debe tener las garantías de un estándar común en el plan de cuidados críticos.

26 **transparencia, acceso público a la información, y apelación**

Los contenidos y criterios de priorización del plan deben ser transparentes y de acceso público. Debe evitarse todo lenguaje que personalice las decisiones de vida o muerte. No debe utilizarse el lenguaje de usar un recurso crítico para un paciente en lugar de otro, comparando entre personas que lo habrán de recibir. El pleno respeto de la dignidad de la persona consiste en el trato equitativo por las condiciones de reversibilidad de una amenaza de muerte para el paciente. No se trata de la elección de una persona por sus señas de identidad u otras condiciones irrelevantes para su cuidado. La planificación debe establecer los procedimientos de apelación de las decisiones de triage.

7 Evaluación del uso de recursos críticos

27 monitoreo y ajustes

La evaluación del plan y sus ajustes debe ser realizada en modo interdisciplinario y en los tres niveles del sistema: gubernamental, institucional y de los profesionales y trabajadores de salud. Los procedimientos para alcanzar la mayor eficacia en hacer efectivo esos procesos han de quedar sujetos a deliberación permanente. Pero esos procedimientos han de ordenarse en una secuencia que brinde coherencia al proceso de legitimación de los mismos: a). Diagnóstico clínico de enfermedad aguda grave que requiere cuidados críticos; b). Evaluación de la probabilidad de supervivencia y de los criterios de no asignación; c). Asignación de los recursos disponibles para los cuidados críticos; d). Asignación de los recursos disponibles para la atención de los pacientes sin acceso a UTI; e). Evaluación de la evolución clínica y reasignación de recursos.

28 comités de ética

Los comités de ética de los establecimientos de salud han de integrarse al comité de crisis del establecimiento. La función de los comités de ética es la protección de los pacientes como sujetos de derecho en sus aspectos éticos, legales y sociales. En el caso del uso de recursos críticos en contextos de escasez y colapso sanitario, los comités de ética han de prestar especial atención a las garantías de respeto de los derechos a la salud, la integridad y la vida, de todo paciente que se asista en el establecimiento al que pertenece. Uno de sus miembros puede colaborar o integrar el equipo de triage de las UTI. El comité debe tener acceso permanente a toda la información sobre el estado de la demanda y los procedimientos de respuesta a la misma en su institución. Deben revisar la posibilidad de acceso a la atención, la comunicación entre profesionales y trabajadores de salud con pacientes y familiares y el derecho a la información, el trato digno y respetuoso de los mismos, el funcionamiento de la institución en los distintos niveles de atención desde el ingreso hasta el

alta. Los comités también tienen un importante rol a cumplir en la revisión de investigaciones con los pacientes afectados.¹³ Dados los procedimientos de aislamiento de los pacientes infectados, el comité deberá prestar especial atención a las posibilidades de comunicación entre pacientes y familiares en todas las etapas de su atención, promoviendo el uso de las alternativas sanitariamente posibles. La situación de los pacientes moribundos y sus familias en el proceso del duelo, ha de ser observada con particular cuidado.



Referencias

¹ Lisa Rosenbaum, “Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line”, *The New England Journal of Medicine*, 14 de mayo de 2020;

² Argentina, Decreto 260/2020 de Emergencia Sanitaria, BOE N°34.327, 12 de marzo de 2020.

³ World Health Organization (WHO), *Maintaining Essential Health Services.: operational guidelines for the Covid-19 context*, 1 June 2020.

⁴ España- Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. *Marco ético pandemia COVID-19*, 20 de marzo 2020; Alemania-German Ethics Council, *Solidarity and Responsibility during the Coronavirus Crisis*, 27 de marzo, 2020; USA- University of Pittsburgh, *Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency*, 3 de abril 2020; UK, Intensive Care Society (ICS), *Guidance on decision-making under pandemic conditions, Assessing whether COVID-19 patients will benefit from critical care, and an objective approach to capacity challenges*, abril 2020; Argentina-Ignacio Maglio et al. “Guías éticas para la atención durante la pandemia covid-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos”, *Medicina*, Vol. 80, 2020.

⁵ USA- Berlinger, N. et col. *Ethical Framework for Health Care Institutions and Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Novel Coronavirus Pandemic*; The Hastings Center, 16 de marzo 2020.

⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), *Pandemia y derechos humanos en las Américas*, Resolución 1/2020, 10 de abril de 2020.

⁷ Argentina, Ministerio de Salud, *Covid-19. Recomendaciones para la implementación de triage*, 2020.

⁸ CIDH, op.cit. supra, Parte Resolutiva, inciso 8.

⁹ España- Sociedad Española de Medicina Crítica, Intensiva y Unidades coronarias, *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos*, marzo 2020; Italia- Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, *Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di equilibrio tra necessità e risorse disponibili* - versione 01. 6 de marzo, 2020.

¹⁰ Cataluña, Hospital Sant Celoni, Baix Montseny.

¹¹ España- Comité de Bioética de España, *Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*, 25 de marzo de 2020.

¹² Argentina, Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud. *Pandemia COVID-19. Sistema de emergencias y derivaciones*, 2020.

¹³ Argentina- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Comité Central de Ética. *Recomendaciones del CCE referidas al consentimiento informado en investigaciones sobre Covid-19*, 9 de abril de 2020.