Universidad de la República
Facultad de Medicina

Toma de decisiones en el final de la vida en el contexto de la pandemia COVID 19. Una reflexión desde la Bioética.

Ciclo de Metodología Científica II-2020
Grupo 63

Integrantes:
Elgul, Nabila.
García, Romina.
Gerona, Luna.
Gutierrez, Ana.
Mar, Sofía.
Silvera, Alexa.

Orientadores:
Asistente Unidad Académica de Bioética Mag. Méndez, Silvia
Prof. Adj. Unidad Académica de Bioética Dr. Zunino, Carlos

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen	**2**
Introducción	**4**
Marco teórico	**6**
Objetivos	**13**
Metodología	**13**
Resultados y discusión	**14**
Conclusiones y perspectivas	**28**
Bibliografía	**30**
Anexos	**36**

Resumen

A finales del año 2019 surgieron los primeros casos de la enfermedad COVID-19, con una rápida expansión a nivel local y mundial, declarándose el 11 de febrero de 2020 como pandemia. Se instaló como crisis sanitaria en varios países, colapsando el sistema de salud en varios de ellos. Se ha enfrentado a grandes desafíos asistenciales y a complejas tomas de decisiones en el final de la vida, así como la necesidad de contar con criterios para la distribución de los recursos.

El presente trabajo apunta a reflexionar desde la bioética sobre la toma de decisiones al final de la vida en el contexto de la crisis sanitaria por la pandemia COVID-19. Se identificarán los criterios para la asignación de recursos y su reestructuración en el contexto actual.

Consiste en una revisión bibliográfica narrativa a través de términos MESH en PubMed, Scielo, Portal Timbó, Lilacs, enfocada en los siguientes países: España, Italia, Portugal, Reino Unido, Argentina, Brasil, Ecuador y Uruguay, que han mostrado un comportamiento diferencial.

Conclusiones: Existe una gran cantidad de producción científica que trata este tema. Se encontraron criterios de asignación de recursos heterogéneos. Además diferentes formas de argumentar la toma de decisiones en este difícil escenario. No existe un consenso internacional específico sobre los criterios de asignación de recursos, en su defecto cada país analizado ha implementado protocolos diversos. Desde la bioética se entiende que el trasfondo de esta problemática se enmarca en un problema persistente relacionado a la asignación de recursos a la salud. Es necesaria su visibilización y problematización, así como su tratamiento responsable en la agenda política del país.

Palabras clave: ética, muerte digna, COVID 19, asignación de recursos.

Summary

At the end of 2019, the first cases of the COVID-19 disease emerged, expanding rapidly at a local and global level; it was declared a pandemic on February 11th, 2020. It became a health care crisis in many countries, collapsing the health care system in several of them and causing great healthcare challenges and complex decision-making at the end of life, as well as the need to create criteria for the distribution of resources.

The aim of the present work is to reflect on the resignification of dying with dignity and decision-making at the end of life from a bioethical perspective, in the context of the health care crisis due to the COVID-19 pandemic. The criteria for the allocation of resources and their

restructuring in the current context will be identified. This is a bibliographical narrative review through MESH terms in PubMed, Scielo, Portal Timbó, Lilacs, focused on the following countries: Spain, Italy, Portugal, Great Britain, Argentina, Brazil, Ecuador and Uruguay, which have acted differently.

Conclusions: There is a large amount of scientific production that deals with this topic. Heterogeneous resource allocation criteria were found, as well as different arguments for decision-making in this difficult scenario. There is no specific international consensus on the criteria for the allocation of resources; failing that, each country analyzed has implemented different protocols. From a bioethical point of view, it is understood that the background of this issue is framed in a persistent problem related to the allocation of healthcare resources. Its visibility and problematization is necessary, as well as its responsible treatment in every country's political agenda.

Key words: Ethics, dignified death, COVID-19, resource allocation.

Introducción

Los primeros casos de infecciones por SARS-CoV-2 surgen en Wuhan, provincia de Hubei, China. Investigaciones posteriores catalogan al agente causal como un nuevo virus, perteneciente a la familia Coronaviridae, subfamilia Orthocoronavirinae, nombrado oficialmente el 11 de febrero de 2020, por la OMS, como Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus tipo 2 (por sus siglas en inglés SARS-CoV-2, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*), que causa la enfermedad COVID-19. El día 11 de marzo la OMS declara pandemia mundial.[1]

COVID-19 se expande a países del continente Europeo tales como España, Italia y Reino Unido, llegando luego a Brasil, siendo el primer país de América Latina, afectando seguidamente a Ecuador, Portugal, Argentina y Uruguay.[2,3,4]
Se instala como crisis sanitaria en Uruguay el día 13 de marzo del 2020, atravesando diversas áreas desde el Sistema de Salud y el Sistema Económico hasta la vida colectiva y privada. A la fecha actual, se han pautado una serie de medidas desde el Estado Uruguayo para atender la emergencia sanitaria que se analizarán en el presente trabajo.[5]

En muchos de estos países, el Sistema de Salud se ha enfrentado a grandes desafíos asistenciales. En varios de ellos se ha generado un gran colapso en los sistemas de salud, incluyendo los Servicios de Cuidados Intensivos. En parte, se debe a la alta tasa de transmisión y el agravamiento del cuadro clínico en gran porcentaje de los infectados.
Asimismo, los recursos materiales se reconocieron insuficientes para abastecer a gran parte de la población. Por otra parte, la rápida instrumentación de centros asistenciales en condiciones de trabajo desfavorables y la escasez de equipos de protección personal condujeron a que gran parte del personal de salud contrajera la enfermedad, disminuyendo así también los recursos humanos, llevando todos estos factores a un gran número de fallecidos por la nueva pandemia.[6]

Se generó la necesidad de instrumentar protocolos en base a un marco ético-legal para la asignación de los recursos limitados en base a criterios tales como la edad de los pacientes y su esperanza de vida.[7,8] Además, la escasez de recursos y la necesidad de establecer criterios transparentes para la toma de decisiones en este escenario, ha sido tema de preocupación, formando parte de la agenda pública de diferentes países. Esto conlleva a la reflexión sobre la toma de decisiones complejas en el final de la vida, con la necesidad de determinar criterios no

siempre claros ni consensuados socialmente para priorizar la vida de algunas personas sobre otras, involucrando el acceso y distribución de los recursos.[9,10,11]

Es necesario un marco teórico sólido y criterios éticos que respeten los derechos humanos y los principios éticos fundamentales para validar las decisiones al final de la vida. En esta revisión bibliográfica se plantea la necesidad de reflexionar sobre las mismas, tanto desde la salud pública como desde criterios individuales.

En este sentido, se plantean las siguientes preguntas: ¿de qué manera el aumento de necesidades de atención de Cuidados Intensivos en pacientes críticos y la limitación de recursos reestructuran criterios para la asignación de éstos?, ¿cuál es el marco ético para la toma de estas decisiones?, ¿existen diferencias entre los países?, ¿se resignifican los conceptos de muerte digna, eutanasia, calidad de vida en el contexto de pandemia?.

El propósito de este trabajo es contribuir a la reflexión ética sobre estos aspectos considerando la realidad de nuestro país.

Marco teórico

1) Bioética, principialismo y críticas al principialismo

En los últimos años, la bioética como disciplina académica ha sido reestructurada desde la región latinoamericana. El proceso de construcción de nuevos marcos teóricos parte de una visión regional que apunta a una concepción de la bioética que pueda hacer frente a los conflictos desde un análisis de la realidad política, económica y sociocultural de la región.[12]

Se entiende por bioética "...una reflexión crítica sobre los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud humana"[13], partiendo del análisis de las prácticas sociales (praxis) y sus elementos y considerando a la salud humana como "la capacidad y el derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permita a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo"[13].

Existen diversas teorías éticas, entre ellas la teoría deontológica y la teoría utilitarista. El deontologismo es una forma de entender la moralidad a través del "acatamiento del deber por el deber mismo, sin otra consideración".[12] Surge a partir de Immanuel Kant y su análisis de las formas del acto moral, considerando que su obligatoriedad no depende de los resultados esperados de la acción. Por otro lado, la teoría consecuencialista, especialmente el utilitarismo, entiende que el accionar debe ser juzgado por los resultados que se esperan obtener, no por las intenciones propuestas o por su concordancia a principios morales abstractos.[12]

La bioética surgió a fines de la década de los setenta en Estados Unidos como producto de una serie de situaciones vinculadas con transgresiones éticas en la investigación biomédica. El discurso bioético se argumentó en sus inicios fundamentalmente en base a una propuesta principialista.[12] Beauchamp y Childress, en su libro Principios de ética biomédica en el año 1979, reformulan los conceptos estableciendo cuatro principios aplicables al área ética asistencial: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.[14]

En el presente trabajo se realizará énfasis en el principio de justicia, que aporta criterios éticos a las decisiones en salud, relacionadas con la distribución de recursos y los criterios que se utilizan. Desde la filosofía de Aristóteles, se entiende la justicia desde dos grandes significados. Por un lado desde el vínculo de las personas con el estado, como principio de orden en la sociedad política que promueve el interés común. Por otra parte, la justicia como denotación de equidad en la distribución. En este sentido la justicia distributiva juega un rol central en los debates de la ética médica sobre la asignación de recursos. Rawls, concibe a la justicia como

ideal social, donde el significado otorgado a la justicia es resultado de la noción de sociedad. La justicia social surge a finales del siglo XIX, "... se trata del papel de la sociedad en el cuidado de las personas, de sus instituciones sociales y económicas que deciden la distribución de beneficios y cargas".[15] Esto genera la necesidad de entender a la justicia como equidad, que en su concepto implica el uso racional de recursos y su distribución de acuerdo a las necesidades. De esta forma, el principio de justicia se entiende desde una perspectiva de salud como derecho humano fundamental.[16]

Desde la perspectiva de Beauchamp y Childress, el principio de autonomía admite distintos grados, considerando que "...una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace a) intencionadamente, b) con comprensión, c) sin influencias controladoras que determinen su acción."[14] El principio de no-maleficencia refiere al deber de no hacer daño intencionadamente, "se inscribe en la tradición de la máxima clásica primum non nocere («lo primero no dañar»)."[14] Desde la visión principialista el deber de no dañar es distinto al deber de hacer el bien, priorizando en el primero el accionar que pueda o permita causar la muerte. "La beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción."[14] En esta línea, se distinguen la beneficencia positiva y la utilidad, donde la primera acarrea la provisión de beneficios y la segunda se enfoca en realizar un equilibrio entre daños-beneficios como obligación ética.[14]

A partir de 1990, se profundizaron las críticas al principialismo, que incluyen un análisis deficiente de aquellos conflictos que exigen flexibilidad en su adecuación cultural, de especial importancia con respecto a los macroproblemas bioéticos persistentes en América Latina. La bioética principialista de origen anglosajón encuentra dificultades en su pasaje por la diversidad cultural. En sociedades con enormes desigualdades estructurales la autonomía individual alabada en países anglosajones entra en conflicto. Los principios trasladados a la práctica conllevan incompatibilidades, de modo que priorizar la autonomía relega la beneficencia, y un enfoque en esta compromete la justicia, entre otras.[12]

Ante el planteo de un distinto abordaje bioético desde países centrales y periféricos, que se enfrentan a problemas distintos en su origen, dimensión y complejidad, la bioética que hasta entonces se enfocaba a lo biomédico y biotecnológico, incorporó desde Latinoamérica cuestiones sociales, sanitarias y ambientales.[12] La bioética de intervención surge como propuesta conceptual y práctica que "procura respuestas más adecuadas para el análisis de

macro-problemas y conflictos colectivos que tienen relación concreta con los temas bioéticos persistentes constatados en los países pobres y en desarrollo."[12]

Propone que la discusión bioética sea incorporada como responsabilidad social del Estado respecto a procesos imprescindibles para el funcionamiento de los sistemas de salud que incluyen la decisión de sus prioridades con relación a la asignación y distribución de recursos. La bioética de intervención plantea que "la acción social políticamente comprometida (...) es aquella con capacidad de transformar la praxis social".[12] La igualdad es una consecuencia de la equidad siendo este el camino hacia la realización de los derechos humanos universales, siendo el acceso a la salud un elemento indispensable para la vida con dignidad.[12]

Cuenta con una base consecuencialista y utilitarista. En el ámbito público y colectivo justifica priorizar aquellas decisiones que "...privilegien el mayor número de personas, por el mayor espacio de tiempo posible y que resulten en las mejores consecuencias colectivas, aunque en detrimento de ciertas situaciones individuales..."[12] Desde esta perspectiva retoma el análisis de distintos dilemas: "autonomía versus justicia/equidad, beneficios individuales versus beneficios colectivos, individualismo versus solidaridad, cambios superficiales versus transformaciones concretas y permanentes, neutralidad frente a los conflictos versus politización de los conflictos."[12]

Por otra parte, surge la ética de la protección que es pragmática, es característico que se cumpla en la acción a través de programas específicos en prácticas sanitarias y públicas. Plantea una mirada ética concreta porque atiende a individuos que sufren insuficiencias visibles, y específica porque estas insuficiencias son identificables, así como el apoyo remedial que se propone. Reconoce que "los seres humanos son diversos en su dotación natural y material, así como en su empoderamiento, siendo preciso desarrollar un pensamiento moral para el estado de desigualdad en que la humanidad siempre ha vivido"[12], en busca de la igualdad social.

En esta diferencia de empoderamiento y las desiguales posiciones de los individuos en cuanto a oportunidades sociales, se basa el argumento de protección, donde los individuos "no serán ecuánimes en tanto no se establezca una ética de protección que permita a los excluidos, a los débiles, a los desmedrados recibir el resguardo necesario para desarrollar sus capacidades en libertad"[12]. Por lo cual corresponde su aplicación en la salud pública y específicamente en la asignación de recursos.

2) Ética del final de la vida y el concepto de muerte digna

Los principios de justicia y autonomía, están ligados al concepto de muerte digna. “Con la expresión “morir con dignidad” se alude a la exigencia ética que atiende a la forma de morir

–acorde con la dignidad humana– y al derecho con el que cuenta todo ser humano para elegir o exigir, para sí o para otra persona a su cargo, una "muerte a su tiempo", es decir, sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irrazonables (distanasia) o cruelmente obstinadas (encarnizamiento o ensañamiento médico)."[12]

El concepto muerte digna surge en el terreno de enfermedades terminales o irreversibles, e incluye el poder rechazar medicamentos y tratamientos, así como medidas de soporte vital cuando de estas no se espera una mejoría de la calidad de vida del paciente. Corresponde cuestionar, hasta qué punto el esfuerzo terapéutico es considerado como tal y no como un encarnizamiento, se trata de una línea delgada. Se define al encarnizamiento u obstinación terapéutica como la instauración y el mantenimiento de medidas de soporte vital en pacientes con enfermedades crónicas terminales o en situaciones donde no hay esperanza de vida alguna.[12,17,18] Mientras que la limitación del esfuerzo terapéutico se define como "...la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente. (...) La decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo finalice."[19]

En base al Diccionario Latinoamericano de Bioética, se diferencian los conceptos: eutanasia voluntaria, directa, positiva y activa, y por otra parte, eutanasia pasiva, indirecta o negativa. El término eutanasia se reserva para aquellos casos donde se toma una acción que acorta la vida, en situaciones intolerables (siempre desde el punto de vista del paciente) de dolor y de sufrimiento.[12]

Según Simón Lorda debe limitarse el uso de la palabra "eutanasia" para referirse a las actuaciones donde tienen que cumplirse todos los requisitos que se exponen a continuación, donde las acciones: producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa mediante una relación causa-efecto única e inmediata; se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad; suceden en un contexto de sufrimiento, entendido como "dolor total", debido a una enfermedad incurable, que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos; son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa[20]

3) Relevancia de toma de decisiones al final de la vida en tiempos de pandemia

La urgencia pragmática que propone la pandemia, ha intensificado problemas éticos y legales, interpelando la construcción del marco ético desde el cual se validan las decisiones sobre el final

de la vida. La asignación de recursos se vuelve una problemática inevitable ante el desequilibrio extremo entre demanda sanitaria y limitación de recursos, posicionando al bien común por encima de la autonomía personal.

4) Pandemia COVID-19, características generales

COVID-19 es una enfermedad zoonótica producida por el virus SARS-Cov-2. La transmisión entre humanos sucede a través de gotitas de flügge que se emiten al estornudar o toser, capaces de diseminarse a distancias de hasta 2 metros, así como a través de fomites contaminados por secreciones seguido del contacto con mucosas (boca, nariz y ojos). Constituyen factores de riesgo para desarrollar la enfermedad y configurar un caso grave, la edad mayor a 65 años, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodepresión y embarazo. Se plantea que la mortalidad en pacientes hospitalizados sería aproximadamente 14%, y 0,3-1% para la población general.[21] Los porcentajes estimativos varían de acuerdo a cada país y a los métodos usados para su medición, se prevé que aumente el número de pacientes que requerirán asistencia ventilatoria mecánica (ARM) y soporte vital (SV), por ende un aumento de la demanda de asistencia en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

No se conoce actualmente un tratamiento específico para la enfermedad causada por SARS-CoV-2, sin embargo, muchos de los síntomas son tratables, su evolución dependerá del estado clínico y las comorbilidades de cada paciente. Actualmente se encuentra en estudio una vacuna.[21]

5) Línea temporal, afectación en los ochos países seleccionados

Se registran en Italia los primeros casos fuera de China, a partir de turistas provenientes de la zona cero del brote. Ante el gran número de afectados y de personas con enfermedad grave, sumado a la escasez inminente de recursos, generada por la gran demanda sanitaria, numerosas instituciones generaron protocolos guía, se destaca la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Terapia Intensiva (SIAARTI), que emitió un documento con quince recomendaciones éticas para médicos sobre la admisión de personas a tratamientos intensivos en casos excepcionales de desequilibrio entre necesidades y recursos disponibles privilegiando así a las personas con mayor esperanza de vida.[7,22]

A continuación, España registra su primer caso el 31 de enero, evolucionando, al igual que Italia, a una rápida saturación de los sistemas asistenciales, resultando en la necesidad de tomar

decisiones inimaginables, tales como, convertir la pista de patinaje sobre hielo más grande del país en una morgue provisoria y su principal centro de exposiciones en un hospital.
En Gran Bretaña, las medidas iniciales se enfocaron en identificar y aislar los casos de COVID-19, que demostraron ser insuficientes para contener la propagación al no acompañarse de la prohibición de eventos públicos. A pesar de las múltiples advertencias que la comunidad científica británica realiza desde el mes de enero, recién el 16 de marzo las autoridades recomendaron a la población evitar salir del hogar. Se estimó un alto número de casos graves, que excedían con creces la capacidad del Sistema de Salud. Además, en todo Reino Unido, el personal de salud denunció la carencia de insumos tanto para su protección como la de los pacientes.[23]
A diferencia de su país vecino, Portugal luego del primer caso detectado el 2 de marzo, presentó un porcentaje muy inferior en la tasa de contagio y mortalidad. Se cree que esta diferencia se debe a la implementación de las recomendaciones de la OMS de manera temprana.[4]

Brasil es el primer país afectado en América Latina, informando el primer caso el día 25 de febrero de 2020. Hasta el momento que se incluyó en el estudio, Brasil se consagra como el tercer país con más casos y en segundo lugar con más muertes.[22] El país enfrenta adicionales problemáticas en relación a la disparidad social y económica entre regiones, en materia de disponibilidad de pruebas diagnósticas, número de camas en UCI, acceso y comprensión de la información sobre la enfermedad, así como en las decisiones para controlar la pandemia.[3,24]
Se le suma la gran cantidad de población con acceso limitado a la asistencia médica y el alto porcentaje que viven en favelas, donde el acceso al agua potable es limitado y las medidas de aislamiento físico y lavado de manos son prácticamente imposibles.[24]

En Ecuador se toman las primeras medidas preventivas el 26 de febrero, se confirma el primer caso tres días después. Una vez declarada la emergencia sanitaria nacional, se implementaron medidas estrictas para limitar la circulación de personas. Más de la mitad de la población se concentra en la región costera, que fue la principal fuente de transmisión y contagio, donde no se respetaron las medidas de contención. La capital de Guayas concentró la mayoría de casos confirmados en las siguientes semanas, con sus Sistemas de Salud y funerarios colapsados. [25]
Esta situación se logró controlar en Guayaquil, pero debido a que cada municipio decidió qué restricciones imponer independientemente, se reprodujo en Quito y otras ciudades.[26]

En Argentina, se confirmó el primer caso el día 5 de marzo, desde entonces el número de casos ha aumentado rápidamente. Se han implementado diversas medidas para su contención. Se

establece el 19 de marzo, el aislamiento social, preventivo y obligatorio. A la fecha de estudio, se han registrado 1.242.182 casos, y 33.560 personas fallecidas.[22,27,28]

Se instaló como crisis sanitaria en Uruguay el día 13 de marzo, atravesando diversas áreas desde el Sistema de Salud y el Sistema Económico global hasta la vida colectiva y privada.
El Gobierno Uruguayo respondió adoptando una serie de medidas que incluyeron, información a la población sobre medidas de higiene y aislamiento social que involucra distanciamiento físico entre personas, herramientas para la comunicación con la población, centralización de la información e instrucción de un laboratorio central como soporte para la etapa de diagnóstico. Se han implementado protocolos de protección a profesionales y usuarios de la salud, y protocolos para abordar la continuidad de la educación pública, entre otras medidas.[5]

Desde el 13 de marzo, día de la declaración de emergencia sanitaria, fueron analizadas 366.559 pruebas de COVID-19, que revelaron 3.883 personas con el virus, 3.175 pacientes se recuperaron y 64 fallecieron. Del total de casos, 423 corresponden al personal de la salud, con 391 profesionales recuperados, 31 en tratamiento y 1 fallecido.[29] La distribución de casos fue heterogénea, centrándose en Montevideo (capital del país) y Rivera (departamento que tiene frontera con Brasil).

La pandemia por COVID-19 presenta una rápida y amplia distribución, acarrea numerosos desafíos al sistema sanitario, exigiendo un rápido accionar. En base a la experiencia de otros países, los sistemas sanitarios se preparan para la reorganización de sus recursos materiales y humanos.

Objetivos

Objetivo general:

- Indagar y reflexionar sobre la argumentación ética utilizada en diferentes países para la toma de decisiones en el final de la vida en el contexto de pandemia por SARS-CoV-2.

Objetivos específicos:

- Analizar los criterios para la asignación de recursos para la atención de pacientes en cuidados intensivos y en etapa terminal.
- Identificar los distintos criterios éticos utilizados para la toma de decisiones en el final de la vida, analizando las diferencias entre los distintos países afectados por la pandemia.
- Indagar sobre el rol y responsabilidades adjudicadas al Sistema de Salud en la toma de estas decisiones.
- Reflexionar sobre la potencial resignificación del concepto de muerte digna en este contexto.

Metodología

Se llevó adelante una revisión bibliográfica narrativa para dar respuesta al problema planteado. La selección bibliográfica se realizó en motores de búsquedas reconocidos, disponibles en Internet como PubMed, Scielo, Portal Timbó, Lilacs. También se incluyeron revistas de bioética no indexadas y revistas médicas especializadas de referencia.

Se utilizaron como palabras clave escritas en inglés: COVID 19, SARS-CoV-2, muerte digna, asignación de recursos, bioética, derechos humanos, decisiones clínicas, eutanasia, suicidio medicamente asistido y salud pública. Con estas palabras clave, se aplicaron diferentes estrategias de búsqueda utilizando el conector "AND".

Se incluyeron artículos en varios idiomas como ser español, inglés, italiano y portugués. Se seleccionaron aquellos artículos que hacían referencia a la especie humana y población adulta. A partir de la lectura de los resúmenes se seleccionaron aquellos que hacían mención a los

objetivos de este trabajo. Se eliminaron los artículos duplicados surgidos de las diferentes búsquedas.

Se tomaron como referencia ocho países, cuatro países del continente europeo (España, Italia, Portugal y Reino Unido) y cuatro países de América Latina (Argentina, Brasil, Ecuador y Uruguay), que han demostrado un desarrollo diferencial de la pandemia.
A partir de la búsqueda bibliográfica se realizó una lectura crítica de los artículos seleccionados y se organizó la información recabada de los distintos artículos, utilizando tablas, resumiendo la información guiados por los objetivos del estudio.
A partir de la búsqueda bibliográfica se recuperaron 501 artículos, de los cuales se seleccionaron 47 en base a los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Resultados y discusión

Diversas teorías éticas han sido analizadas en el debate público frente a la pandemia por COVID-19. La bibliografía consultada adopta ejes diversos que transitan entre posturas deontológicas y consecuencialistas. Incluyen abordajes utilitaristas que apuntan a maximizar el beneficio de la población en general, enfoques que se centran en el valor único de la vida humana y perspectivas que parten de la equidad tomando como centro el principio de justicia distributiva. Los cuatro principios fundamentales, son ampliamente reconocidos como base para el accionar frente a la pandemia, los principales puntos discordantes entre los autores radican en la jerarquía que deben adoptar estos principios.
Se clasificaron los artículos según si el argumento utilizado era la teoría utilitarista o si criticaban a esta teoría. (Anexo 1)

Análisis de la asignación de recursos limitados desde una perspectiva utilitarista

Las reglas y acciones correctas son aquellas que maximizan el bien global. Siguiendo esta línea de pensamiento, Savulescu et al[30] plantea que aplicar reglas basadas en los principios éticos fundamentales no siempre conduce a acciones que los respeten totalmente, como ocurre cuando las reglas que dirigen, en teoría, al beneficio global conllevan a un accionar que relega a un segundo plano la libertad individual, generando un conflicto entre el principio de beneficencia y el principio de autonomía. Esto refleja una brecha entre reglas y acciones correctas.

Diversos autores reconocen similares puntos de discordancia y buscan, desde la impronta utilitarista, reducir la fricción entre los pilares éticos que justifican la racionalización de recursos

limitados.[9] La justicia y la utilidad social, así como la equidad, son tres elementos ampliamente utilizados en la toma de decisiones.[31] En un contexto de crisis sanitaria, Aguilera[32] plantea entender el principio de utilidad social como aquel que apunta a salvar el mayor número de vidas, priorizando entre los pacientes que lo necesitan a aquellos que tengan la mayor probabilidad de beneficiarse de los recursos limitados. Jerarquiza que entender la justicia social como una distribución justa y equitativa de beneficios y cargas en una sociedad, implica priorizar a aquellas personas que más lo necesitan, sin embargo, los pacientes que se encuentran en peor situación a menudo no son los que cuentan con mayores probabilidades de responder a intervenciones propias de los cuidados intensivos.

Críticas al utilitarismo

La interpretación de justicia social y utilidad social se vuelve conflictiva cuando se reflexiona desde la equidad, donde "todas las personas que necesitan recursos sanitarios deben tener las mismas oportunidades de acceder a ellos"[32]. La perspectiva utilitarista es interpelada por este concepto de equidad, del cual se desprende que maximizar el beneficio global de la sociedad no es éticamente correcto si las reglas propuestas para ello generan o agravan injusticias sociales. Reid[33] plantea que los miembros de poblaciones vulnerables "están expuestos a un mayor riesgo de contraer COVID-19 por las mismas razones que tienen un mayor riesgo de enfermedades crónicas que pueden reducir su probabilidad de responder favorablemente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) o al soporte de órganos en el caso de COVID-19 grave"[33], de modo que es éticamente correcto rechazar aquellas estrategias que maximizan los resultados si fomentan las desigualdades estructurales.

Maglio et al[34], proponen que el sistema de distribución de recursos debe surgir de un equilibrio entre posturas deontológicas y utilitaristas. Stone[35] hace énfasis en una reflexión sobre la justicia que debe considerar profundamente la heterogeneidad de la composición social y la disparidad de intereses que"puede exacerbar en tiempos de desastre, en donde suelen potenciarse ciertas hegemonías que promueven una mercantilización de la salud, aprovechamiento inescrupuloso y corrupción."[35]

Un esquema de distribución basado en la justicia requiere evitar políticas que perpetúen inequidades, ya que "la compleja red de determinantes sociales de la salud, como la pobreza y las condiciones de vida, puede generar un riesgo desigual de exposición al COVID-19 y un acceso desigual a la atención."[36] Es conocido que "los análisis de la teoría racial crítica y feminista muestran cómo las estructuras existentes y los estándares del discurso mantienen el poder y el control masculino y de la mayoría blanca."[34]

Desigualdades históricas y actuales reducen el número de años de vida esperados en poblaciones vulnerables. Elbaum[37] profundiza sobre las implicaciones éticas de las desigualdades raciales en la salud cuando se aborda la atención al final de la vida, asegura que utilizar como criterio la supervivencia a largo plazo lleva a resultados asimétricos, de modo que decisores de salud que permanecen neutros y no adoptan posturas anti racistas fomentan la perpetuación del racismo estructural.

Para lograr un sistema equitativo éste debe ser construido de forma equitativa, los grupos históricamente oprimidos y marginados deben ser decisores en las políticas de asignación, de modo que los criterios éticos se traducen en criterios específicos de acceso a recursos limitados. En este sentido, se plantea utilizar criterios de asignación de recursos basados en la justicia distributiva entendida como reflejo de la equidad, incluso a costa de salvar un menor número de vidas.[33]

Rol y responsabilidades adjudicadas al Sistema de Salud en la toma de decisiones

De la bibliografía consultada se destaca la necesidad de operacionalizar las decisiones a tomar frente a las múltiples exigencias que acarrea la pandemia por COVID-19 en base al respeto por los derechos humanos. Las decisiones deben basarse en conocimientos médicos y la información utilizada debe ser accesible y consensuada.[38,39]

A nivel institucional fue preciso hacer elecciones en relación a la asignación de recursos, como la suspensión de programas que no están relacionados a la pandemia, el aplazamiento de procedimientos quirúrgicos electivos, el racionamiento de la medicación y el acceso a cuidados paliativos.[38,39]

Por otra parte, la OMS publicó un documento sobre su preocupación por las consecuencias sociales de la pandemia, que incluyen la afectación dispar de mujeres y niñas debido a las normas y expectativas en torno al rol de cuidadoras tanto en el ámbito familiar como laboral. Las medidas de cuarentena han puesto a mujeres en riesgo o ya en relaciones abusivas a un mayor riesgo de violencia doméstica. Afirma que a pesar de estar sobrecargado, el sistema de salud debe tomar medidas para mitigar el riesgo y los daños causados por la violencia, incluyendo el acceso a asistencia psicológica y servicios de apoyo.[39] En concordancia la OPS recomienda incluir intervenciones para "prevenir y abordar la violencia por razones de género, incluidas la violencia y la explotación sexuales, especialmente en el marco de las políticas de confinamiento en el hogar"[40], que incluyen fomentar el empoderamiento económico de mujeres, remuneración directa a quienes trabajan en sectores informales donde predominan trabajadoras mujeres. Por otra parte, recomienda que la situación sea visualizada como oportunidad para

reevaluar el "papel del cuidador y que haya una transformación en las responsabilidades familiares para fomentar la corresponsabilidad y la igualdad entre los géneros, a fin de mitigar la exacerbación de la carga no remunerada sobre el cuidador mediante medidas de contención."[40]

Análisis por países de los criterios utilizados para la asignación de recursos

La urgencia pragmática propuesta por la pandemia llevó a que en los distintos países se construyeran marcos éticos de acción en función de su recorrido por diferentes fases de la pandemia.

La experiencia de los primeros países afectados influenció las decisiones de los siguientes, sin embargo, similares sistemas fueron implementados en desiguales poblaciones y viceversa, con resultados diversos. Los ocho países seleccionados para este trabajo mostraron un comportamiento diferencial. A continuación se analizan los resultados obtenidos de la bibliografía consultada.

A través de la búsqueda bibliográfica realizada, no se encontraron artículos que abordaran sobre las temáticas planteadas en Ecuador y Portugal. En Italia, España y Brasil los criterios utilizados basados en la justicia distributiva se orientan al principio de utilidad que busca maximizar la salud para el mayor número de personas. La idoneidad clínica y la proporcionalidad de la atención, elementos enfatizados en Italia y Argentina, apuntan al principio de equidad.[38]

Criterios como la edad y la prioridad de los trabajadores de la salud en el acceso, fueron utilizados en España y Brasil en base a diferentes argumentos éticos. En España se tomó en cuenta la edad con un punto de corte fijo en base al valor social, este argumento fue refutado, sin embargo se continuó utilizando el criterio en base al argumento de valor instrumental, al igual que en Brasil. En ambos casos, la bibliografía consultada no desarrolla en profundidad estas razones. En los artículos seleccionados se encuentran un gran número de críticas al uso de la edad como criterio, entre los argumentos se destaca que la población de adultos mayores es heterogénea y requiere profesionales especializados en geriatría para una valoración integral.[41]

En los países Latinoamericanos se trató como problemática que concierne a la justicia distributiva el equilibrio entre esfuerzo terapéutico y el encarnizamiento, abordaje que no fue propuesto en la bibliografía consultada sobre los demás países.

La integración de los criterios propuestos lleva a promover la justicia en términos utilitaristas, si bien no está exenta de críticas contundentes, esta perspectiva predomina en la bibliografía correspondiente a los países analizados.

Se comentarán las especificidades de cada país terminando con un análisis de nuestro país. (Anexo 2)

Italia

Factores clínicos, políticos y bioéticos llevaron a que Italia fuera el país europeo con el segundo mayor número de muertes. En este contexto la necesidad de atención médica sobrepasó la capacidad del sistema de salud, poniendo en peligro a los pacientes con COVID-19 y retrasando el tratamiento de pacientes con otras enfermedades urgentes. La SIAARTI publicó el documento *Recomendaciones de ética clínica para el ingreso a tratamientos intensivos y para su suspensión, en condiciones excepcionales de desequilibrio entre necesidades y recursos disponibles*.[7]

El documento utiliza como pilares éticos la idoneidad clínica (en referencia al aspecto clínico, tratamiento, complicaciones y su base ética) y la proporcionalidad de la atención articulados con el principio de justicia distributiva. Plantea utilizar criterios de inclusión y exclusión flexibles que se apliquen a todos los pacientes (no sólo a los pacientes con COVID-19). No recomienda un sistema de triaje basado en el orden de llegada.[7]

En un marco donde las decisiones deben ser discutidas y compartidas con el personal de salud, el paciente y su familia, se propone utilizar los siguientes criterios de clasificación: edad, comorbilidades y estado funcional. En cuanto al pronóstico, se prioriza a aquellos pacientes con mayor perspectiva de supervivencia en términos de años de vida salvados.[42]

El pronóstico para supervivencia a corto plazo se correlaciona con el objetivo de salvar la mayoría de las vidas y a largo plazo (evaluación médica de condiciones de comorbilidad) se correlaciona con salvar la mayor cantidad de años de vida, y la edad con priorizar a quienes han tenido menos oportunidades de vivir las diferentes etapas de la vida (principio del ciclo de vida). Cuando no se considera apta la admisión a UCI o el soporte ventilatorio debe suspenderse, la decisión debe estar documentada y comunicada (no implica que no se apliquen otras modalidades de soporte ventilatorio no invasivo), los cuidados paliativos deben proporcionarse en todos los casos.

En cuanto al personal de salud, recomienda crear redes de apoyo entre los profesionales para prever el tiempo y los recursos a dedicar, y compartir la experiencia clínica.[7]

Romanó[43], retoma los cuatro principios éticos fundamentales, y si bien prioriza la justicia distributiva, coincide con la guía publicada por la SIAARTI. La proporcionalidad refiere a un equilibrio entre la idoneidad de la atención y la carga del tratamiento para el paciente. La igualdad implica tratar a todos los pacientes de la misma manera, mientras que la equidad conlleva tratar de forma distinta a los pacientes en función de su condición clínica y la utilidad se centra en la asignación de recursos con el fin de lograr máximos beneficios. Se destaca que la crisis sanitaria enfatiza la importancia de estos principios éticos que pueden entrar en conflicto

en un contexto donde la práctica clínica no está centrada solo en el paciente sino en la salud colectiva.[7,38,43]

España

El Comité de Bioética de España publicó recién a fin de marzo las recomendaciones éticas generales para el abordaje de la situación sanitaria y el texto oficial en abril, momento en el cual la gran mayoría de los centros de salud ya se encontraba en situaciones críticas. Al no contar con criterios consensuados y difundidos para hacer frente al golpe inicial de la pandemia, cada institución manejó protocolos internos distintos, en muchos casos se usaron criterios aleatorios cuyos principios éticos fueron discrepantes.[39]

De los protocolos utilizados se destacan como puntos en común: el principio de excepcionalidad, la implementación de criterios transparentes, de carácter público y verídico basados en la equidad, y por otra parte los principios de flexibilidad y temporalidad que dan cuenta del carácter dinámico de la situación. Los protocolos se desarrollaron inicialmente implementando criterios de exclusión al acceso a UCI independientes a la situación epidemiológica actual, en un segundo paso se evaluaron qué pacientes serían más aptos para recibir cuidados intensivos usando criterios clínicos predictores de una mayor posibilidad de supervivencia y una estadía más corta en la unidad. En una tercera etapa se plantearon los criterios de inclusión y exclusión a UCI.[39]

Algunas instituciones incorporaron criterios éticamente conflictivos como el triaje basado en el orden de llegada, el acceso prioritario a profesionales de la salud y un punto de corte fijo de edad para el acceso a soporte vital avanzado, argumentando el valor social. El punto de corte propuesto de edad fue de 80 años, defendido por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), quien también propuso considerar factores como la progenie o contar con personas que dependan del paciente, hechos que conllevan conductas discriminatorias para muchos grupos.[39]

En España cerca del 20% de las personas infectadas fueron en su momento proveedores de atención médica. El Comité Español de Bioética rechazó el argumento de valor social propuesto por SEMICYUC, sin embargo defendieron priorizar a los profesionales de la salud apelando a argumentos de reciprocidad y promoción de la salud pública. El Ministerio de Sanidad español publicó un documento con aspectos éticos y legales, la mayoría de acuerdo con el consenso, sin embargo se incluyó una clasificación basada en el orden de llegada que fue considerada "un ataque a la racionalidad clínica y ética." Otros autores también argumentaron que este criterio favorece a los pacientes que viven más cerca del centro hospitalario y discrimina a los pacientes que podrían haber respetado las medidas recomendadas y haberse contagiado más tarde.[39]

Reino Unido

En Gran Bretaña, se inició la respuesta a la pandemia cuando ya se encontraba en un punto epidemiológico crítico. Se eligió administrar los recursos según principios utilitaristas, con la justificación de que es primordial "maximizar el número de pacientes que sobreviven al tratamiento con una expectativa de vida razonable."[44] La implicancia es que, como salvar el mayor número de vidas es la prioridad, quitarle a algunos pacientes ventiladores o revocar su acceso a UCI es indeseable, pero admisible.

Para Peterson[45], este razonamiento, plantea el problema de que la pandemia afecte desproporcionadamente a la población más vulnerable, adultos mayores, personas con discapacidades y minorías raciales. En la práctica, los prejuicios sobre la calidad de vida de personas vulnerables o el valor de sus vidas "pueden convertir los cuidados críticos en una balsa salvavidas: los vulnerables son arrojados por la borda para mantener el barco a flote."[45] Según el mismo autor, administrar los escasos recursos requiere que los sistemas de salud los utilicen para salvar la mayor cantidad de vidas, teóricamente, no tomar en cuenta la calidad de vida que tenían previamente o la esperada una vez tratada la infección, puede apostar a la equidad para las poblaciones vulnerables.

En Reino Unido, el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) modificó las pautas de clasificación para evitar desventajas injustas para las personas con discapacidades ingresadas en cuidados intensivos.

Peterson[45] analiza la postura de la Asociación Médica Británica que advierte que la discriminación indirecta aún podría estar justificada legalmente, mostrándose contrario a esta. Propone como solución que el estado trabaje en conjunto con organizaciones civiles para mitigar las injusticias de larga data que contribuyen a las disparidades en la salud, mediante scores que tengan en cuenta determinantes sociales de salud o formación de auditorías periódicas para detectar casos de discriminación indirecta, entre otros métodos. El escrutinio continuo de las políticas de triaje aumenta la transparencia y asegura que los más vulnerables sean tratados justamente.

Brasil

La Constitución Federal brasilera de 1988 menciona como principio fundamental la dignidad humana, la solidaridad y la no discriminación, deberes legales que se traducen en lineamiemtos éticos para la asignación de recursos. Para que esto se cumpla en la práctica, toda persona debe

tener acceso a un triaje con criterios transparentes, objetivos y justos, así como información sobre su salud y las condiciones del sistema de salud.[46]

Datos muestran que Brasil tiene 10 camas de UCI por cada 100.000 habitantes, sin embargo, la mitad de estas camas pertenecen al sector privado de la salud que atiende sólo al 25% de la población. Los datos sugieren que "la pandemia afectará de manera desproporcionada a los más pobres del país, tanto por sus condiciones de vida, como también por cómo el acceso a las escasas camas de UCI se ve limitado por tener acceso a instalaciones de salud privadas con su propio suministro de camas de UCI".[47]

La distribución de recursos parte de una base de inequidad que agrava la problemática y en muchos casos imposibilita la puesta en práctica de los principios éticos. Los criterios propuestos adoptan una perspectiva utilitarista con el objetivo de maximizar los beneficios globales. Se prioriza a los pacientes que tienen mayor probabilidad de sobrevivir más tiempo luego del tratamiento, para determinarlo se estiman los años de vida salvados. Se considera la enfermedad actual, las comorbilidades y la esperanza de vida a corto y largo plazo.

Adicionalmente, se tiene en cuenta el derecho a vivir el ciclo completo de la vida y el valor instrumental, ambos se traducen en criterios que no están exentos de controversias éticas.[46]

El triaje inicial se realiza en base a criterios de supervivencia utilizando escalas estandarizadas de fragilidad física, cognitiva y funcional.[46] En el momento del ingreso a la UCI, se toma en cuenta el tiempo esperado de recuperación del paciente, ante la no mejoría, los recursos son reasignados. El retiro del soporte vital se realiza por dos profesionales que no están en contacto directo con el paciente, para apoyar la decisión se utiliza como factor pronóstico la Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), a pesar de la creciente evidencia de que SOFA no es un método adecuado para predecir resultados clínicos de pacientes en cuidados críticos.[46,48]

Una vez tomada la decisión, se recomienda el acompañamiento de un equipo de cuidados paliativos y la presencia de familiares en la fase final de la vida.[46]

Argentina

Revello[49], Director del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina, propone que se debe partir de los principios de beneficencia y no maleficencia, evaluando de forma objetiva al sujeto particular, viendo toda su realidad y las posibilidades reales de sobrevida, considerando en segunda instancia la disponibilidad o no de los recursos necesarios. Sin embargo, propone para lograrlo un enfoque utilitarista que busca "salvar la mayoría de las vidas, preservar la mayoría de los años de vida, priorizar las decisiones basadas en evidencia y mostrar compasión a los no receptores."[49] Preservar la mayoría de años de vida incluye evitar el

encarnizamiento terapéutico y mostrar compasión a los no receptores implica garantizar el acceso a otros recursos médicos como los cuidados paliativos.

Propone lineamientos para los sistemas de triaje que combinan lo anterior con los principios de dignidad de la vida humana y el de sociabilidad/subsidiaridad: evaluar precozmente la salud de pacientes con riesgo vital mediante protocolos basados en elementos médicos como la gravedad clínica particular, el riesgo y expectativa de recuperación, reevaluando periódicamente los factores de riesgo en pacientes con ARM.[49]

Maglio et al[34], concordantemente con lo anterior, proponen criterios de admisión y exclusión a UCI para pacientes graves con compromisos orgánicos o funcionales que peligren su vida y tengan un pronóstico de recuperabilidad consistente con la intervención. Proponen los siguientes criterios que deben ser evaluados a través de escalas: comorbilidad y estado funcional y una expectativa médica razonable de beneficio.

En cuanto a criterios de abstención y retiro de ARM, prevalecen las pautas y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), de la cual se destaca que el retiro de la asistencia es mandatorio cuando no exista evidencia de haber obtenido el beneficio esperado o existan elementos que permitan presumir que no se obtendrá en un futuro. Las recomendaciones incluyen el retiro de ARM cuando se alcanza el límite del esfuerzo terapéutico evitando el encarnizamiento. En todas las circunstancias anteriores el proceso de retiro debe ser acompañado por un equipo de cuidados paliativos si se prevé que pueda prolongarse la agonía.[34]

Uruguay

Uruguay presenta un patrón demográfico atípico para la región, en términos de distribución por edades la población uruguaya es demográficamente envejecida. La población de 60 años y más representa 17.7% de la población total.[50] Uruguay fue uno de los países que presentó la mayor cantidad de casos en Latinoamérica durante la primera semana de afectación por la pandemia, sin embargo, se logró una rápida contención en la curva de contagios y el control de la tensión en el sistema de salud**.**[51] Se destaca el rol del Sistema Nacional Integrado de Salud que por su cobertura facilitó la coordinación de políticas públicas acordes a la situación.

En este contexto, el impacto sociosanitario provocado por la pandemia ocupó un lugar central en el debate público. Sin embargo, desde el sistema sanitario se ha estado monitoreando muy atentamente su capacidad de respuesta según la evolución epidemiológica. Asimismo se han tomado medidas para mitigar la escasez de recursos sanitarios humanos y materiales.

En el ámbito asistencial, la Federación Médica del Interior (FEMI) plantea que debe preservarse la postura bioética principialista, hasta que la situación epidemiológica sea considerada como desastre asistencial (demandas asistenciales superan los recursos disponibles), momento en el

cual "el aspecto ético más relevante se halla constituido por el obligado cambio de enfoque de los principios éticos que sostienen la toma de decisiones."[52] Plantean que en este contexto la autonomía pierde relevancia dado que la situación crítica ha impuesto una pérdida de la libertad de decisión al imposibilitar la mayoría de las oportunidades habituales. Se destaca como guía fundamental la justicia distributiva para optimizar los recursos limitados, planteada con el objetivo de "lograr la mayor supervivencia del colectivo, sea en el logro del mayor número absoluto de personas que logran sobrevivir ó en el mayor número de años de vida recuperados"[52], adoptando una clara postura utilitarista.

Criterios recomendados para el ingreso a UCI en Uruguay

Se plantea "...verificar la posible reversibilidad de la propia situación crítica, en la enfermedad de COVID-19, y a riesgo de reiterar, el mismo se determina al comienzo, en función del eje ético de beneficencia/no maleficencia – autonomía..."[52] En referencia a la edad como criterio, existe consenso en que no puede valer como factor por sí solo, sin embargo, se acepta su validez en conjunto con elementos de fragilidad (evaluación integral de vulnerabilidad personal). De la postura de la FEMI se destaca la negativa al "retriaje del paciente internado en Medicina Intensiva cuando el mismo se orienta a permitir el ingreso de otro paciente de menor riesgo o mejor pronóstico, puesto que, bajo tales condiciones, la decisión supone de nuestra parte hacia la persona ya ingresada, un injustificable abandono terapéutico."[52] Paralelamente, aceptan como éticamente correcto el retriaje de todos los pacientes críticos en base a elementos de idoneidad clínica como su evolución y pronóstico (independientemente de condiciones externas de disponibilidad de recursos), como obligación ética de no incurrir en el encarnizamiento u obstinación.[52] La justificación adoptada para el retriaje de pacientes se aleja de una postura utilitarista.

Un grupo de trabajo integrado por sociedades científicas y cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, elaboraron un documento con pautas a seguir. Enfatizan el uso del juicio clínico, aclarando que este no debe ser sustituido por escalas de gravedad. Se sugiere la evaluación de todos los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 en vistas a su hospitalización y el potencial deterioro clínico, en este caso se recomienda el ingreso precoz a UCI.[53] Los criterios de gravedad (edad mayor a 65 años, comorbilidades, presentación clínica con frecuencia respiratoria mayor a 30 respiraciones por minuto, hipoxemia o saturación de oxígeno menor al 93%, examen pleuropulmonar alterado, confusión/desorientación, hipotermia e hipotensión con requerimiento de sostén), se recomienda sean evaluados con la escala CRUB-65 en casos de neumonía y escala SOFA en caso de sepsis y/o neumonía grave como factor evolutivo.[53]

Actualmente, se encuentra en tratamiento en el parlamento un proyecto de ley que regula y despenaliza el suicidio médicamente asistido y la eutanasia. Sin embargo, la discusión pública y política no lo relaciona con la situación de pandemia ni la utiliza como un mecanismo posible frente a la escasez de recursos frente a un colapso sanitario. Es así que en junio fue interrumpido el tratamiento del proyecto hasta superada la crisis sanitaria.[54] A pocos meses de iniciado el proceso, la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos presentó un informe sobre el Proyecto de Ley y un anteproyecto de Ley de Cuidados Paliativos. En mayo, el Sindicato Médico del Uruguay realizó una encuesta a la población uruguaya mayor de 18 años, el 62% y 82% está de acuerdo con el suicidio asistido y eutanasia, respectivamente. En cuanto a la reflexión sobre el final de la vida, la encuesta muestra que el 72% reconoce haber pensado poco o nada sobre ello.[55]

Cuidados paliativos en contexto de la pandemia COVID-19

La bibliografía consultada coincide ampliamente en la importancia de los cuidados paliativos, donde se resalta que todos los niveles de atención deben contar con la posibilidad de ofrecer este servicio. La asistencia debe enfocarse en las necesidades de la comunidad desde una perspectiva equitativa, todos los pacientes que así lo requieran deben acceder a cuidados paliativos de calidad.[34] Los cuidados paliativos comprenden el manejo sintomático del paciente, la planificación del final de la vida y el apoyo al entorno familiar.[56] La pandemia genera desafíos en materia de asignación de recursos, sin embargo, "no debe perderse de vista que el proceso de morir merece seguir siendo cuidado y humanizado."[34]

Se han descrito criterios para priorizar que abarcan pacientes cuyo control de síntomas sea complejo, incluyendo aquellos que no respondieron adecuadamente a protocolos estandarizados, pacientes que ya se encontraban en seguimiento por especialistas de cuidados paliativos, y pacientes candidatos a cuidados intensivos que no fueron incluídos a UCI debido al sistema de triaje.[34]

Por otra parte, inequidades estructurales dadas por determinantes sociales de la salud negativos determinan poblaciones vulnerables. Garantizar el acceso equitativo a los cuidados paliativos implica reconocer cuáles son grupos vulnerables y pautar un enfoque adecuado.[54] Constituyen indicadores de vulnerabilidad el no contar con familiares o redes de apoyo, estar en situación de calle, padecer de enfermedades mentales, encontrarse en situaciones de aislamiento físico o social que aumenten las necesidades de apoyo emocional.[34] Los equipos de cuidados paliativos deben anticipar determinadas situaciones con el fin de velar por la autonomía del paciente, de

modo que personas con comorbilidades deben acceder a planes de atención anticipada y decidir si desean evitar los cuidados intensivos en caso de enfermedad grave. Sin embargo, la información epidemiológica sobre la pandemia ha sido cambiante, lo cual genera una gran incertidumbre y hace que el proceso de comunicación con el paciente y su entorno sea dificultoso, comprometiendo un pilar fundamental de la planificación del final de la vida.[56]
Algunos autores proponen priorizar recursos materiales necesarios para el confort del paciente, contar con los recursos necesarios para la sedación paliativa en casos de síntomas refractarios a los medicamentos comunes, recomiendan identificar y movilizar a los trabajadores de la salud con experiencia en cuidados paliativos, educar e involucrar a los trabajadores en materia de apoyo emocional a los pacientes y sus familiares, maximizar el uso de la telemedicina con el fin de reducir la exposición y garantizar el contacto con el entorno familiar.[56]

Otro desafío constituyen las situaciones de aislamiento, donde el paciente no puede contar con la presencia de sus seres queridos durante sus últimos días u horas de vida. El aislamiento del paciente repercute también en la atención desde los cuidados paliativos a la familia en duelo, situación que se conoce como una de las más estresantes de la vida. El hecho de que los familiares no puedan compartir presencialmente las últimas etapas de la vida de su ser querido, se ve agravado en algunos casos donde se ven impedidos de realizar un funeral. Estos desafíos generan repercusiones psicológicas, culturales y sociales.[34]

Reflexión sobre la potencial resignificación del concepto de muerte digna en este contexto.
Habitualmente los sistemas de triaje determinan que muchos pacientes no accedan a UCI y al soporte vital, en contextos de pandemia estos sistemas se han vuelto más estrictos, limitando la asistencia a pacientes que en diferentes circunstancias hubieran tenido otras oportunidades. El concepto de morir con dignidad se refiere al tiempo y la forma de morir, pero sobre todo a la decisión sobre estos. Desde una postura principialista se relaciona inevitablemente con la autonomía.
Pacientes gravemente enfermos por COVID-19 pueden no estar en una postura adecuada para la toma de decisiones sobre el final de su vida de forma reflexiva, por estar comprometida su autonomía por estados de confusión, hipoxemia o alteraciones de la consciencia. Esto genera que pacientes o sus familiares puedan verse presionados a toma de decisiones (orden de no resucitar/intubar o no acceder a una cama de CTI) por el simple hecho de conservar recursos (racionamiento preventivo), siendo más vulnerable en este sentido la población de adultos mayores.[57] Surge la crítica del uso de la edad como criterio de asignación de recursos, en esa línea el autor Ehni et al[41] propone seis motivos por los cuales el uso de la edad como criterio es

discriminatorio y poco ético, entre ellos se destaca que esta población es muy heterogénea y que las opiniones negativas pueden atender a prejuicios ampliamente instalados en nuestra sociedad.
La excepcionalidad del contexto actual hace que los argumentos de las decisiones que llevan a la muerte del paciente (no acceder a UCI, retirada del soporte ventilatorio) sean el resultado de la valoración de elementos externos (generados por la escasez crítica de recursos), las decisiones no se basan solamente en la situación del paciente particular ni en sus preferencias, no puede asegurarse entonces que sea una muerte a su tiempo. Por otra parte, las medidas impuestas para impedir la propagación de la enfermedad, determinaron que los pacientes permanecieran hospitalizados en forma aislada, y que vivieran sus últimos días y horas sin la presencia de sus seres queridos. Dichas acciones realizadas con el propósito de priorizar el bien global, han interferido con aquellos elementos que constituyen una muerte digna.

Sobre la ética asistencial

El esfuerzo terapéutico se enfoca en la situación del paciente particular, su diagnóstico, pronóstico, estado evolutivo, y en función de estos se determina la proporcionalidad de la acción terapéutica. En las situaciones críticas vividas en los países seleccionados, las limitaciones en la asistencia sanitaria no fueron sólo centradas en el paciente, sino en la globalidad de la comunidad.
En el contexto de pandemia la proporcionalidad del esfuerzo terapéutico adquirió una lectura diferente. El diagnóstico, pronóstico y estado evolutivo del paciente, considerados como elementos de idoneidad clínica, se articulan con la disponibilidad de recursos (determinada por la perspectiva utilitarista de la justicia distributiva), la proporcionalidad surge entonces como el equilibrio entre ambos. Es este equilibrio el que determina la acción terapéutica, la proporcionalidad pasa de ser entendida como un elemento del esfuerzo terapéutico a ser un criterio externo que justifica su limitación.

La muerte digna se ha ligado a dilemas éticos que incluyen el esfuerzo terapéutico y el ensañamiento, la eutanasia pasiva y activa, el suicidio médico asistido, el homicidio piadoso, etc. La perspectiva utilitarista de la justicia distributiva relega la autonomía a un segundo plano y aleja a la muerte digna como prioridad. En tiempos de pandemia, el dilema en torno a la muerte digna, se enmarca en el desequilibrio extremo entre demanda y recursos sanitarios, llevando a que la muerte digna requiera una lectura desde la justicia.
Del análisis realizado se desprende que las problemáticas acentuadas por la pandemia son complejas y diversas, ya que se manifiestan en función de la realidad sociocultural y económica en la cual asientan, esto obligó a los países a enfrentar la combinación de un problema ético

emergente con problemas persistentes como la asignación de recursos a la salud, las desigualdades económicas y sociales, la discriminación, entre otros.
En torno a estas problemáticas, las recomendaciones de organismos internacionales (como la OMS y OPS) coinciden con una visión desde la ética de la protección, donde uno de los primeros pasos propuestos es la identificación de poblaciones vulnerables y la puesta en práctica de planes de acción adaptados a la realidad desigual que viven, responsabiliza al estado y al sistema de salud por la justicia remediativa hacia estos grupos.

En Uruguay, anualmente en período invernal, se constatan sobrecargas a causa de las infecciones respiratorias agudas, que generan dificultades en la gestión de los servicios de emergencia y de las camas de cuidados intensivos, comprometiendo la calidad de la atención.[58]
Al inicio de la afectación por la pandemia en Uruguay, en base a la experiencia de años anteriores, decisores de políticas públicas expresaron su preocupación y previeron la saturación del sistema de salud.[59,60] A pesar de ser un problema reconocido en nuestro país, estas preocupaciones se hicieron visibles instalándose como una *nueva* preocupación pública.
La cobertura mediática que transmite la evolución de la pandemia al público a través de medidores como el número de contagios y el número de muertes ha hecho visible un problema desde hace mucho tiempo instalado en Uruguay. Las redes sociales, los medios de comunicación, los discursos políticos, el debate ético y legal, hicieron que la preocupación pública direccionara el foco de atención hacia la muerte.
En este sentido, se resalta la importancia del acceso a cuidados paliativos. Si bien fueron reconocidos en 1990 por la OMS y otras organizaciones internacionales como un derecho humano, recién en 2008 fueron formalmente incluidos en el país dentro del proceso de atención en salud.[61] Datos obtenidos en el 2020 reflejan que el 41% de los uruguayos no accede a cuidados paliativos, siendo la asistencia muy heterogénea a nivel país, donde en algunos departamentos la accesibilidad es muy baja, e incluso nula.[61] Por lo tanto, en Uruguay, incluso en condiciones fuera de desastre asistencial, existe un desequilibrio importante entre la demanda y los recursos en materia de cuidados paliativos, la inequidad en el acceso impide hacer valer el derecho a la muerte digna.

Conclusiones y perspectivas

Existe una gran cantidad de producción científica que trata este tema. Se encontraron criterios de asignación de recursos heterogéneos. Además diferentes formas de argumentar la toma de decisiones en este difícil escenario. No existe un consenso internacional específico sobre los criterios de asignación de recursos, en su defecto cada país analizado ha implementado protocolos diversos.

Se resalta el rol del sistema de salud y el estado como responsables y se reconoce la necesidad de la participación activa de una sociedad donde se encuentren representadas las diversas poblaciones vulnerables como decisores de políticas públicas, siendo elementos imprescindibles en el camino a una distribución de los recursos de salud basada en la justicia distributiva.
Es responsabilidad del sistema de salud garantizar la disponibilidad de los recursos materiales y la formación de profesionales especializados para lograr un acceso universal a la atención en cuidados paliativos de calidad.

Desde la bioética se entiende que el trasfondo de esta problemática se enmarca en un problema persistente relacionado a la asignación de recursos a la salud. Es necesaria su visibilización y problematización, así como su tratamiento responsable en la agenda política del país.
En cuanto a la asignación de recursos para la atención de pacientes en cuidados intensivos y paliativos, en el contexto de la pandemia COVID-19, no existe un consenso internacional específico. En su defecto, cada país analizado, implementó diversos protocolos para accionar frente a esta problemática. Los criterios éticos utilizados para la toma de decisiones en el final de la vida en los distintos países seleccionados para el presente trabajo, se basan en la justicia distributiva como pilar fundamental, en su amplia mayoría entendida desde una perspectiva utilitarista.

Los determinantes socioeconómicos y culturales son ineludibles a la realidad desde la cual debe realizarse el análisis para la elección del accionar en la pandemia. Los documentos elaborados en Uruguay se distancian del principio de autonomía. Es especialmente relevante en la actualidad, dada la visibilidad de la muerte y la atención pública al debate en torno al final de la vida, por lo cual se entiende que puede haber contribuido a la opinión positiva de la población uruguaya frente a la despenalización de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido.

La priorización de la justicia distributiva se destaca como uno de los principales cambios que resignifican el marco teórico que valida las decisiones al final de la vida, postura que es aceptada en un encuadre de excepcionalidad justificada ante situaciones de desastre asistencial.

Uruguay adoptó criterios que a grandes rasgos siguen una postura utilitarista, desde esta perspectiva reconoce como marco necesario aquel basado en la justicia distributiva. Sin embargo, la bibliografía uruguaya ampara el uso de criterios inherentes a la idoneidad clínica que se priorizan aún a costa de salvar un menor número de vidas, situándose a medio camino entre el utilitarismo y posturas deontológicas.

Bibliografía

1. Rothan H, Byrareddy S. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus (Covid-19) outbreak. J Autoimmun. 2020;109(January):1–4.
2. Comité Español del ACNUR. [Internet] España. [Marzo 2020 ; citado Mayo 2020] Cronología del coronavirus: evolución de la pandemia. ACNUR. Disponible en: https://eacnur.org/blog/cronologia-del-coronavirus-evolucion-de-la-pandemia-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
3. Go YY, Kim Y, Cheon S, Nam S, Ku B, Kim M, et al. COVID-19 in Latin America. Several problems undermine the preparedness of countries in Latin America to face the spread of COVID-19. Talha Burki reports. The Lancet. 2020;(January):19–21. Disponible en: ttps://doi.org/10.1016/ S1473-3099(20)30303-0
4. Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University. [Internet]. Baltimore; JHU CSSE; [comienzo 2020 Feb 19; citado 2020 May 29] COVID-19 Map FAQs – CSSE. Disponible en: https://systems.jhu.edu/research/public-health/2019-ncov-map-faqs/
5. Presidencia de la República. [Internet]. Uruguay. [3 Marzo 2020; Citado en Mayo 2020]. Medidas del Gobierno para atender la emergencia sanitaria por coronavirus (COVID-19). Disponible en: https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/medidas-gobierno-sanitaria-emergencia-sanitaria-covid19
6. Emanuel E, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med. 2020;1–7.
7. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina GR, Livigni S, Mistraletti G, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. Crit Care. 2020;24(1):4–6.
8. Cesari M, Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision-Making in a Pandemic. Journal of the American Medical Directors Association. 2020;(January). DOI: https://doi.org/10.1016/ j.jamda.2020.03.025.
9. Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. J Med Ethics. 2020;1–3.
10. Faure E, Kipnis E, Bortolotti P, Salik J. Allocating Medical Resources in the Time of Covid-19. N Engl J Med [Internet]. 2020;375(13):NEJMc2009666. Available from: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1609332%0Ahttp://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2009666

11. Organización Panamericana de la Salud. Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19) [Internet]. OPS; 2020 Marzo [citado 2020 Mayo 29]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobre-cuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19

12. Saada A, Garrafa V, Cano Valle F, Cantú J, Keyeux G, Lang M. Diccionario latinoamericano de bioética. Red latinoamericana y del caribe de bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. 1-660.

13. Vidal S. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. ACTIO. Mayo 2013(15). Disponible en: actio.fhuce.edu.uy

14. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010 Mar;(22):121–57.

15. Cohen-Almagor R. On the Philosophical Foundations of Medical Ethics: Aristotle, Kant, JS Mill and Rawls. Ethics, Med Public Heal. 2017;3(4):436–44.

16. Ferro M, Molina L, Rodríguez G. La bioética y sus principios. Acta odontológica venezolana [Internet]. 2009 Jun [Citado 2020 Mayo 29]; 47(2): 481-487. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es.

17. Betancourt G. Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? [Internet]. Scielo. 2017 [Citado 25 Mayo 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400012

18. Álvarez S. Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia [Internet]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127067/. 2009 [citado 25 Mayo 2020]. Disponible en:: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022002/

19. Betancourt Betancourt Gilberto de Jesús. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. Rev Hum Med [Internet]. 2014 Ago [citado 2020 Nov 12] ; 14(2): 407-422. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es.

20. Lorda P, Barrio I, Alarcos F, Barbero J, Couceiro A, Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. Rev Calid Asist. diciembre de 2008;23(6):271-85.

21. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Secretaría general de sanidad y consumo, Dirección general de salud pública, calidad e innovación. 2020;17(mayo). Versión 2. 1-29. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/

22. WHO.int [Internet] 7/01/2020 [actualiación diaria; citado 10/11/2020] Disponible en: https://covid19.who.int/

23. Hunter D. Covid-19 and the stiff upper lip - The pandemic response in the United Kingdom [Internet]. Vol. 382, New England Journal of Medicine. Massachussetts Medical Society; 2020 [cited 2020 Jun 4]. p. e31. Available from: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2005755

24. Marson F, Ortega M. COVID-19 in Brazil. Pulmonology. 2020;26(4):241-244. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.04.008

25. Hallo A, Rojas A, Hallo C. Perspective from Ecuador, the Second Country with More Confirmed Cases of Coronavirus Disease 2019 in South America: A Review. Cureus. 2020;12(3):10–5.

26. Montevideo.com.uy [Internet] Montevideo: Montevideo portal; 1998 [2020 Oct 10; cita 2020 Nov 11]. Disponible en: https://www.montevideo.com.uy/Mujer-y-salud/Aumenta-contagio-de-COVID-19-en-Ecuador-que-suma-2-021-casos-en-24-horas-uc768617

27. Argentina.gob.ar [Internet]. Argentina. [citado 4 Junio 2020]. Información, recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación y medidas de prevención. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19

28. Argentina.gob.ar [Internet]. Argentina. [citado 4 Junio 2020]. Información epidemiológica. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion

29. SINAE: Sistema Nacional de Emergencias [Internet] Montevideo ; SINAE: comienzo 2009 [actualizado 2020 Nov 14; cita 2020 Nov 15] Visualizador de casos COVID-19. Disponible en: https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/pagina-embebida/visualizador-casos-coronavirus-covid-19-uruguay

30. Savulescu J, Persson I, Wilkinson D. Utilitarianism and the pandemic. Bioethics [Internet]. 2020 [Citado Octubre 2020];34:620–632. Disponible en: https://doi.org/10.1111/bioe.12771

31. Leclerc T, et al. Prioritisation of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources. Anaesth Crit Care Pain Med [Internet]. 2020 [Citado Octubre 2020];39:333–339. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.05.008

32. Aguilera, B. Ethical allocation of scarce health care resources in the context of the COVID-19 crisis. Medwave 2020;20(5):e7935

33. Reid L. Triage of critical care resources in COVID-19: a stronger role for justice. J Med Ethics 2020;46:526–530.

34. Maglio I, Valdez P, Cámera L, Finn B, Klein M, Pincemin I, et al. Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recursos. Medicina. Buenos Aires 2020; Vol. 80(Supl. III):45-64

35. Stone J. Social Justice, Triage, and COVID-19: Ignore Life-years Saved. Med Care. 2020 Jul;58(7):579-581. DOI: 10.1097/MLR.0000000000001355.

36. Ho A, Dascalu I. Global Disparity and Solidarity in a Pandemic. Hastings Center Report 50, no. 3 (2020): 65-67. DOI: 10.1002/hast.1138

37. Elbaum A. Black Lives in a Pandemic: Implications of Systemic Injustice for End-of-Life Care. Hastings Center Report 50, no. 3 (2020): 58-60. DOI: 10.1002/hast.1135

38. Piccini M, Aprile A, Benciolini P, Busatta L, Cadamuro E, Malacarne P. Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI "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". Recenti Prog Med 2020; 111: 212-222.

39. Herreros B, Gella P, Real de Asua D. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. J Med Ethics Epub. Citado Octubre 2020. Disponible en: doi:10.1136/ medethics-2020-106352

40. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID-19: consideraciones clave. Mayo 30, 2020. ID: biblio-1096876

41. Ehni H, Wahl H. Six Propositions against Ageism in the COVID-19 Pandemic, Journal of Aging & Social Policy, 2020. 32:4-5, 515-525, DOI: 10.1080/08959420.2020.1770032

42. Sesta L, Mondello C, Cardia L, Mondello E, Baldino G, Spagnolo EV. Covid-19 in Italy. Clinical Emergency and Bioethical Perspectives. Euromediterranean Biomedical Journal [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Sep 24];121. Available from: http://search.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:2048/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=145354656&lang=es&site=eds-live

43. Romanó M. Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di CoViD-19. Recenti Prog Med. 2020; 111: 223-230.

44. Clift AK. Anatomising failure: there should be a statutory public inquiry into the UK Government's handling of COVID-19. J R Soc Med. 2020 Jun;113(6):230-231. doi: 10.1177/0141076820925778. PMID: 32521194; PMCID: PMC7439592.

45. Peterson A, Largent EA, Karlawish J. Ethics of reallocating ventilators in the covid-19 pandemic. BMJ. 2020 May 12;369:m1828. doi: 10.1136/bmj.m1828.

46. Satomi E, Souza P, Thomé B, Reingenheim C, Werebe E, Troster E, et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas.

einstein (São Paulo). 2020;18:eAE5775. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE5775

47. Schuklenk U. The ethical challenges of the SARS-CoV-2 pandemic in the global south and the global north - same and different. Dev World Bioeth. 2020 Jun;20(2):62-64. doi: 10.1111/dewb.12263.

48. Maves RC, Downar J, Dichter JR, 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;158(1):212-225. doi:10.1016/j.chest.2020.03.063

49. Revello R. Criterios para la asignación de asistencia mecánica respiratoria en pacientes con Covid 19, una mirada bioética. Persona y Bioética; Argentina. 2020, Vol. 24 Issue 1, p90-93

50. Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. Salud Pública Mex 2013;53 supl 2:S265-S274.

51. Área de Estudios Laborales del Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay CIESU. Mercado de trabajo, cambio de gobierno y COVID-19 en Uruguay: Un balance preliminar. Trab. soc. Santiago del Estero. 2020;21(35): 1-3. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712020000200008&lng=es&nrm=iso>.

52. Cluzet O, Berro G. La pandemia de COVID-19. Consideraciones éticas y médico-legales. Comisión de Asesoramiento Bioético de FEMI. Uruguay. Abril, 2020. p1-25.

53. Recomendaciones conjuntas para el tratamiento clínico de la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19. Rev. Méd. Uruguay. [Internet]. 2020 [consultado el 10 de noviembre de 2020]; 36 (2): 214-253. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000200214&lng=es. Publicación electrónica 01-Jun-2020. http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.2.11.

54. Proyecto Ley Parlamento.gub.uy [Internet]. Uruguay. [citado Nov 2020]. Documentos y leyes [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/145735/ficha_completa

55. Smu.org.uy [Internet]. Uruguay: Sindicato Médico del Uruguay; [Jun 2020; Nov 2020]. El 82% de los uruguayos está de acuerdo con la eutanasia y el 62% con el suicidio asistido según encuesta realizada por SMU. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: https://www.smu.org.uy/el-82-de-los-uruguayos-esta-de-acuerdo-con-la-eutanasia-y-el-62-con-el-suicidio-asistido-segun-encuesta-realizada-por-smu/

56. Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. CMAJ Apr 2020, 192 (15) E400-E404; DOI: 10.1503/cmaj.200465

57. Farrell T, Francis L, Brown T, Ferrante L, Widera E, Rhodes R, et al. Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2020 Jun;68(6):1143-1149. doi: 10.1111/jgs.16539.

58. Venegas J, Briozzo L, Clavell E, et al. El Sistema de Salud de Uruguay ante situaciones de emergencia. Ministerio de Salud Pública. Octubre 2011

59. Sindicato Médico del Uruguay [Internet]. Montevideo; SMU. 2020 [cited 15 November 2020]. Disponible en: https://www.smu.org.uy/el-sistema-de-salud-esta-al-borde-de-la-saturacion/

60. SMU planteó se tomen medidas para la protección de los trabajadores de la Salud frente a la pandemia. El diario médico. Edición digital. 24 páginas. Marzo, 2020. 29-31p

61. Cuidados Paliativos [Internet]. Legislativo.parlamento.gub.uy. 2020 [citado 12 Nov 2020]. Disponible en: https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/R01886532673.pdf

Anexos

Anexo 1

Figura 1: Distribución de artículos incluídos según los argumentos utilizados en el análisis del tema

Artículos/autores que adoptan una postura utilitarista	**Artículos/autores que critican al utilitarismo**
Savulescu et al. Utilitarianism and the pandemic.[30]	Reid L. Triage of critical care resources in COVID-19: a stronger role for justice.[33]
Mannelli C. Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak.[9]	Maglio et al. Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recursos.[34]
Lectec et al. Prioritisation of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources.[31]	Stone J. Social Justice, Triage, and COVID-19: Ignore Life-years Saved.[35]
Aguilera B. Ethical allocation of scarce healthcare resources in the context of the COVID-19 crisis.[32]	Ho A et al. Global Disparity and Solidarity in a Pandemic.[36]
Maves R, 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*.[48]	Elbaum A. Black Lives in a Pandemic: Implications of Systemic Injustice for End-of-Life Care.[37]

Anexo 2

Figura 2. Clasificación por países de los criterios éticos y específicos más utilizados y las problemáticas planteadas.

Países	**Artículos**	**Criterios más utilizados para el triaje**	**Criterios éticos más utilizados**	**Problemas que plantea la bibliografía consultada**
Italia	Romanó M. Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di CoViD-19.[43] Sesta et al. Covid-19 in Italy. Clinical Emergency and Bioethical Perspectives.[42] Piccini et al. Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI "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".[38]	Edad Comorbilidades Expectativa de vida a corto y largo plazo Estado funcional	Idoneidad clínica Proporcionalidad Dignidad Justicia distributiva	Justicia: Equidad versus Utilidad
España	Herreros et al. Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments.[39]	Edad Comorbilidades Expectativa de vida a corto y largo plazo Orden de llegada Trabajadores de la salud	Justicia distributiva Equidad Valor social Valor instrumental	Prioridad a los trabajadores de la salud Punto de corte para la edad como criterio Orden de llegada
Reino Unido	Clift A. Anatomising failure: there should be a statutory public inquiry	Expectativa de vida a corto	Equidad No	Discriminación indirecta

	into the UK Government's handling of COVID-19.[44] Peterson et al. Ethics of reallocating ventilators in the covid-19 pandemic.[45]	plazo	discriminación	
Brasil	Satomi et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas.[46] Schuklenk U. The ethical challenges of the SARS-CoV-2 pandemic in the global south and the global north - same and different.[47]	Edad Comorbilidades Expectativa de vida a corto y largo plazo Estado funcional Trabajadores de la salud	Justicia distributiva Equidad Valor instrumental Dignidad Solidaridad	Justicia distributiva + Equidad: sector público vs Privado Escala SOFA Trabajadores salud
Argentina	Revello R. Criterios para la asignación de asistencia mecánica respiratoria en pacientes con Covid 19, una mirada bioética.[49] Maglio et al. Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recursos.[34]	Edad Comorbilidades Estado funcional	Beneficencia No maleficencia Justicia distributiva Equidad Dignidad	Esfuerzo terapéutico versus encarnizamiento Equidad versus utilidad Prioridad a los trabajadores de la salud
Uruguay	Cluzet O, Berro G. La pandemia de COVID-19. Consideraciones éticas y médico-legales.[52] Recomendaciones conjuntas para el tratamiento clínico de la infección por SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19.[53]	Comorbilidades Estado funcional Vulnerabilidad	Beneficencia No maleficencia Justicia distributiva Equidad	Retriaje de pacientes en UCI Principio de autonomía

Anexo 3

Figura 3. Artículos que tratan problemáticas en torno al final de la vida.

Conceptos abordados	**Artículos**
Muerte digna	Farrell et al. Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults.[57] Maglio et al. Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recursos.[34] Piccini et al. Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI "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".[38]
Cuidados paliativos	Romanó M. Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di CoViD-19.[43] Maglio et al. Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para la asignación de recursos.[34] Arya et al. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives.[56]