


Asignación de recursos médicos en tiempos de COVID-19: un enfoque bioético

Allocation of medical resources in times of COVID-19: a bioethical approach
Alocação de recursos médicos em tempo de COVID-19: uma abordagem bioética


Marco Rivarola-Hidalgo^{1a}

 <https://orcid.org/0000-0001-7317-9177>


Cesar Copaja-Corzo^{1,2b}

 <https://orcid.org/0000-0002-3497-0158>

Adriana I. Carrasco-Espinoza^{1b}

 <https://orcid.org/0000-0002-4231-015X>

Dania A. Pérez-Bacigalupo^{1,2b}

 <https://orcid.org/0000-0002-2612-4787>

Resumen

Introducción: La pandemia de la COVID-19 ha cobrado más de dos millones de muertes, generando el colapso de los sistemas de salud en todo el mundo, especialmente en países de bajos recursos. A medida que la pandemia fue avanzando, el desequilibrio entre la oferta y la demanda de recursos médicos creó dilemas éticos relacionados con la mejor manera de asignar los recursos disponibles. **Discusión:** El Perú no contaba con los recursos necesarios para enfrentar una pandemia como la del COVID-19, es por ello que su sistema sanitario colapsó, mostrando la tasa de mortalidad más alta a nivel mundial durante la primera ola. Ante la saturación de los servicios hospitalarios, el dilema que se presentó fue: ¿cuándo, cómo y a quién se le debe asignar los pocos recursos médicos disponibles? Desde un punto de vista bioético, los profesionales de la salud deben buscar salvar la mayor cantidad de vidas, dando prioridad a los pacientes con mejor pronóstico y a quienes podrían contribuir a este fin, como el personal sanitario. **Conclusión:** La identificación de los dilemas éticos que surgen por la pandemia ayudará a los médicos a tomar decisiones cercanas a lo que se considere adecuado para el grupo, no solo de trabajadores de salud, sino también de pacientes y familiares. Las recomendaciones aquí descritas podrían ayudar a la toma de estas decisiones.

Palabras clave: COVID-19, ética médica, asignación de recursos, dilema (Fuente: DeCS)

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic has claimed more than two million lives, leading to the collapse of health systems around the world, especially in low-income countries. As the pandemic progressed, the imbalance between the supply of and demand for medical resources created ethical dilemmas regarding how best to allocate available resources. **Discussion:** Peru did not have the necessary resources to deal with a pandemic like that of COVID-19, which is why its health system collapsed, showing the highest mortality rate worldwide during the first wave. Faced with the saturation of hospital services, the dilemma presented was: when, how and to whom should the few available medical resources be allocated? From a bioethical point of view, health professionals should seek to save as many lives as possible, giving priority to patients with better prognosis and those who could contribute to this aim, such as health workers. **Conclusion:** Identifying the ethical dilemmas that arise from the pandemic will help doctors make decisions that are close to what is considered appropriate for the group, not only of health workers, but also of patients and family members. The recommendations described here could help in making these decisions.

Keywords: COVID-19, medical ethics, resource allocation, dilemma (Source: DeCS)

¹ Universidad Privada de Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud. Tacna, Perú

² Centro de Investigación de Estudiantes de Medicina. Tacna, Perú

^a Médico cirujano. Doctor en Educación

^b Estudiante de Medicina Humana

Resumo

Introdução: A pandemia da COVID-19 causou mais de dois milhões de mortes, causando o colapso dos sistemas de saúde em todo o mundo, especialmente em países de baixos recursos. À medida que a pandemia foi avançando, o desequilíbrio entre a oferta e a procura de recursos médicos criou dilemas éticos relacionados com a melhor maneira de alocar os recursos disponíveis. **Discussão:** O Peru não tinha os recursos necessários para enfrentar uma pandemia como a do COVID-19, por isso seu sistema de saúde entrou em colapso, mostrando a maior taxa de mortalidade mundial durante a primeira onda. Perante a saturação dos serviços hospitalares, o dilema que se apresentou foi: como, quando e a quem devem ser atribuídos os poucos recursos médicos disponíveis? Do ponto de vista bioético, os profissionais de saúde devem procurar salvar o maior número possível de vidas, dando prioridade aos pacientes com melhor prognóstico e aos que poderiam contribuir para este fim, como o pessoal de saúde. **Conclusão:** A identificação dos dilemas éticos que surgem por causa da pandemia ajudará os médicos a tomar decisões próximas ao que se considere adequado para o grupo, não só de trabalhadores da saúde, mas também de pacientes e familiares. As recomendações aqui descritas podem ajudar a tomar estas decisões.

Palavras-chave: COVID-19, ética médica, alocação de recursos, dilema (Fonte: DeCS)

Introducción

La pandemia por la COVID-19 ha generado un desafío sin precedentes para los sistemas de salud y los médicos de todo el mundo.¹ A medida que el brote de SARS-CoV-2 se propagó fuera de Asia, infectando a más de cien millones de personas produjo más de dos millones de muertes.²

Se estima que aproximadamente una décima parte de los pacientes con COVID-19 requerirán algún tipo de soporte ventilatorio (invasivo o no invasivo)³ en hospitalización o en la unidad de cuidados intensivos (UCI); estas últimas por lo general están llenas o casi llenas en circunstancias normales. A pesar que las lesiones producidas por la COVID-19 son potencialmente reversibles con tratamiento de soporte, el curso agudo de la enfermedad puede durar muchos días e incluso semanas,³ por lo que el resultado es una escasez crítica de camas tanto en UCI como en hospitalización, así como los soportes de ventilación invasiva y en última instancia, el oxígeno medicinal.

El desequilibrio entre la oferta y la demanda de recursos ha creado dilemas éticos relacionados con la mejor manera de asignar los recursos disponibles, así como las preguntas de cómo, cuándo y quién tomará tales decisiones. El objetivo de esta revisión es analizar, estas difíciles decisiones desde un punto de vista bioético.

Impacto de la COVID-19 en el sistema sanitario peruano

A más de un año de la aparición de la COVID-19 en Perú, ha infectado alrededor de 1 millón de peruanos, causando la muerte de más de 40 000 de ellos.⁴ El requerimiento de soporte ventilatorio para estos pacientes ha generado un problema debido a la velocidad de aparición de nuevos contagios.³

El Perú no contaba con los recursos necesarios para enfrentar una pandemia como la del COVID-19. Según la Contraloría General de la República del Perú, en el 2017, de un total de 251 hospitales solo el 57 % contaba con el número adecuado de personal de salud y solo un 58 % realizaba pruebas laboratoriales básicas además de tener el equipo mínimo para el análisis de las muestras.⁵ Cuando la pandemia inició, estas condiciones no habían sido mejoradas. El país solo contaba con aproximadamente 3000 camas de hospitalización y 376 en UCI.⁶ A estas condiciones se suman la falta de coordinación entre gobiernos regionales, el gobierno central y el Ministerio de Salud; la desigualdad de la distribución geográfica de los recursos humanos teniendo casi un 50 % del personal sanitario en la capital del país;⁷ un bajo financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS);^{8,5} y el incumplimiento de las medidas de salud públicas por parte de la población;⁹ entre otras.

A pesar de las medidas iniciales tomadas por el Gobierno y la implementación de más camas de hospitalización y UCI, el sistema sanitario peruano colapso, llegando a tener la tasa de mortalidad más alta a nivel mundial durante la primera ola de contagios.¹⁰ Hubo un déficit de personal de salud de alrededor de 24 000 trabajadores, los cuales se hacían imprescindibles para el manejo de los nuevos equipos adquiridos durante la pandemia.¹¹

Actualmente, iniciando la segunda ola, se cuenta con un total de 1892 camas UCI a nivel nacional de las cuales ya están ocupadas 1785, la letalidad por el virus se ha elevado a 3,62 %, ⁴ los hospitales se encuentran saturados y el gobierno peruano ha instaurado cuarentenas focalizadas en las regiones en donde la situación es tan o incluso más crítica que la que se enfrentó en el punto más álgido del 2020.¹²

Acceso al tratamiento cuando los recursos son limitados

Ante la saturación de los servicios hospitalarios, una de las áreas con mayor demanda es la UCI. La admisión a este servicio se reserva para aquellos pacientes que estén gravemente enfermos y que requieran un monitoreo continuo, pero cuyas posibilidades de recuperación sean elevadas. Se podría fomentar el alta precoz, si es que el paciente puede continuar con el soporte ventilatorio fuera de UCI, y se implementara un triaje efectivo que permita admitir a quienes realmente lo necesitan, de manera que aumente el número de camas libres en el

servicio; ante la escasez de recursos, la admisión debería darse a quienes tienen probabilidades de un mayor beneficio,³ esto, teniendo en cuenta la presencia de factores que pueden empeorar el curso de la enfermedad (las altas concentraciones de dímero D, proteína C reactiva, adultos mayores con comorbilidades y bajo recuento linfocitario)¹³⁻¹⁵ al momento de decidir. Es importante establecer una adecuada comunicación con aquellos pacientes que no sean admitidos tras el triaje, a fin de que puedan comprender mejor la situación y el porqué de la decisión tomada.¹⁶ Se les puede proponer tratamientos alternativos como el uso de opioides para reducir la disnea¹⁷ o el uso de oxígeno suplementario sin necesidad de una técnica invasiva.

Consideraciones éticas para la toma de decisiones

Las implicancias éticas en la distribución de los recursos con los que se cuenta son muy trascendentes en esta pandemia, debido a su escasez.¹⁸ Para un mejor análisis del contexto, se plantean algunos dilemas que pueden enfrentar los trabajadores de salud mientras atienden el llamado del deber:

Dilema 1: ¿Debería brindarse soporte ventilatorio o cama UCI a un paciente crítico que probablemente no sobreviva o usar ese ventilador para un paciente menos crítico con mejor pronóstico?¹⁹ Este dilema es muy común en la práctica diaria y frente a ello, se plantean algunas recomendaciones (Tabla 1).

Tabla 1

Principios éticos para orientar la asignación de recursos

Beneficencia
Busque salvar la mayor cantidad de vidas
Busque rescatar la mayor cantidad de años de vida: Maximice el pronóstico
Justicia
Debe seleccionar la asignación del recurso entre pacientes con pronóstico similar:
Utilice la selección aleatoria y no el orden de llegada
Priorice a aquellos que probablemente contribuyan a salvar más vidas: dé prioridad a los trabajadores de salud

Dilema 2: ¿Cómo equilibrar el deber ético de cuidar al paciente con las preocupaciones genuinas de contraer COVID-19 y contagiar a la familia?¹⁹ Es probable que estas preocupaciones sean más resaltantes en trabajadores de salud con padres ancianos o niños pequeños en casa; más aún si existe disponibilidad limitada de equipos de protección personal (EPP). Es por ello que las instituciones deben considerar alojamiento e instalaciones de cuarentena para su personal; si hay limitación de recursos, al menos estas instalaciones deben estar disponibles para el personal en primera línea. Asimismo, las instituciones deben informar periódicamente sobre el uso racional de EPP para que estos sean utilizados por todo el personal el tiempo que lo requieran. Dado que el trabajo del personal de primera línea es sumamente estresante, las instituciones pueden considerar la reducción de las horas de turno (por ejemplo 4 a 6 horas) por día y de esta forma prevenir el agotamiento del personal.

Dilema 3: Si un profesional de la salud presenta síntomas respiratorios y cree haber estado expuesto, ¿debe hablar de sus síntomas, quedarse en casa y arriesgarse a la discriminación social y laboral? ¿O debe continuar con su trabajo como de costumbre, poniendo en riesgo la salud de sus colegas hasta que el resultado de la prueba sea positivo? ¿Cómo equilibrar las necesidades de atención de salud física y mental con el llamado del deber en estos tiempos?¹⁹ Si el personal de

salud tiene síntomas respiratorios y no desea poner en peligro a otros, es su responsabilidad quedarse en casa y dar una explicación adecuada de esta decisión. En caso de duda, es conveniente aplicar la autoevaluación ética de la siguiente manera: "Si mi colega tuviera estos síntomas, ¿preferiría que viniera a trabajar?" Así se eliminaría la ambigüedad en la toma de decisiones.

Implementación de políticas de racionamiento

La asignación justa de recursos médicos e implementos tiene que estar basada en valores éticos que puedan direccionar pautas de acción, así los médicos no tendrán que enfrentarse a la improvisación en la toma de decisiones. El decidir sobre quién accede a estos recursos puede traer consigo una repercusión emocional para quien elige; aun teniendo las mejores directrices se pueden presentar problemas al momento de tomar una decisión e implementarla.²⁰ Algunas instituciones optan por emplear en la zona de triaje a médicos ajenos a la atención directa al paciente o especialistas con experiencia en ética, a fin de facilitar la aplicación de las pautas de racionamiento.²⁰

Las recomendaciones para la asignación de los recursos de UCI cuando estos son escasos contienen disposiciones problemáticas como la exclusión categórica del grueso de pacientes al acceso de estos recursos,²¹ especialmente los ventiladores²² (Tabla 2).

Tabla 2

Recomendaciones clave para la asignación de recursos

Maximización del beneficio total y esperanza de vida
Salvar el máximo de vidas y priorizar a aquellos cuya esperanza de vida sea mayor
Dar prioridad a los pacientes menos favorecidos con alto riesgo de muerte
Priorización de los profesionales de salud
Dar prioridad a su tratamiento porque su trabajo es indispensable en tiempos de pandemia
La prioridad no debería tomar en cuenta las riquezas o cargos importantes
No aplicar el principio de "el primero en llegar, el primero en ser atendido"
Se debe dar las mismas oportunidades de atención a los pacientes con un mismo pronóstico haciendo uso de la selección aleatoria

Priorización basada en evidencia científica

Priorizar a los ancianos para una vacunación preventiva

Priorizar la vacunación de pacientes COVID-19 más jóvenes, solo si esta decisión disminuyese la propagación

Practicar los mismos principios éticos con todos los pacientes, incluso los que no son COVID-19

La escasez afecta a todos los pacientes, hacer una distribución equitativa de ventiladores UCI, dando prioridad al máximo beneficio total y esperanza de vida

Fin de la vida

En esta pandemia existe una incrementada necesidad de recursos, a los que por diversas razones no se logra acceder, por lo que es necesario optimizar la distribución y asignación de aquellos con los que contamos. La enfermedad por COVID-19 ha sobrepasado los límites, muchos hospitales han colapsado, dejándolos sin ventiladores y oxígeno disponibles. Los médicos juegan un importante papel al momento de tomar decisiones difíciles que implican a quien salvarle la vida. La formación de los profesionales de la salud debe desarrollarse con una sólida base ética y debe acompañarse de expertos en ética para así garantizar las decisiones futuras de estos profesionales de la salud.²³

Los pacientes y sus familias tienen derecho a ser tratados de una manera justa cuando los servicios de UCI sean requeridos. Muchos centros han limitado el número de cuidadores y visitantes, los cuales deben usar EPP y respetar los protocolos. Estas limitaciones de la interacción familiar aumentan el sufrimiento, creando una búsqueda de nuevas maneras de mantener el contacto. Es necesario mejorar los programas de apoyo para mantener el bienestar psicológico de los pacientes, sus familiares y de los trabajadores de salud, quienes interactúan durante el tratamiento e incluso después de los eventos. Una herramienta muy importante podría ser la conexión personal con el paciente, para mantener la confianza y mejorar el bienestar durante la hospitalización.¹⁶ Es necesario,

además, no perder la vinculación con esa familia que no puede acceder al paciente hospitalizado, manteniendo actualizada la información del estado de su familiar, transmitiendo optimismo cuando se amerite o expresando con claridad la evolución desfavorable de la enfermedad de tratarse el caso, para evitar reacciones desproporcionadas en razón a periodos de incertidumbre.

Para la mayoría de personas, morir es uno de los mayores desafíos de la vida. Algunos pueden estar preparados mentalmente, pero otros no lo están. El paciente moribundo necesita sentirse amado y perdonado, requiere mantener una relación de confianza con su familia en todo momento. Si lo vemos desde el punto de vista del paciente, es muy importante la presencia de la familia, sobre todo en el último momento de vida. Por eso, las discusiones sobre el final de la vida y/o la planificación anticipada de la atención se han vuelto herramientas valiosas para guiar a la persona moribunda y a su familia en la transición de un estado de incertidumbre a un estado de comprensión e incluso de aceptación.²⁴

Conclusión

La íntima relación entre la medicina y la ética es inequívoca y la contribución de una perspectiva ética al decidir, particularmente durante la pandemia, es invaluable. La identificación de los dilemas éticos que surgen de la pandemia ayudará a los médicos a tomar decisiones cercanas a lo que se considere

adecuado para el grupo, no solo de trabajadores de salud, sino además de pacientes, familiares y la opinión pública. Esto debido a la gran mediatización de estos eventos por diferentes canales. Asimismo, permitirá mantener los mejores estándares de atención para sus pacientes pese a las circunstancias. Las recomendaciones descritas podrían ayudar a la toma de estas decisiones.

Bibliografía

1. Dunham AM, Rieder TN, Humbyrd CJ. A Bioethical Perspective for Navigating Moral Dilemmas Amidst the COVID-19 Pandemic. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020 Jun 1; 28(11):471-476. DOI: 10.5435/JAAOS-D-20-00371.
2. Centro John Hopkins de Ciencias e Ingeniería de Sistemas. Mapa interactivo: la pandemia de coronavirus en tiempo real” [Internet] 2021 [consultado el 30 de enero del 2021] Disponible en : <https://saludconlupa.com/noticias/mapa-interactivo-la-epidemia-de-coronavirus-en-tiempo-real/>
3. Vincent JL, Creteur J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020 Apr; 9(3):248-252. DOI: doi: 10.1177/2048872620922788.
4. Ministerio de Salud. Sala situacional COVID-19 Perú. [Internet] 2021 [consultado el 30 de enero del 2021] Disponible en : https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
5. Gianella C, Iguñiz-Romero R, Romero MJ, Gideon J. Good Health Indicators are Not Enough: Lessons from COVID-19 in Peru. *Health Hum Rights*. 2020 Dec; 22(2):317-319. PMID: 33390718
6. Giraldo EB. COVID-19 in Peru. *Indian J Psychiatry*. 2020 Sep; 62(Suppl 3):S498-S 5 0 1 . DOI : 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_1045_20. Epub 2020 Sep 28. PMID: 33227059
7. Neyra-León J, Huancahuari-Nuñez J, Díaz-Monge JC, Pinto JA. The impact of COVID-19 in the healthcare workforce in Peru. *J Public Health Policy*. 2020 Oct 7:1–3. DOI: doi: 10.1057/s41271-020-00259-6.
8. Ministerio de Salud del Perú, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuentas Nacionales en Salud, Perú: 1995- 2012. Lima: OPS/OMS; 2015.
9. Moya Vargas, Alexander Enrique, Nivel de conocimiento de las normas de bioseguridad frente al COVID-19 en los comerciantes del mercado San Hilarión urbanización San Hilarión en el distrito de San Juan de Lurigancho setiembre 2020, [Internet] 2020 [consultado el 30 de enero del 2021] Disponible en: <http://repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/307>
10. BBC. Coronavirus en Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia. [Internet] 2020 [consultado el 21 de enero del 2021] Disponible en : <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53940042>
11. Gestión. Minsa: hay déficit de 24,000 profesionales de la salud para enfrentar pandemia. [Internet] 2020 [consultado el 30 de enero del 2021] Disponible en: <https://gestion.pe/peru/minsa-hay-deficit-de-24000-profesionales-de-la-salud-para-enfrentar-pandemia-noticia/>
12. El comercio. El Gobierno anunció nuevas medidas frente a la segunda ola por el COVID-19. [Internet] 2020 [consultado el 30 de enero del 2021] Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/coronavirus-peru-gobierno-anunciaria-hoy-medidas-frente-a-la-segunda-ola-por-covid-19-francisco-sagasti-pandemia-nndc-noticia/>

13. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020 Mar 28; 395(10229):1054-1062. DOI: doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
14. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323(13):1239-1242. DOI: doi:10.1001/jama.2020.2648
15. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020 Jul 1; 180(7):934-943. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0994.
16. Maves RC, Downar J, Dichter JR, Hick JL, Devereaux A, Geiling JA, et al. Triage of Scarce Critical Care Resources in COVID-19 An Implementation Guide for Regional Allocation: An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians. *Chest*. 2020 Jul; 158(1):212-225. DOI: 10.1016/j.chest.2020.03.063.
17. Downar J, Delaney J, Hawryluck L, Kenny L. Neither guidelines nor symptom-targeted opioids are harmful when withdrawing life-sustaining measures. *Intensive Care Med*. 2016 Aug; 42(8):1303-4. DOI: 10.1007/s00134-016-4390-8.
18. Jeffrey DI. Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic. *J Med Ethics*. 2020 Aug; 46(8):495-498. DOI: 10.1136/medethics-2020-106264.
19. Menon V, Padhy SK. Ethical dilemmas faced by health care workers during COVID-19 pandemic: Issues, implications and suggestions. *Asian J Psychiatr*. 2020 Jun; 51:102116. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102116.
20. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, Zhang C, Boyle C, Smith M, Phillips JP. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 May 21; 382(21):2049-2055. DOI: doi: 10.1056/NEJMs2005114.
21. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020; 323(18):1773-1774. DOI: 10.1001/jama.2020.5046
22. Jaziri R, Alnahdi S. Choosing which COVID-19 patient to save? The ethical triage and rationing dilemma. *Ethics Med Public Health*. 2020 Oct-Dec; 15:100570. DOI: 10.1016/j.jemep.2020.100570.
23. Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. *J Med Ethics*. 2020 Jun; 46(6):364-366. DOI: 10.1136/medethics-2020-106227. Epub 2020 Apr 9.
24. Strang P, Bergström J, Martinsson L, Lundström S. Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Oct; 60(4):e2-e13. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020.

Correspondencia:
csarcopaja@gmail.com

Fecha de recepción: 31/01/2021
Fecha de aceptación: 12/03/2021