



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER CUESTIONES BIOÉTICAS DE LA PANDEMIA COVID-19

La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de triajes en el marco del COVID-19

The management of scarce life supports in pandemic contexts. Reflections on the application of triage within the COVID-19 framework

La gestió de suports vitals escassos en contextos de pandèmia. Reflexions sobre l'aplicació de triatges en el marc de la COVID-19

CARLOS MARÍA ROMEO CASABONA, ASIER URRUELA MORA *

* Carlos María Romeo Casabona. *Dr. iur. Dr. med., Dr. h.c. mult.* Catedrático Derecho Penal, Universidad del País Vasco. Director GI Derecho y Genoma Humano, Bilbao (España). Email: romeo471@gmail.com.

Asier Urruela Mora. *Dr. iur. Dr. med.* Profesor Titular de Derecho Penal (Catedrático acreditado), Universidad de Zaragoza (España). Email: asier@unizar.es.



Copyright (c) 2020 Carlos María Romeo Casabona, Asier Urruela Mora
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

En el marco de una pandemia a escala mundial como la que representa el COVID-19 uno de los mayores dilemas bioéticos que se plantean es el de la gestión de determinados medios asistenciales escasos, tales como los respiradores (ventilación mecánica asistida), pues del acceso a los mismos dependen las posibilidades de supervivencia de numerosos pacientes en estado crítico. El presente trabajo trata de determinar los criterios para la gestión de dichos soportes vitales en un contexto de escasez extrema de los mismos para hacer frente a las necesidades de la totalidad de los pacientes que los requieren, analizando la literatura comparada sobre el particular, así como diferentes informes institucionales y de organismos en la esfera de la bioética.

Palabras clave: triaje; ventilación mecánica asistida; pandemia; COVID-19; Unidades de Cuidados Intensivos.

Abstract

In the context of a worldwide pandemic such as COVID-19, one of the greatest bioethical dilemmas that arise is the management of certain scarce medical devices, such as ventilators (mechanical ventilation), since the survival of many critically ill patients depends on the access to these ventilators. The present paper tries to determine the criteria applicable for the management of these medical devices in a context of extreme scarcity to face the needs of all the patients who require them. To this end, the comparative literature on the subject as well as different institutional and academic reports in the field of bioethics are analysed.

Keywords: triage; mechanical ventilation; pandemic; COVID-19; Intensive Care Units.

Resum

En el marc d'una pandèmia a escala mundial com la que representa la COVID-19 un dels majors dilemes bioètics que es plantegen és el de la gestió de determinats mitjans assistencials escassos, com ara els respiradors (ventilació mecànica assistida), ja que de l'accés als mateixos depenen les possibilitats de supervivència de nombrosos pacients en estat crític. El present treball pretén determinar els criteris per a la gestió d'aquests suports vitals en un context d'escassetat extrema dels mateixos per fer front a les necessitats de la totalitat dels pacients que els requereixen, analitzant la literatura comparada sobre el particular, així com diferents informes institucionals i d'organismes en l'esfera de la bioètica.

Paraules claus: triatge; ventilació mecànica assistida; pandèmia; COVID-19; Unitats de Cures Intensives.

1. Introducción

El advenimiento de una pandemia a nivel global como la que representa el COVID-19 implica un reto de dimensiones considerables para el conjunto de los sistemas de salud a escala mundial. Dadas las dimensiones de la referida pandemia en los momentos de mayor incidencia del virus entre la población la presión asistencial sobre las estructuras sanitarias ha aumentado de manera exponencial, colocando a los sistemas sanitarios de numerosos países al borde del colapso. Ello explica en gran medida la necesidad de adopción de medidas extraordinarias en forma de confinamientos prolongados del conjunto de la población con la consiguiente interrupción de actividades sociales, económicas y culturales.

Una de las cuestiones de mayor impacto al hilo de un contexto de pandemia viene asociada al hecho de que, ante la imposibilidad de atender a las necesidades del conjunto de la población en un momento determinado con los recursos materiales y humanos disponibles en el marco del sistema de salud, puede resultar ineludible la aplicación de criterios de priorización¹ entre los pacientes. Ello se ha planteado en el actual contexto del COVID-19 particularmente con respecto al número de camas UCI (Unidades de Cuidados Intensivos) y, en particular, de respiradores, que en los momentos álgidos de la pandemia han resultado insuficientes para atender a la totalidad de la población que requería de los mismos. Con base en lo anterior, resulta oportuno analizar no sólo retrospectivamente sino con carácter prospectivo (anticipando la ocurrencia de una nueva pandemia de características similares en el futuro o incluso un hipotético rebrote de COVID-19) con base en qué criterios debería operar el triaje llamado a determinar el acceso a medios asistenciales vitales en un contexto de escasez de los mismos que impida atender al conjunto de la población que requiere de aquellos.

2. Consideraciones previas a la práctica de cualquier operación de triaje

En el contexto que supone la pandemia de COVID-19 cabe destacar con carácter preliminar una serie de aspectos que inciden directamente en la forma de gestión de los soportes asistenciales

1 El Informe del Comité de Bioética de España considera en este punto que “sin quitar un ápice al carácter trágico que una decisión de esta naturaleza tiene, la priorización en la asignación de recursos sanitarios no es una novedad ni una consecuencia de la pandemia, sino algo inherente a cualquier sistema de salud”. Véase Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, 4. [En línea]. Disponible en: http://www.comitedebioetica.es/documentacion/#doc_crisis_coronavirus [Consulta: 22 de mayo de 2020].

vitales en una situación como la actual. En primer lugar, procede poner de manifiesto que los recursos disponibles en la esfera de los cuidados intensivos han colocado a la mayor parte de los sistemas de salud en una situación ciertamente complicada para hacer frente al reto que nos plantean pandemias globales y de gran extensión en el cuerpo social como es el caso del COVID-19². En definitiva, un incremento importante de la presión asistencial que implique un aumento exponencial de la demanda de dichas infraestructuras coloca muy rápidamente a la mayor parte de los sistemas sanitarios en situación de máximo estrés. Por ello, en coyunturas de emergencia de masas, grandes desastres o pandemias en función de su grado de extensión y duración se puede plantear de manera inmediata la necesidad de incrementar las capacidades de los servicios de cuidados intensivos y el número de respiradores.³

Una consecuencia de lo anterior es que, en contextos de pandemias con un gran impacto en el conjunto de la población, los recursos asistenciales vitales disponibles resultarán en muchos momentos insuficientes para hacer frente a la nueva situación epidemiológica, existiendo la necesidad de priorización del acceso a los mismos. En todo caso, y con carácter previo a la formulación de cualquier sistema de triaje debe exigirse la implementación de medidas institucionales orientadas en un doble sentido: por un lado, los poderes públicos quedan obligados a la movilización de todos los esfuerzos necesarios a fin de incrementar las capacidades en relación con dichas infraestructuras⁴. Asimismo, se debe garantizar la máxima solidaridad institucional e interregional, por lo que no resultaría legítima ninguna operación de triaje que excluya a un ciudadano de soportes vitales esenciales si existen infraestructuras de dicha naturaleza disponibles en otros centros hospitalarios a nivel local, de la propia CCAA o del resto del país⁵. En definitiva, y tal como pone de manifiesto el Informe de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos la solidaridad entre los territorios y las unidades asistenciales de cualquier tipo debe ser una prioridad⁶. Pandemias como

2 Así lo destacan acertadamente Hick, J.L.; O'Laughlin, D.T. (2006). Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. *Acad Emerg Med*, Vol. 13, 2, 223-224.

3 Devereaux, A.V.; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. *Chest Journal*, 133 (5), 51S; Hick, J.L.; O'Laughlin, D.T. (2006). Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. *cit.*, 224, plantean que si la epidemia o ataque bioterrorista se limitan a un área geográfica determinada se pueden movilizar recursos pero si es general, nacional o internacional (p.ej. pandemia de gripe) es poco probable tener a disposición un número importante de recursos suplementarios.

4 Devereaux, A.V.; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. *cit.*, 53S; Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, *cit.*, 5.

5 En sentido similar, SEMICYUC (2020). Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19, 53. [En línea]. Disponible en: https://www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf [Consulta: 22 de mayo de 2020].

6 Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2020). Informe en relación a la priorización

la que representa el COVID-19 convierten la solidaridad en un valor fundamental que debe guiar indefectiblemente el proceder de los poderes públicos y ello alcanza una de sus máximas expresiones en el compromiso de puesta en común de infraestructuras esenciales con la finalidad de reducir al máximo el impacto de la pandemia en el conjunto del territorio nacional.

3. Concreción de los criterios para la práctica del triaje

Una vez planteado este escenario básico cabe proceder a desglosar las cuestiones específicas vinculadas a la priorización en el acceso a camas UCI o a los aparatos de ventilación mecánica asistida en el marco de la pandemia COVID-19.

En primer lugar, resulta evidente que una situación de pandemia como la que plantea el COVID-19 implica un contexto excepcional en el que las exigencias vinculadas a la salud pública y a la maximización del bien común pueden conllevar alteraciones importantes de los estándares asistenciales aplicables en situaciones ordinarias⁷. En dicho escenario de crisis epidemiológicas de alto impacto social se plantea indefectiblemente una tensión entre las exigencias del bien común y los derechos individuales que exige modulaciones muy relevantes en la esfera de la autonomía individual.⁸

La relevancia de los criterios de priorización en un escenario de pandemia caracterizado por la imposibilidad de aplicar recursos asistenciales vitales a todos los pacientes que los requieren no solo resulta máxima desde la perspectiva del interés colectivo, sino igualmente si atendemos a la esfera de los profesionales sanitarios encargados de la asistencia en primera línea. En una situación como la que plantea el COVID-19 en la que aquellos deben actuar bajo una presión asistencial extrema provocada por el ingente número de pacientes afectados por la epidemia así como por el impacto que la pandemia ostenta en el colectivo sanitario (alto número de profesionales de baja particularmente por la incidencia entre los mismos de la enfermedad e importante riesgo de contagio de los que continúan en el servicio activo), añadir a los quehaceres asistenciales ordinarios la carga de tener que aplicar el referido triaje sin suministrarles criterio

de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. [En línea]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/informe-de-la-comisi%C3%B3n-central-de-deontolog%C3%ADa-en-relaci%C3%B3n-la-priorizaci%C3%B3n-de-las-decisiones-sobre> [Consulta: 22 de mayo de 2020].

7 Como ponen de manifiesto Hick, J.L.; O'Laughlin, D.T. (2006). Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. cit., 225.

8 Devereaux, A.V.; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. cit., 61S. En el mismo sentido, White, D.B.; Katz, M.H. *et al.* (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern Med*, 150(2), 132-138.

alguno al efecto puede acabar produciendo altos niveles de estrés. La posibilidad de que ello acabase generando cuadros de máxima ansiedad entre el colectivo sanitario resultaría, en dicho contexto, ciertamente alta a medio plazo. Por ello, compete a los poderes públicos garantizar la existencia de ciertas pautas o criterios para la aplicación del referido triaje en una situación como la que supone el COVID-19, en el bien entendido que la decisión última debe recaer en los clínicos quienes deberán ponderar las referidas pautas y proceder a su concreción en cada caso individual. En todo caso, la pormenorización de criterios en aras a la priorización de pacientes no pretende automatizar las decisiones en la esfera sanitaria debiendo partirse de la singularidad de cada paciente.⁹

Por otro lado, desde la perspectiva del colectivo sanitario la existencia de dichos criterios otorga una importante seguridad jurídica¹⁰ ante situaciones ciertamente complejas tanto desde el punto de vista emocional como legal, puesto que es evidente que un profesional del sector salud pueda temer las consecuencias jurídicas de un procedimiento que, al postergar la atención a un paciente, conllevará con gran probabilidad la muerte del mismo.

3.1 Aspectos formales de la configuración de criterios de priorización en el acceso a soportes vitales básicos en un contexto de pandemia

Con carácter previo a la concreción de los criterios con base en los cuales debería procederse a la práctica del triaje para el acceso a camas UCI y respiradores en un contexto de sobresaturación extrema de los recursos de dicha naturaleza en el sistema sanitario por la concurrencia de una pandemia, procede concretar ciertos aspectos procedimentales relevantes en la fijación de dichos criterios.

En primer lugar, las pautas que se establezcan a dichos efectos deben ser objetivas, transparentes y públicas¹¹. Ello garantiza la inexistencia de tratos de favor en beneficio de

9 Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. cit., 6; Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2020). Informe en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. cit.; Romeo Casabona, C.M. (Coord.); Urruela Mora, A. (co-redactores) *et al.* (2020). Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2, 7.

10 Acerca de la importancia de protección legal de los profesionales sanitarios en este contexto, véase Hick, J.L.; O'Laughlin, D.T. (2006). Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. cit., 225; Devereaux, A.V.; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. cit., 62S.

11 Romeo Casabona, C.M. (Coord.), Urruela Mora, A. (co-redactores) *et al.* (2020). Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2, 2. [En línea]. Disponible en:

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf [Consulta: 22 de mayo de 2020].

determinados individuos, contribuyendo a la salvaguarda de la integridad y la imagen pública del sistema de salud en un momento de enorme presión asistencial sobre el mismo como consecuencia de la pandemia. Idealmente, dichos criterios deberían ser diseñados de antemano al advenimiento de una pandemia permitiendo la participación abierta y el debate experto en el diseño de las pautas de priorización. Por otro lado, y una vez finalizado el periodo temporal de aplicación de los criterios de triaje (por disminución de la prevalencia de la pandemia y consiguientemente, de la demanda asistencial de soportes vitales) habría de procederse a una retroalimentación acerca de la validez de los criterios implementados, asegurando la aplicación de mecanismos adecuados de monitorización y revisión de los mismos.

Por otro lado, en la implementación del proceso de triaje numerosos trabajos en la esfera nacional española¹² sugieren asimismo la implicación de los Comités de Ética Asistencial (CEA) del propio hospital como apoyo en el desarrollo de la labor de triaje a la vista de los importantes conflictos bioéticos que pueden plantearse. En todo caso, de optarse por dicha posibilidad ello exigiría la configuración de comités *ad-hoc* en el seno de los propios CEA constituidos por un número reducido de miembros¹³ que hiciera funcional dicho recurso en el marco de las operaciones de priorización de soportes vitales en el contexto de la pandemia.

Otra cuestión a subrayar es la relativa al hecho de que, de resultar necesaria la priorización en la situación referida, los criterios habrán de aplicarse homogéneamente a todo el colectivo de pacientes que precisen de cuidados intensivos escasos, y no exclusivamente a los afectados por la pandemia (en este caso, el COVID-19). Asimismo, debe ponerse de manifiesto que el acceso al recurso asistencial (en este caso, escaso) únicamente debe realizarse si el paciente consiente al mismo, por lo que en caso de rechazo a dicho tratamiento (bien expresado por el propio paciente si el mismo se encuentra consciente o, por ejemplo, recogido en instrucciones previas), deberá respetarse la voluntad del sujeto, siguiendo los estándares habituales.

Finalmente, procede destacar oportunamente que la bajísima incidencia del COVID-19 entre la población pediátrica no ha conllevado, afortunadamente, la necesidad de operaciones de triaje entre dicho colectivo. En todo caso, si en el curso de una pandemia futura pudiera plantearse la

12 Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, cit., 7; Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2020). Informe en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. cit.; Romeo Casabona, C.M. (Coord.); Urruela Mora, A. (co-redactores) *et al.* (2020). Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2, cit., 8.

13 Entre los cuáles deberían encontrarse además de aquellos que por su especialización (p.ej. intensivistas) mayores conocimientos pudieran aportar a la práctica de los referidos triajes, personas con formación jurídica y bioética. En este sentido, véase Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, cit., 7.

necesidad de priorización de recursos asistenciales escasos y la población infantil integrara -junto con otros grupos poblacionales- un colectivo de referencia, debería preverse cierta preferencia de acceso a los niños, lo cual tiene apoyo en la normativa internacional.¹⁴

3.2 La utilidad social como criterio de priorización

Una de las cuestiones que ha generado mayor conflicto en la literatura especializada es la determinación de si el criterio del valor social (o utilidad social) debe ser empleado en un contexto de pandemia para la priorización en el acceso a recursos asistenciales vitales (camas UCI y ventilación mecánica asistida fundamentalmente).

En este sentido, White *et al.*¹⁵ distinguen en relación con el valor social dos criterios diferenciados: por un lado, el valor social en sentido amplio (broad social value) y por otro, el valor instrumental (instrumental value) también denominado efecto multiplicador (the “multiplier effect”) o valor social en sentido estricto (narrow social value). El valor social en sentido amplio atendería a los méritos pasados o futuros del sujeto en su contribución a la sociedad para concretar si merece gozar de una prioridad en el acceso a dichos medios escasos. La referida opción, en nuestra opinión absolutamente descartable, no gozaría apenas de apoyo alguno entre la comunidad académica¹⁶ pues se carece de pauta alguna en nuestras sociedades pluralistas sobre cuya base quepa afirmar que un individuo tiene un superior valor intrínseco que otro.¹⁷

Mayor adhesión ha merecido el criterio del valor instrumental que atendería fundamentalmente a la capacidad de un individuo de asumir tareas esenciales para el conjunto de la sociedad en el marco de una pandemia. Primariamente se ha predicado la aplicación de dicho principio en el contexto del COVID-19 con respecto a los profesionales sanitarios que actúan en primera línea frente al virus con base en el hecho de que manteniendo dicha fuerza de trabajo se garantiza la protección de la sociedad frente a la pandemia. A ello se suelen añadir criterios de mérito al objeto de reconocer por la vía de la priorización en el acceso a dichos soportes vitales

14 Lo cual plasmaría el principio de interés superior del menor consagrado en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de los niños tal como pone de manifiesto el Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. cit., 11.

15 *Ibidem*

16 Profundamente crítico con el criterio de la utilidad social se muestra el Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. cit., 7. En sentido similar, WHO (2016). Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Geneva: WHO, 21.

17 White, D.B.; Katz, M.H. *et al.* (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. cit., 132-138.

escasos en favor del colectivo de sanitarios su desempeño poniendo en riesgo la vida y la integridad física en aras a salvaguardar la salud de terceros.¹⁸

La aplicación de este principio ha generado importantes controversias entre los grupos de expertos que han abordado la determinación de la prioridad para el acceso a camas UCI y respiradores en el contexto de una pandemia¹⁹. Una primera objeción que se plantea al criterio del valor instrumental es su escasa utilidad como principio de mantenimiento de la fuerza laboral en el ámbito sanitario en el contexto de una pandemia de las características del COVID-19, pues los profesionales que requieran de cuidados intensivos y que puedan gozar de prioridad al efecto difícilmente se encontrarán recuperados para reincorporarse a sus funciones profesionales en el pico temporal de mayor intensidad de la enfermedad (que normalmente apenas durará unas pocas semanas). Otro problema de calado que se presenta en este punto es el de la concreción de qué personas en particular deberían gozar de prioridad en atención al criterio del valor social en sentido estricto.

En nuestra opinión, una aplicación ponderada del criterio de mérito obligaría a reconocer cierta preferencia en el acceso a recursos vitales escasos en contextos pandémicos a los profesionales sanitarios en activo que actúan en primera línea (tanto a nivel hospitalario como, por ejemplo, en servicios de atención primaria cuya labor es fundamental en la contención y control de la evolución del virus) y que, por lo tanto, presentan un alto riesgo de contagio. Similares circunstancias deberían dar lugar a la aplicación de la referida preferencia a los trabajadores de servicios públicos esenciales no sanitarios en la medida en que se vean obligados a realizar actividades de alto riesgo de contagio en el marco del desempeño de sus funciones durante la pandemia tales como miembros de los cuerpos de policía, militares, etc.

18 Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. cit., 11 y s. Admite igualmente este último criterio WHO (2016). Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. cit., 21.

19 Una cuestión ulterior susceptible de plantearse en un escenario futuro es la relativa a la asignación de preferencia para el acceso a vacunas o a tratamientos antivirales si ambos resultasen insuficientes para cubrir la totalidad de las necesidades de la población. El National Vaccine Advisory Committee (EEUU) recomienda, en la asignación de vacunas y tratamientos antivirales durante una pandemia, dar prioridad a los trabajadores del sector de la producción de vacunas y a los profesionales sanitarios (en una línea argumental similar Centers for Disease Control and Prevention de EEUU). White, D.B.; Katz, M.H. *et al.* (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. cit., 132-138.; Devereaux, A.V.; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. cit., 52S y s.

3.3 Proscripción de criterios de priorización que supongan una discriminación directa de determinados colectivos

Ciertos grupos de expertos han propuesto, en relación con la asignación de recursos vitales escasos en el curso de una pandemia como la de COVID-19, descartar directamente a determinados grupos poblacionales del acceso a los mismos. La plasmación más palmaria de lo anterior es la pretensión reflejada en determinados documentos de grupos científicos en favor de descartar el acceso a soportes vitales esenciales en contextos de escasez extrema (como el que implica la actual pandemia de COVID-19) a toda persona que supere una determinada edad (típicamente, en la mayor parte de los trabajos, los 80 o los 85 años). Se parte del hecho de que en situaciones de insuficiencia absoluta las camas UCI y respiradores deben asignarse a los estratos poblacionales más jóvenes en una aplicación implícita del criterio del ciclo vital.²⁰

Cabe destacar que la mayor parte de la literatura especializada ha rechazado expresamente dichas exclusiones fundadas en el factor cronológico exclusivamente.²¹

A nuestro modo de entender, dichos criterios basados únicamente en la edad deben quedar absolutamente proscritos y ello por varias razones. En primer lugar, por asentarse en un principio discriminatorio, en este caso en atención a la edad, con lo que ello implica de afección a las bases mismas de nuestro estado de derecho²². La aplicación de criterios fundados directamente en una discriminación ilegítima son contrarios a la dignidad humana pues envían explícitamente el mensaje de que determinadas vidas no merecen ser salvadas²³. Por el contrario, la posición que a nuestro juicio debe ser sostenida en este punto es la mantenida por el *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2* en el sentido de que las personas de una determinada edad podrán acceder a recursos asistenciales escasos en

20 El Principio del ciclo vital también denominado de "equidad intergeneracional" pretende dar a cada individuo la misma oportunidad de vivir a través de las distintas fases de la vida por lo que da prioridad a los individuos jóvenes frente a los de mayor edad en el acceso a tratamientos vitales en situaciones de escasez extrema. White, D.B.; Katz, M.H. *et al.* (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. cit., 132-138.

21 Contrarios al criterio de la edad exclusivamente se muestran, entre otros, Hick, J.L.; O'Laughlin, D.T. (2006). Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. cit., 227; Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2020). Informe en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. cit.; Comité de Bioética de España (2020). Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, cit., 11.

22 En este sentido, véase Romeo Casabona, C.M. (Coord.); Urruela Mora, A. (co-redactores) *et al.* (2020). Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2. cit., 9.

23 White, D.B.; Katz, M.H. *et al.* (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. cit., 132-138.

situaciones de pandemia en las mismas condiciones que el resto de ciudadanos, es decir, en función de su situación clínica.²⁴

En definitiva, si bien resulta asumible que la edad pueda jugar un papel en determinados supuestos extremos en la priorización del recurso, no cabrá admitir la denegación *ab initio* de toda posibilidad de acceso a soportes vitales escasos por factores de edad exclusivamente.

3.4 Concreción de los criterios de priorización en el acceso a soportes vitales escasos en supuestos de pandemias

A partir de las asunciones anteriores, el principio fundamental al que debe orientarse la asignación de camas UCI y respiradores en un contexto de pandemia como el descrito debe ser el de maximización del beneficio en relación con el número de vidas humanas salvadas²⁵. En consecuencia, se debe partir de un criterio de base utilitaria (del que no puede prescindirse por completo en dicho contexto) orientado a salvar la mayor cantidad de vidas corregido por la consideración de que, *prima facie*, todas las vidas tienen el mismo valor.²⁶

Sobre la base de dicho principio esencial de funcionamiento y en aras a la concreción de la priorización se debe atender a criterios clínicos fundamentalmente. La mayor parte de los documentos nacionales e internacionales en esta esfera prevén 3 componentes del triaje: criterios de inclusión, criterios de exclusión y priorización del cuidado²⁷. Siguiendo a Christian *et al.*²⁸ cabe establecer que los criterios de inclusión identifican a pacientes que puedan beneficiarse de la admisión en cuidados intensivos y se centran fundamentalmente en el fallo respiratorio. Por el contrario, los criterios de exclusión tratan de determinar a pacientes con alta probabilidad de muerte incluso accediendo a cuidados intensivos y escasa probabilidad de supervivencia al alta hospitalaria.²⁹

24 Romeo Casabona, C.M. (Coord.); Urruela Mora, A. (co-redactores) *et al.* (2020). Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2, cit., 9.

25 *Ibidem*, 3.

26 White, D.B.; Katz, M.H. *et al.* (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. cit., 132-138.

27 Devereaux, A.V.; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. cit., 56S.

28 Christian, M.D.; Hawryluck, L. *et al.* (2006). Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. CMAJ, 175(11), 1378 añaden un cuarto elemento que son los requisitos mínimos para la supervivencia.

29 En este sentido, véase Devereaux, A.V.; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. cit., 56S.

El instrumento de evaluación clínica más extendido en la literatura especializada³⁰ a estos efectos es el SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) que suma puntos en función de medidas objetivas en relación con 6 ámbitos: respiratorio, renal, hepático, cardiovascular, hematológico y neurológico, siendo la puntuación perfecta de 0. En función de la puntuación obtenida en el SOFA se asigna al paciente un código de color que determina su prioridad en el acceso a cuidados intensivos. La principal ventaja del SOFA a estos efectos es su buen valor predictivo con base en unos pocos parámetros clínicos y de laboratorio (facilidad de cálculo). En todo caso, y tal como poníamos de manifiesto *supra*, la decisión en materia de triaje debe ser siempre individualizada, por lo que baremos como el SOFA nos suministrarán un indicio fundamental de la situación clínica a efectos de la priorización, si bien se debe evitar el automatismo de aplicar mecánicamente cualquier baremo sin particularizar la decisión con base en el resto de los factores concurrentes en el paciente concreto.³¹

En todo caso, debe garantizarse que los pacientes que, por razón de la aplicación de los criterios de triaje no tengan acceso a cuidados intensivos, reciban atención médica que mantenga su estado o cuidados paliativos.³²

4. Conclusiones

La importancia de una reflexión profunda acerca de los criterios a aplicar en aras a la implementación de un triaje en un contexto de pandemia como el que supone el COVID-19 resulta máxima puesto que únicamente con base en protocolos validados desde el punto de vista bioético pueden adoptarse medidas de la máxima gravedad que conllevan, en última instancia, priorizar a determinados ciudadanos sobre otros en situaciones de escasez absoluta de medios asistenciales vitales. Es este un debate de notable gravedad por las implicaciones que conlleva y porque, de no establecerse criterios transparentes y legitimados socialmente puede poner en entredicho el funcionamiento del conjunto del sistema de salud de un país.

30 Hick, J.L.; O'Laughlin, D.T. (2006). Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. cit., 227; Devereaux, A.V.; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. cit., 57S; Christian, M.D.; Hawryluck, L. *et al.* (2006). Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. cit., 1378; SeMicyuc. (2020). Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. cit., 53; Powell, T.; Christ, K. C.; Birkhead, G.S. (2008). Allocation of ventilators in a public health disaster. cit., 23 (estos añaden además el Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic Protocol).

31 Romeo Casabona, C.M. (Coord.); Urruela Mora, A. (co-redactores) *et al.* (2020). Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2, 7.

32 Devereaux, Asha V.; Dichter, J. R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. cit., 53S.

En este sentido, han sido numerosos los grupos de trabajo a nivel internacional que fundamentalmente desde principios del siglo XXI, al hilo de epidemias como la del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV aparecido en 2002 y considerado contenido en 2004) han planteado pautas para la implementación de los referidos triajes a la vista de que en dichos contextos pandémicos con alto impacto en la población los medios asistenciales vitales (camas UCI y respiradores, fundamentalmente) resultan insuficientes para atender la demanda del conjunto de la población afectada. Uno de los mayores aprendizajes que cabe extraer del COVID-19 en España es que debemos aprovechar las lecciones que nos ha suministrado dicha pandemia para anticipar escenarios, de cara a futuras situaciones similares (nuevas epidemias o incluso rebrotes de la misma) que, sin lugar a dudas, volverán a plantearse con similar virulencia en el futuro. Es por ello que consideramos que la pormenorización de criterios para proceder al triaje de pacientes en un contexto de pandemia como el referido resulta fundamental por varias razones. En primer lugar, porque otorga a los profesionales sanitarios ubicados en primera línea pautas claras en un momento en el que la presión laboral y emocional es máxima por lo que resulta problemático añadir a los citados profesionales la carga emocional de decidir las pautas de triaje sin dotarles de criterios al efecto. En segundo lugar, explicitar los criterios operativos para el desarrollo de actuaciones de triaje en el marco de una pandemia de las características del COVID-19 suministra la necesaria transparencia imprescindible para garantizar la confianza social en el procedimiento (del que, conviene no olvidarlo, pueden depender en un momento dado vidas humanas) y, por lo tanto, dotarlo de legitimidad social. Finalmente, porque explicitando dichos criterios y a sabiendas de su operatividad en futuros contextos pandémicos, se permite la participación pública y la retroalimentación, garantizando que aquellas pautas que se implementen en el futuro serán no solo fruto de la rigurosa aplicación de criterios clínicos y bioéticos sino que además gozarán de un importante consenso social y, consecuentemente, de plena legitimidad.

Bibliografía

- ◆ Christian, M.D.; Hawryluck, L. *et al.* (2006). Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ*, 175, 11.
- ◆ Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2020). *Informe en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria*. [En línea]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/informe-de-la-comisi%C3%B3n-central-de-deontolog%C3%ADa-en-relaci%C3%B3n-la-priorizaci%C3%B3n-de-las-decisiones-sobre> [Consulta: 22 de mayo de 2020].

- ◆ Comité de Bioética de España (2020). *Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*, 4. [En línea]. Disponible en: http://www.comitedebioetica.es/documentacion/#doc_crisis_coronavirus [Consulta: 22 de mayo de 2020].
- ◆ Devereaux, A.V. ; Dichter, J.R. *et al.* (2008). Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. *Chest Journal*, 133, 5.
- ◆ Hick, J.L.; O'Laughlin, D.T. (2006). Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. *Acad Emerg Med*, 13, 2.
- ◆ Powell, T.; Christ, K.C.; Birkhead, G.S. (2008). Allocation of ventilators in a public health disaster. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2, 1.
- ◆ Romeo Casabona, C.M. (Coord.); Urruela Mora, A. (co-redactores) *et al.* (2020). *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2*. [En línea]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf [Consulta: 22 de mayo de 2020].
- ◆ SEMICYUC (2020). *Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19*, 53. [En línea]. Disponible en: https://www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf [Consulta: 22 de mayo de 2020].
- ◆ SIAARTI (Italia). (2020). *Raccomandazioni di Etica Clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*. [En línea]. Disponible en: <https://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf> [Consulta: 22 de mayo de 2020].
- ◆ White, D.B.; Katz, M.H. *et al.* (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann. Intern Med*, 150, 2.
- ◆ WHO (2016). *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*. Geneva: WHO, 21.

Fecha de recepción: 1 de julio de 2020

Fecha de aceptación: 6 de julio de 2020