

**RECOMENDACIONES PARA LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN EL
APOYO DE TOMA DECISIONES ÉTICAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD, EN
CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19**



RECOMENDACIONES PARA LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN EL APOYO DE TOMA DECISIONES ÉTICAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD, EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

I. Antecedentes

Los extraordinarios desafíos a los que nos enfrenta esta emergencia sanitaria requiere la definición de un marco de principios éticos, que permita guiar la toma de decisiones clínicas frente a los diversos conflictos de valores que surgen. Para ello es necesario un debate público, abierto y transparente, sobre las orientaciones éticas que fundamentan a estas decisiones clínicas, con el fin de asegurar la confianza de la población y su adherencia a las disposiciones de la autoridad sanitaria, procurando así también fortalecer la responsabilidad cívica para el control de la pandemia.

El marco de principios éticos que proponemos para las instituciones de atención en salud, durante esta emergencia sanitaria, busca balancear, por un lado, el deber de cuidado de los pacientes, propio de la ética clínica (no abandono del paciente, el alivio de su sufrimiento y el respeto de sus preferencias), y por otro lado, el deber de promover la igualdad de las personas y la equidad en la distribución de riesgos y beneficios en la sociedad, como asimismo proteger la salud de la comunidad y asignar recursos limitados de manera justa, lo que es propio de la ética de la salud pública.

En este tipo de emergencias sanitarias se produce un mayor desequilibrio entre las necesidades clínicas y la disponibilidad efectiva de los recursos sanitarios, por lo que el sistema de salud se ve exigido a priorizar e incluso racionar dichos recursos, estableciendo prioridades de atención junto con un acceso equitativo. Tenemos que estar preparados para un escenario en que la pandemia del COVID-19 cause escasez de camas hospital, camas unidades de cuidados intensivos (UCI), ventiladores mecánicos, y equipos de protección personal (EPP). Y también debemos estar preparados frente a la falta de disponibilidad de trabajadores de la salud, debido al aumento de la carga asistencial y a que muchos de ellos pueden contagiarse o necesitar cuarentenas preventivas.

El proceso de toma de decisiones, en este contexto, involucra criterios éticos difíciles de ponderar, que pueden superar las competencias de los equipos de salud para deliberar de manera correcta, oportuna y eficaz. Es por ello que estas decisiones no debieran estar en manos de un solo equipo de salud, sino contar con las recomendaciones de otros profesionales con experiencia en la deliberación ética. En este contexto el rol que juegan los Comités de Ética Asistencial (CEAs) resulta de vital importancia para alcanzar decisiones éticas consensuadas y fundamentadas que justifique el proceso decisional. Este apoyo es también una forma de proteger a los equipos de salud frente a la enorme carga emocional y el distrés moral frente a decisiones éticas difíciles.

El presente documento tiene por objetivo promover el rol de los CEAs a nivel nacional, de manera que puedan apoyar a los profesionales de la salud locales en la toma de decisiones clínicas que requieran de una deliberación ética para su implementación. Teniendo en cuenta este objetivo es que la Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud (CEAM) a través de este documento propone, en un primer lugar, un marco de principios éticos y recomendaciones concretas para su aplicación, de modo de orientar a los CEAs en su proceso deliberativo, y en segundo lugar, establecer una red nacional de CEAs de referencia con una serie de recomendaciones para su funcionamiento.

II. La misión de los Comités de Ética Asistencial

Según el Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de los Comité de Ética Asistencial (Decreto N° 62/2013, MINSAL), los CEAs son “órganos colegiados de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella”.

En el contexto de emergencia sanitaria actual, resultan particularmente relevantes las siguientes funciones de los CEAs, que el artículo 8º de dicho reglamento contempla:

1. Asesorar a los usuarios o prestadores en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos conflictos ético-clínicos que se susciten como consecuencia de la atención en salud.
2. Contribuir, en el marco de su función consultiva, a la protección de los derechos de los usuarios en su relación con los prestadores, y proponer a la institución las medidas adecuadas para la satisfacción de ellos en los casos de que resulten afectados.
3. Velar por el respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas que participan en la relación clínica, en el marco de su función consultiva.
4. Proponer a la institución protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventivo para enfrentar situaciones en las que puedan surgir frecuentemente conflictos ético-clínicos.

En virtud de estas funciones, establecidas por el Reglamento, y teniendo en cuenta el contexto actual de emergencia sanitaria por la pandemia por COVID-19, es necesaria una participación activa de los CEAs, constituidos en la red sanitaria nacional. La trayectoria y experiencia de estos comités es fundamental para asumir la misión de asesorar y orientar a los profesionales, equipos de salud y velar por el respeto de los pacientes y familia, en el proceso de toma de decisiones que van más allá de las dimensiones técnicas y/o clínicas, y que requieren de la incorporación de valores y principios propios de la justicia distributiva y de la ética de la salud pública.

III. Marco de principios éticos a considerar por los CEAs en el apoyo a la toma de decisiones a los equipos de salud y los gestores sanitarios

Los CEAs deben promover la deliberación sobre la base de una pluralidad de principios éticos y valores que fundamenten, de manera consistente y comprensible, los criterios para las decisiones clínicas y de gestores, en el contexto de la pandemia COVID-19 en nuestro país. La necesidad de equilibrar dichos principios, al momento de tomar decisiones difíciles, lleva necesariamente a ponderar diversos criterios éticos en juego para cada caso en particular y según las circunstancias siempre cambiantes en una pandemia. El objetivo de enunciar y describir estos principios no busca proveer a los CEAs de un protocolo para la deliberación ética, ni una jerarquía de principios que permita resolver los problemas sobre los que deban pronunciarse.

Los procesos justos y equitativos de toma de decisiones en la asignación de recursos sanitarios escasos, no solo deben estar fundamentados de manera consistente y comprensible, sino que deben promover la participación colaborativa, en la medida de lo posible, de todos los involucrados: equipo de salud, miembros de CEAs, pacientes, familia y otros. La inclusividad en estos procesos favorece la confianza de la población en general, los pacientes y sus familias. La colaboración responsable en la toma de decisiones contribuye también a apoyar a los profesionales de la salud en momentos de distrés moral frente a decisiones ético-clínicas difíciles de tomar.

Antes de la deliberación sobre la base de los principios propuestos en el siguiente apartado, es necesario considerar las responsabilidades de la autoridad sanitaria en un contexto de emergencia de salud pública:

1. Planificar anticipadamente para poder trabajar en situación de incertidumbre, aumentando la disponibilidad de recursos, evaluando la transferencia a otros centros con capacidad para atender la nueva demanda, adelantarse a posibles decisiones de triage e informando de manera adecuada a las instituciones y a los profesionales de la salud respecto de las decisiones que se toman. Sólo una vez que se han empleado todos los esfuerzos de planificación y de asignación de los recursos antes mencionados, es justificable aplicar criterios de racionamiento, empleados de manera flexible según las circunstancias y para cada caso en particular.
2. Proteger, especialmente, a los trabajadores sanitarios y a la población vulnerable, incluyendo a los pacientes críticos con COVID-19 pertenecientes a estos colectivos.
3. Orientar a las instituciones de salud, en el contexto de la emergencia sanitaria, donde los niveles de atención pueden disminuir en calidad, debido a la falta de personal médico especializado u otro personal sanitario, junto con la escasez de espacios e insumos.

En el marco de estos deberes de planificación, protección y orientación de las autoridades sanitarias, los CEAs cumplen una función muy relevante en el apoyo de equipos de salud y gestores de sus respectivas instituciones prestadoras de salud en los procesos de toma de decisiones. Esta función de apoyo debe implementarse y ejecutarse respetando la dignidad, las libertades y derechos fundamentales de todas las personas, garantizados por nuestra Constitución Política, los tratados internacionales de derechos humanos y nuestra legislación vigente, teniendo en especial consideración la ley N°20.584 sobre derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Asimismo, los CEAs deben actuar alineados con las directrices de las autoridades sanitarias con el objetivo esencial de proteger la seguridad pública, la salud y el bienestar, minimizando las muertes, lesiones, enfermedades, discapacidad y sufrimiento, durante y después de la emergencia sanitaria.

Principios y recomendaciones éticas

1. Principio de no abandono del paciente:

Aunque sea necesario aplicar criterios de racionamiento debido a la emergencia sanitaria, la escasez de recursos no puede llevar a renunciar al deber de cuidado de todo paciente. Esto implica respetar la dignidad de cada persona durante la trayectoria de enfermedad asegurando el adecuado alivio del sufrimiento hasta el momento de la muerte. En relación con este principio, es importante señalar que la limitación de esfuerzo terapéutico (LET) dice relación con la adecuación de las intervenciones médicas a la condición de salud del paciente, de modo de no iniciar o retirar tratamientos fútiles o desproporcionados, que no cambiarán la condición de irreversibilidad de su cuadro, pero que sí podrían aumentar su sufrimiento y prolongar su agonía, y que además, de mantenerlos, se estarían utilizando recursos que podrían ponerse a disposición de pacientes que sí podrían verse beneficiados por dichas intervenciones.

Recomendaciones:

1. Garantizar, en caso de desestimar ingreso a UCI, alternativas asistenciales de calidad, que cubran las necesidades de los pacientes, incluyendo cuidados paliativos como el control de síntomas y soporte emocional.
2. Procurar que la limitación o adecuación de esfuerzo terapéutico sea una decisión conversada con el equipo y la familia del paciente, asegurando que dicha decisión no significará, bajo ningún punto de vista, el abandono del paciente.
3. Asegurar cuidados paliativos de calidad a quienes lo necesiten, lo que implica proveer las medidas de confort, alivio del dolor y el sufrimiento que pudiera vivir el paciente, favoreciendo una muerte digna y en paz.

4. Transmitir al equipo tratante que no existe una diferencia moral o ética entre el acto de no iniciar tratamiento y el acto de suspenderlo, ya que ambos responden al objetivo de no prescribir intervenciones extraordinarias, desproporcionadas y fútiles, que no tendrán beneficio alguno para el paciente, que mantendrán artificialmente su vida biológica y que pudieran prolongar la agonía, causando un sufrimiento innecesario al paciente.

2. Principio de respeto de las decisiones del paciente y/o familia

Las decisiones sobre admisión y tratamientos en UCI de pacientes COVID-19 deben ser debidamente informadas por los equipos de salud a los pacientes y/o su familia, aunque las circunstancias dificulten la comunicación. Asimismo, los equipos de salud deben velar por el respeto de las decisiones del paciente o de su representante, en caso de incompetencia, sin menoscabar el ejercicio de los derechos que la ley reconoce a las personas en su atención de salud.

Recomendaciones:

1. Procurar, siempre que sea posible, realizar el proceso de toma de decisiones de forma compartida entre el equipo interdisciplinario, el paciente y la familia.
2. Recomendar a los equipos indagar la existencia de una manifestación de voluntades previas o de expresión de preferencias de los pacientes, antes de tomar decisiones de ingreso a UCI.
3. Promover la planificación de acciones para dar soporte a los familiares, dado el impacto emocional de las decisiones clínicas que eventualmente deberán tomarse en conjunto con el equipo tratante.
4. Velar por la existencia de espacios y condiciones de seguridad, según los recursos locales y los protocolos institucionales, para que los familiares puedan despedirse del paciente en estado terminal o del paciente fallecido, de modo de favorecer el proceso de duelo posterior.

3. Principio de equidad

Los procesos de toma de decisiones deben llevarse a cabo garantizando que los beneficios y las cargas impuestas a la población por la emergencia sanitaria, se distribuyan de manera equitativa y justa. Los criterios para la toma de decisiones para distribuir recursos sanitarios escasos deben ser aplicados a todos los pacientes, sean o no enfermos con COVID-19, y deben tener en cuenta especialmente a las poblaciones más vulnerables. Las personas con las mismas posibilidades de beneficiarse de un recurso deberían tener la misma oportunidad de recibirlo.

Recomendaciones:

1. Contribuir a la toma de decisiones en la asignación justa de recursos, tanto humanos como técnicos, en las instituciones de salud.
2. Velar por el uso de guías clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible, que permitan dar razonable homogeneidad a los procedimientos diagnósticos, decisiones terapéuticas y apreciaciones pronósticas, que ocurran con los pacientes afectados por COVID-19.
3. Considerar criterios de máximo beneficio para el mayor número de personas, con el fin de recuperar la mayor cantidad de vidas posibles, maximizando la posibilidad de supervivencia al alta hospitalaria y maximizar el número de años-vida.
4. Considerar que la edad cronológica (en años) en ningún caso debería ser el único criterio a incluir en las estrategias de asignación de recursos.
5. Evitar el criterio “primero en llegar, primero en ser asignado”, ya que podría provocar la preferencia por pacientes de menor gravedad, o la atención inmediata de pacientes sin posibilidades de recuperación.

4. Principio de no discriminación arbitraria

Los procesos de toma de decisiones no pueden conducir a discriminaciones arbitrarias por motivos de etnia, nacionalidad, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad, u otros motivos que carezcan de una justificación razonable. Las decisiones, resultado de procesos justos, equitativos y transparentes deben estar sustentadas en la mejor evidencia clínica disponible y justificadas, ética y legalmente de acuerdo a las circunstancias del estado de emergencia sanitaria. En estas circunstancias en que puede haber necesidad de racionamiento de recursos sanitarios, la priorización para el acceso a un recurso escaso requiere de criterios clínicos homogéneos que generen un beneficio esperable para un paciente. Una discriminación directa motivada en criterios únicos como la edad o la discapacidad no está justificada ni ética, ni legalmente.

Recomendaciones:

1. Velar por que no se tomen decisiones basadas en una discriminación por cualquier característica identitaria o de condición de vulnerabilidad del paciente para justificar la priorización asistencial.
2. Tratar a los pacientes de edad avanzada bajo las mismas condiciones que el resto de la población, utilizando criterios clínicos para la asignación de recursos sanitarios y no negar tratamientos bajo el sólo criterio de la etapa del ciclo vital del paciente.
3. Cuidar que la valoración del paciente se realice de forma global, acorde a su estado general, y no en función de su(s) patología(s) de forma aislada. Para ello, puede ser útil establecer un canal de comunicación expedito con su equipo tratante habitual.
4. Promover que los criterios de ingreso en UCI estén basados en la utilidad efectiva de la intervención.

5. Principio de transparencia y confianza:

Los procesos de toma de decisión deben ser lo más inclusivos posibles, transparentes, fundamentados en la evidencia, deliberados de manera consistente y colaborativa entre los profesionales que intervienen, y adaptados a las circunstancias. Las garantías de inclusividad y transparencia de los procesos de toma de decisiones promueven la confianza en los equipos clínicos y en las instituciones de salud, por parte de la población en general. En casos difíciles desde el punto de vista ético, los equipos de salud deben tomar decisiones con el apoyo de otros profesionales médicos con más experiencia y con el soporte de miembros de los CEAs.

Recomendaciones:

1. Cuidar que los equipos de salud informen a pacientes y familiares de una manera oportuna y clara la justificación técnica y ética de cada una de las medidas propuestas y de las decisiones tomadas.
2. Promover que las decisiones ético-clínicas sean consensuadas, factibles de ser públicamente defendidas, y reproducibles en casos de similares condiciones.

6. Principio de protección del personal sanitario:

Se debe garantizar, por razones éticas de reciprocidad, el cuidado y protección de los trabajadores de la salud, quienes, en la emergencia sanitaria, asumen mayores riesgos de por cumplir con el deber de cuidar a la población.

Recomendaciones:

1. Apoyar en la elaboración y difusión del plan de contingencia de protección del personal sanitario, como por ejemplo garantizar equipos de protección personal para los equipos de trabajo de primera línea.
2. Promover la participación activa de todos los miembros del equipo de salud o a través de sus representantes (gremios, jefaturas, etc.), para establecer consensos en relación a la re-organización de la institución, la distribución de recursos, la capacidad de atención y la limitación de la propagación nosocomial del COVID-19.
3. Cuidar que el plan de contingencia contemple la protección de la salud física y mental de los profesionales de salud y resguarde la continuidad de la atención.

7. Principio de responsabilidad y colaboración en la organización sanitaria:

Los profesionales de la salud, en estas circunstancias de emergencia sanitaria, deben tener especial celo por un actuar responsable en el trabajo colaborativo, que exige el apoyo de unos con otros, pedir la opinión de profesionales más experimentados, el soporte de los CEAs, y compartir de manera diligente y apropiada la información.

Recomendaciones:

1. Fomentar el que los profesionales de la salud en sus distintas funciones mantengan coherencia con las directrices de la autoridad sanitaria.
2. Promover la solidaridad y coordinación entre centros asistenciales dentro de la red para maximizar el bien común.
3. Promover que los gestores incentiven la responsabilidad cívica a través de la educación de la comunidad usuaria del sistema de salud.
4. Aconsejar en la planificación de procesos de reclutamiento de personal de salud.

IV. Propuestas para la organización y funcionamiento de los CEAs en el contexto de la pandemia COVID-19

A la luz de los principios expuestos y dada la relevancia de los CEAs como institucionalidad que apoya en el proceso de deliberación ética para la toma de decisiones clínicas, y constatando que no todas las instituciones de salud a nivel nacional poseen un CEA local que pueda apoyar en este proceso de toma de decisiones, proponemos las siguientes acciones respecto de la organización de los CEAs a nivel nacional:

1. Definir, al menos, un CEA de referencia en cada región del país y entre cuyas funciones se encuentren:
 - a. Asesorar y colaborar con los distintos CEAs locales, ya sean éstos del nivel primario de atención u hospitalario, públicos o privados.
 - b. Apoyar en la toma de decisiones del personal de salud que se encuentre en instituciones que no posean un CEA local.
2. Conformar una Red Nacional de CEAs a partir de los CEAs de referencia, liderados por la Oficina de Bioética dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública (MINSAL), manteniendo reuniones periódicas para tratar temáticas específicas surgidas a propósito de la pandemia.

En el marco de las funciones que cumplen los CEAs, según la normativa vigente, es importante, que se pueda impulsar y fortalecer su labor, en el actual contexto de emergencia sanitaria, con las siguientes propuestas de funciones para el apoyo de los equipos de salud y los gestores de recursos:

1. *Propuestas de funciones de apoyo a los equipos de salud:*

- a. Responder a las necesidades y preocupaciones éticas entre los miembros del equipo de salud que atienden a pacientes bajo esta contingencia de manera oportuna.
- b. Promover en la toma de decisiones la consideración del contexto de la práctica local: geografía, demografía, experiencias previas, niveles de complejidad técnica, personas vulnerables, pueblos originarios, inmigrantes, etc.
- c. Orientar a los equipos de salud para generar procesos que velen por una muerte digna y compasiva.
- d. Ofrecer recomendaciones de comunicación efectiva entre el equipo tratante y el paciente y su familia, para favorecer un proceso toma de decisiones adecuadamente informadas y compartidas.
- e. Apoyar con recomendaciones para enfrentar la angustia moral del personal sanitario en condiciones de crisis.

2. *Propuestas de apoyo a los gestores de recursos:*

- a. Fomentar un marco de principios éticos compartido entre los distintos actores implicados (autoridades, proveedores, unidades clínicas, comunidad usuaria) de manera de crear una ética institucional coherente.
- b. Apoyar la gestión de recursos escasos a nivel local con recomendaciones éticas, en caso de consulta.
- c. Considerar el apoyo del asesor legal de la institución para tener en cuenta la legislación sanitaria aplicable y los derechos de los pacientes en condiciones de pandemia.
- d. Velar por el acceso equitativo en la atención de pacientes del sistema de salud no contagiados con COVID-19, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos institucionales y el control de infecciones.
- e. Apoyar a las estrategias de comunicación efectiva de la institución en la entrega de información a la comunidad sobre la pandemia.

V. Reflexiones finales

Estas recomendaciones éticas y propuestas de funcionamiento de los CEAs aspiran a fomentar y fortalecer la misión que deben desempeñar en esta emergencia sanitaria. Con todo, este es un primer paso en el desafío que la Oficina de Bioética del MINSAL, a través de la CEAM, tiene en la actual situación de pandemia. Dicho esto, invitamos a los comités a continuar con el trabajo colaborativo con nuestra institución, en un escenario que es siempre cambiante y que es probable requiera de nuevas reflexiones y herramientas prácticas para la deliberación y apoyo a la toma de decisiones. Por ello estas recomendaciones y propuestas no pretenden agotar las posibles respuestas éticas que exige la emergencia sanitaria, ni constituyen orientaciones únicas a tener en cuenta. Esperamos que a partir de la constitución de la red nacional de CEAs de referencia seguiremos avanzando en el fortalecimiento de la misión de los comités en estos momentos críticos.

Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud

Dra. Carmen Nadal, Presidenta

Dra. Gloria Burgos, Vicepresidenta

Psicóloga Daniela Rojas

Psicóloga Luz Bascuñán

Dr. Pedro Pérez

Dr. Rodrigo Salinas

Abogado Juan Alberto Lecaros

VI. Referencias

1. World Health Organization. (2009). Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica (No. WHO/CDS/EPR/GIP/2007.2). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70164>
2. Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., ... & Phillips, J. P. (2020). Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsb2005114?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
3. The Hastings Center (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>
4. Alirol et al (2017). Ethics review of studies during public health emergencies - the experience of the WHO ethics review committee during the Ebola virus disease epidemic. BMC Medical Ethics, 18:43. <https://bmcmethics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12910-017-0201-1>
5. British Medical Association (2020). COVID-19 – ethical issues. A guidance note. <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>