

**Algunas sugerencias para reforzar sobre  
lineamientos éticos ante emergencia sanitaria COVID-19**

Depto de Ética COLMED

Preparado por Sofía Salas, 2 abril 2020.

En relación a “*presentar la mayor sensibilidad y empatía*” del documento del Rector Sánchez, sugerimos recalcar que es fundamental la **transparencia** en la entrega de la información, la cual debe ser veraz y oportuna, de tal modo de mantener la confianza en el sistema sanitario, tal como se ha hecho para asignación de órganos para Tx.

La aplicación de **criterios de distribución** de recursos críticos se justifica cuando la capacidad de cuidado crítico está o se presume estará a la brevedad sobrepasada; se han realizado todos los pasos apropiados para aumentar dicha capacidad, incluyendo, de ser necesario, transferencia a otros centros o redistribución de los recursos sanitarios; y la autoridad regional ha declarado una emergencia de salud pública. La situación actual hace preveer que en un futuro próximo enfrentaremos el así llamado “dilema de la última cama”.

Existen conceptos fundamentales que operan para una **justa distribución** de los recursos:

**1. Maximizar el beneficio** = salvar la mayor cantidad de vidas o la mayor cantidad de años de vida salvados, dando prioridad a quienes pueden sobrevivir más tiempo luego del alta hospitalaria. Esta perspectiva “utilitarista” es la adecuada desde el punto de vista de salud pública en el contexto de una pandemia.

Una **priorización ética** debiese considerar maximizar la sobrevivencia al alta hospitalaria; maximizar el número de años de vida salvados y maximizar las posibilidades de vivir cada una de las etapas de la vida.

Criterios de priorización **no pueden discriminar** de manera arbitraria por sexo, etnia, nivel socioeconómico. La edad cronológica NO puede ser el único criterio a considerar.

En situación de catástrofe, no puede ocuparse cama crítica según orden de llegada, puesto que se debe priorizar el bien común, procurando beneficiar al mayor número posible de personas.

Ante pacientes críticos con otras patologías no COVID, se debe priorizar la atención de aquel que más se beneficie; debemos recordar que hay otras necesidades de salud de la población que no pueden ser postergadas (infarto, accidentes vasculares, oncológicas, etc).

Es éticamente aceptable y clínicamente correcto que la decisión inicial de ingreso sea revisada de manera periódica, de tal modo que si el paciente no tiene evolución positiva, pueda ofrecérsele **cuidados paliativos**, adecuando así el esfuerzo terapéutico según la condición clínica de base.

Fundamental mantener adecuada comunicación con la familia sobre los posibles cursos de acción.

Averiguar sobre **voluntades anticipadas** y promover precozmente discusión respecto de adecuación del esfuerzo terapéutico (ie. si la persona, dada su condición basal, ha señalado que no quiere conectar a VM, respetar sus deseos).

Fortalecer el trabajo de los CEAs, que pueden contribuir a deliberar sobre casos complejos.

2. Enfatizar el **deber de no abandono**, lo que implica entregar cuidados paliativos, que debieran garantizarse para pacientes críticos que no tendrán acceso a UCI (semejante a la cobertura que existe para paciente oncológico).

**3. Promover valores instrumentales**, dando prioridad a quienes pueden salvar a otros (p/e profesionales de salud). Los trabajadores de salud deben priorizarse no porque su vida tenga mayor valor que otra, sino que por el valor instrumental que presentan en esta respuesta a la pandemia. Si no hay profesionales de salud, toda la población sufre mayor mortalidad. También obedece a una justa reciprocidad, puesto que se han contagiado atendiendo a sus pacientes. Esta priorización del personal de la salud no debe extenderse a personas famosas o poderosas, ya que socavaría la confianza en la destinación de estos recursos escasos.

4. Necesidad de contar con **personal sanitario entrenado** (discusión muy centrada en número camas y ventiladores, pero se ha olvidado un poco la necesidad de personal especializado). Será necesario redistribuirlos desde servicios de cuidado estándar o desde las especialidades, ya sea desde el sistema público como en el privado. También hay que considerar la posibilidad de habilitar profesionales de salud formados en el extranjero, con título aún no revalidado en Chile, los que debieran ser distribuidos según su nivel de especialidad y necesidades de salud. Hoy no se pueden contratar en instituciones acreditadas que son todas las con UCI.

En esta misma línea está el deber ético de la autoridad sanitaria de proteger al personal de salud, dotándolo de todos los elementos de protección personal que sean necesarios y también facilitándole contención emocional, activación de sus seguros de salud, modificar los esquemas de trabajo para evitar exponer a todo un equipo al mismo tiempo, etc.

Considerar la posibilidad de capacitar en habilidades de comunicación para entregar malas noticias a personal de servicio de urgencia.

4. **Gestión centralizada** de la disponibilidad de recursos críticos (VM y cama de UPC); cada institución no puede ocupar sus camas según realidad local, salvo aquellas de baja complejidad. Autoridad puede disponer de traslado de equipamiento crítico (ya sea esté en sistema privado o público), a los lugares donde más se le requiera y también puede

disponer traslado de pacientes, según necesidad clínica, independiente de tipo de previsión de salud, hacia o desde sistema público o privado.

5. Se debiera introducir el **concepto de reciprocidad**, vale decir del compromiso de cuidado que la ciudadanía tiene con su sistema sanitario, que se traduce en cumplir con la restricción de circulación (todos debieran circular menos); con el autocuidado; ser respetuosos con los equipos de salud; ajustar sus expectativas; y no sobrecargar servicios de urgencia.