

# ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN TIEMPOS DE NECESIDAD.

LA VISIÓN DESDE  
LA BIOÉTICA:  
PROPORCIONALIDAD  
TERAPÉUTICA PARA  
LA ASIGNACIÓN  
DE UN RECURSO ESCASO.  
(RESPIRADORES COVID-19)

*Buenos Aires, 06 de abril de 2020*

Los recursos escasos pueden ser variados, desde la cama en un centro asistencial, a la posibilidad de reactivos de control o diagnóstico, desde material descartable de uso en respiradores y los mismos respiradores, pero también, sobre todo, el personal de salud que deberá atender esta contingencia y todas las normativas de protección (EPP y otros)

Para el desarrollo de esta propuesta consideraremos en especial la asignación de respiradores, ya que los mismos pareciera, según las informaciones que recibimos de la situación en otros países, son el recurso más difícil de conseguir.

*¿Por qué debemos incluir a la Bioética en este tema en particular?*

Ya muchas asociaciones de especialidades médicas de distintos países, e inclusive algunas Comisiones Nacionales de Bioética han propuesto distintas alternativas de acción y en la mayoría se hace referencia a cuestiones éticas, que deben ser tenidas en cuenta.

*Pero, nuevamente: ¿Qué ética? ¿por qué la Bioética?*

Sabemos que siempre debemos considerar que nuestras acciones tienen consecuencias previsibles, y que las mismas son pasibles de ser analizadas como parte constitutiva del juicio moral, reflejo de nuestra naturaleza racional.

Entendemos que debemos ponderar los efectos negativos de nuestros actos, siempre que sean predecibles y por lo tanto hacernos moralmente responsables de ellos. Este es el motivo principal por el cual directa o indirectamente vemos en los medios de comunicación, miembros del equipo de salud desbastados, muchas veces llorando desconsoladamente y hasta algunas situaciones de suicidio. Nuestra naturaleza no puede apagarse o desconectarse. Por cuestiones prácticas no nos detendremos en esta presentación a evaluar las consecuencias a futuro de todo este equipo de atención (física, psicológica y espiritualmente).

Necesitamos reflexionar un momento: la ética anglosajona, imperante en muchas de las prácticas médicas o no médicas cotidianas, se basa muchas veces en el balance los resultados positivos o negativos de nuestras acciones, en este contexto consideramos que la corriente filosófica del consecuencialismo capto claramente ese momento de la vida o acción moral, en la cual se realiza un balance entre los resultados positivos o negativos de nuestras acciones. Pero, entendemos, que realizar el razonamiento moral solamente considerando este aspecto (maximización de los resultados positivos y la minimización de las consecuencias negativas de nuestras acciones), podemos caer en un error. Este razonamiento es una de las partes del juicio moral y no claramente la más importante.

La moralidad se refiere al aspecto cualitativo de nuestros actos y no al cuantitativo, por lo tanto, la valoración de las consecuencias no puede ser concebida como un cálculo matemático y dejar que solamente una escala de puntuación nos refiera las acciones a realizar (aunque esta escala es necesaria, en especial en situación de crisis o emergencias, es orientativa y tiene que tener en consideración otros elementos).

### LA IMPORTANCIA DE LA PERSONA

La respuesta a esta problemática la podemos encontrar con la visión integral que nos propone la bioética personalista: la preocupación fundamental no debe ser la obligatoriedad o no del uso de un determinado medio de conservación de la vida, sino reconocer y respetar la dignidad de la persona.

El centro entonces cae en la atención de la persona humana enferma, desde allí se podrá evaluar y valorar a continuación lo que se puede y debe hacer y dejar de hacer.

Focalizar la atención en la persona del paciente implica la necesidad de tomarla en toda su realidad vital. Esto significa reconocer y asumir su verdad objetiva e integral.

Este reconocimiento incluye la subjetividad de la persona. Hay que valorar y respetar su condición subjetiva, que es única e irrepetible, y que sólo él (si está en condiciones) puede medir en su verdadera dimensión. Podemos afirmar que no hay nada más objetivo que la subjetividad de la persona. Esta convicción tiene como consecuencia (para todo el equipo de salud), la exigencia ética de saber buscar el tiempo necesario para poder captar, en la medida de lo posible y con los lógicos límites humanos, lo que se podría denominar el mundo interior del paciente, que incluye también todo lo que a él lo rodea.

En esta condición, única e irrepetible, en que cada persona desarrolla su vida, debemos destacar la necesidad de tener en cuenta cada situación determinada, para poder establecer lo que es éticamente adecuado considerando, el bien integral de la misma.

Pero también hay que recordar que la vida física no es un valor absoluto, porque no agota el valor de toda la persona.

De esta manera, se dignifica a la persona humana, preocupación fundamental de la Bioética personalista, al resguardarla ya sea del tecnicismo exagerado o de un subjetivismo extremo.

*¿Podemos encontrar en nuestra práctica diaria criterios objetivos que permitan establecer cuándo existe una proporción terapéutica?*

Sí, claro, pero se debe considerar que es para una determinada situación y en ella se deben valorar bien los medios confrontando el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los costos necesarios y la posibilidad de aplicación, con el resultado esperado, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

En este aspecto y en esta circunstancia particular de la pandemia de COVID 19, las acciones que se realizan en el momento del diagnóstico presuntivo (o sospechoso) tienen una preponderancia clave: la existencia de una probable Directiva Anticipada (DA) tiene que ser considerada y la evaluación de las comorbilidades también. Creemos que un diálogo franco, abierto, claro en ese momento permite tomar decisiones bioéticas más adecuadas, respetando la integralidad de la persona.

La relación médico-paciente tiene que ser clave desde un primer momento para las decisiones futuras. Cuatro son las situaciones desde donde se detectan o consultan los posibles infectados, desde su domicilio, desde una unidad de atención de pacientes febriles o desde la guardia de un hospital público o de gestión privada.

Dentro de estas situaciones en el protocolo actual vigente hay acciones de contacto telefónico o de aislamiento preventivo o de control en espacios extra-hospitalarios, para los cuales es necesario administrar adecuadamente las condiciones y recursos disponibles (personal adecuado y preparado y condiciones dignas de seguimiento y atención). Estos son momentos claves para conocer el interior de la persona.

### **Consideración del recurso:**

En el momento inicial no tendría que haber exclusiones, si evaluar DA y el Objetivo de Salud (OS) para cada caso en particular, monitoreando la evolución y entendiendo que se podría retirar la asignación del recurso si el OS no se cumple porque no tiene la efectividad esperada.

Podríamos pensar en este momento como una continuación de la práctica habitual.

La segunda opción es cuando el recurso se transforma en crítico (ya está en falta o la proyección de la necesidad es con una curva ascendente y entendiendo que, como el uso de algunos de ellos es habitualmente prolongado, será segura su falta o según la previsión y organización de la estructura de referencia, en previsión de la demanda), y en este caso el criterio de asignación debería tener en cuenta muchos factores, que tendríamos que llamarlos bioéticos (no solamente considerando el aspecto médico exclusivamente).

El criterio de asignación del recurso crítico (bioético-integral) podría ser, para pasarlo a un formato habitual de la actividad médica crítica por un sistema de puntaje (que insistimos puede ser totalmente dinámico), aunque sin caer en el binomio analizado de balance de resultados positivos/negativos), por este motivo estos elementos deben considerarse junto al Objetivo de Salud propuesto.

**Propuesta de asignación:**

Se propone un modelo que ha sido difundido últimamente, incorporando en él los elementos que fueron surgiendo desde la Bioética.

Discusión y RMP previo al caso agudo		¿Existe DA? Ver reformulación probable Planteo escrito de OS según condiciones del paciente			
PRINCIPIO		PUNTAJE			
		1	2	3	4
Efectividad médica según OS	Criterios clásicos: SOFA/PELOD	<= 8 <=12	9-11 12-12	12-14 14-16	>14 >17
Efectividad Global	Se incluyen comorbilidades	HTA ENF. Cardio vascular DBT II EPOC I ONCOLOGICAS en control INMUNODEPRESION	HTA con IECA o ARA-II DBT I EPOC II/III ONCOLOGICA c/tratamiento INMUDEPRESION severa	Severas con pronóstico omnios a 1 año (*)	Paciente en CP(**)
OTRAS CONSIDERACIONES					
Ciclo de vida	Etapa vivida	0-49 años	50-69 años	70-84 años	>85 años
Valor en Pandemia	Equipo de Salud actuante u otros	Resta 2 puntos al total			

(\*) Algunas enfermedades (pueden ser otras, consensuar con especialistas)

1. IC clase IV
2. EPOC IV avanzado con FEV1 <25%.
3. Hipertensión pulmonar primaria con IC clase III o IV
4. Enfermedad hepática crónica con puntuación Child-Pugh > 7
5. Traumatismo grave
6. Enfermedad neuromuscular avanzada no tratable
7. Enfermedad metastásica maligna o enfermedad de alto grado de tumores SNC primarios

(\*\*) Considerar su NO ingreso a UCI, consensuado y charlado con el paciente.

Criterios de exclusión: en el caso de una emergencia de salud pública, algunas condiciones harían que un individuo no sea elegible para el recurso crítico en cuestión.

Esas condiciones pueden incluir:

1. Paro cardíaco: no presenciado, recurrente o que no responde a la desfibrilación o estimulación
2. Evento o condición neurológica avanzada e irreversible (por ejemplo, hematoma subdural masivo)
3. Quemaduras graves acompañado de los siguientes 2 criterios: a. Edad > 60 años. b. 50% de la superficie total del cuerpo afectada

## CONCLUSIONES

Cuando la asignación de recursos en tiempo de crisis generan dilemas bioéticos, por la limitación de los mismos (o ausencia), es el ES quién tiene que elegir prioridades, y en esta decisión, es donde hay muchas veces encontramos contraposición entre los principios bioéticos, pero indudablemente los más afectados son el de totalidad y terapéutico junto al de subsidiariedad y sociabilidad, en ese momento crítico una visión desde el principio Proporcionalidad Terapéutica puede ayudarnos a definir las prioridades.

Si utilizamos un procedimiento de clasificación, este debe ser aplicado y comunicado plenamente previo al episodio agudo, que normalmente se lleva a cabo en la sala de emergencias, pero qué, en esta ocasión de la pandemia del COVID 19, hay (si se aprovecha adecuadamente) un tiempo previo que se puede utilizar para este fin, reafirmando la importancia del concepto de la proporcionalidad de los tratamientos (visión bioética).

Es importante remarcar la dedicación del ES a cada paciente que lo necesita y a quien le ofrece todos los recursos disponibles, pero analizando claramente la proporcionalidad de los mismos (para beneficiarse clínicamente del recurso), ya que si no cumpliéramos esta premisa caeríamos en la desproporción terapéutica, situación que hoy (y siempre) no es éticamente aceptable.

Sabiendo que no es posible definir criterios a priori como la edad, la posición social u otros criterios arbitrarios: la evaluación deberá realizarse en la cama del paciente, en la singularidad de caso, un eje o propuesta de asignación es solamente una orientación que nos ayudará en esta situación especial, que nuestros ES se preparan a vivir.

Esta es la razón por la cual los Comités de Bioética (en estos momentos de pandemia, pueden esbozar líneas generales) o los Consultores de Bioética (están más cerca de las situaciones concretas) pueden contribuir al médico que debe tomar decisiones apoyándolo en cada decisión.

Sugerimos, en esta situación particular:

- La reactivación del CdB Nacional para que haga su aporte a esta situación, convocando a otros especialistas de Bioética que actualmente no lo integran (reunión ampliada), como una forma de aporte a las Sociedades Científicas que trabajan en decisiones consensuadas.
- Convocar a los CdB de las distintas instituciones para estudiar y brindar pautas generales para la Institución de quién dependen.
- Desde el Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina nos ponemos a disposición, desde esta base propuesta, para ayudar a los mismos a confeccionar estas pautas e intercambiar ideas para fortalecer la presencia de Consultores en Bioética, apoyados desde sus comités respectivos.

Siempre cuidamos a nuestros pacientes, que merecen todo nuestro respeto y compromiso. Ahora también desde la Bioética cuidamos al Equipo de Salud, brindándoles herramientas para que se tomen decisiones bioéticas adecuadas que no afecten nuestra integridad moral.

**Dr. Gerardo Perazzo**  
Secretario a/c Docencia e Investigación  
Htal "Velez Sarsfield" (CABA)  
Coordinador Instituto de Bioética UCA