

¿A quién asignar una intervención médica escasa?

David Fajardo-Chica

Colaborador del Seminario de Estudios sobre la Globalidad, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción

La escasez de intervenciones médicas en relación con el número de pacientes que las necesitan es un problema usual en la salud pública. El debate respecto a la forma en que deben distribuirse estos bienes ha ganado relevancia en la esfera pública, considerando las medidas que habrían de implementarse en el desafortunado caso de que el impacto de la pandemia de COVID-19 sea de tal magnitud, que las intervenciones escaseen al grado de que no puedan ofrecerse a todos los pacientes que las necesiten.

En este artículo haré un repaso por algunos de los principios éticos que suelen invocarse en la discusión, los distintos criterios que se han usado para implementarlos y señalaré algunos de los riesgos bioéticos involucrados en el contexto de la emergencia por pandemia.

Bienes escasos y principios bioéticos

En la práctica médica usual, una intervención médica se recomienda siguiendo los principios bioéticos usuales: que la intervención redunde en el bienestar del paciente (beneficencia), sin perjudicarle en ese u otros aspectos (no maleficencia) y bajo su estricto consentimiento y elección informada (autonomía).¹ Cuando se trata de asignar intervenciones médicas escasas, la pregunta sobre su asignación trasciende la relación médico-paciente. La distribución de este bien tiene consecuencias públicas y, por lo tanto, la decisión se impone sobre el derrotero de buscar el mayor impacto público positivo. Así, el cuarto principio bioético tradicional, el de la justicia, toma especial relevancia.

La justicia social suele conceptualizarse en estas discusiones de manera utilitarista a partir de la máxima de “más bienestar para más personas”. Esto suele entenderse como “salvar la mayor cantidad de vidas”, a lo que suele añadirse criterios de pronóstico que permitan “salvar la mayor cantidad de años de vida”. En este contexto, suele pensarse que la mejor inversión del recurso escaso es aquella que no sólo

salva una vida, sino que aquella vida salvada sea la que más años de vida tenga por delante. A pesar de que este es el criterio dominante, hay una discusión amplia acerca de los principios y criterios que deberían usarse en estos casos.²

Criterios para la asignación de recursos escasos

En la práctica médica es usual que se enfrente la necesidad de elegir a quién asignar un recurso escaso: trasplantes de órganos, camas en unidades de cuidados intensivos, vacunas, etc. Estas situaciones se han soslayado con base a diferentes principios que van más allá del utilitarista escuetamente mencionado. En la tabla I se encuentra una caracterización de diferentes principios para la distribución de bienes escasos y la manera en la que se han implementado a partir de distintos criterios.

Unos y otros de los principios mostrados en la tabla I se usan para guiar la asignación de recursos escasos de diversa índole. En ocasiones, se implementan sólo uno de los principios. Por ejemplo, la asignación de camas en servicios de emergencia suele darse en orden de llegada en situaciones normales. Sin embargo, hay casos que exigen que se involucren varios de estos principios. Tal es el caso del sistema UNOS [United Network for Organ Sharing] de puntaje para la asignación de donaciones de órganos.³

Este sistema involucra la aplicación de tres principios. Primero, considera al más enfermo primero, según su condición médica actual. Segundo, quien llega primero se atiende primero, de acuerdo al tiempo de espera en las listas de necesidad de órgano. Tercero, pronóstico de acuerdo a la compatibilidad entre tipo de sangre, antígenos y anticuerpos.

El sistema hace uso de uno u otro criterio de manera diferencial para diferentes tipos de casos. Mientras que para la asignación de donación de riñón y páncreas se tiene más en cuenta el tiempo de espera, en la asignación de donación de corazón se le da mucho más peso al criterio de privilegiar al más enfermo.

Riesgos bioéticos

Desafortunadamente, que se siga alguno de estos principios, no quiere decir que se esté exento del riesgo de discriminar injustamente.

Al analizar las causas de que la población afrodescendiente de los Estados Unidos tenga una mayor mortalidad por COVID-19, Hanna McLane concluyó que la razón es el sesgo que el criterio utilitarista puede generar para favorecer a poblaciones ya privilegiadas -que por sus condiciones socioeconómicas han tenido un mejor estado de salud previo, presentan menos comorbilidades y, por tanto, tienen mayor cantidad de años de vida por vivir. Así, desde esta perspectiva, la inversión de los recursos en ellos es “lo más racional”.⁴ Este resultado puede parecer indeseable y preferirse otro criterio.

McLane recuerda el principio de la diferencia, referido por el filósofo John Rawls.⁵ Este principio dicta que los tratos diferenciales sólo son permisibles si ellos redundan en beneficiar a aquellos miembros de la sociedad menos aventajados. De ese modo, en contextos de profundas diferencias socioeconómicas, un resultado justo del proceso debería ser el de invertir los recursos escasos en estas poblaciones, incluso si ello significa que no se estén salvando más años de vida.

En sus lineamientos éticos para el manejo de epidemias infecciosas, la Organización Mundial de la Salud incluye la siguiente consideración: “En algunos casos, una distribución igual de beneficios y pesos puede ser considerada justa, pero en otros, puede ser

Tabla I. Criterios para la asignación de recursos escasos

Tratar a las personas por igual	
Todo paciente debe ser tratado por igual.	Un criterio muy popular: el primero que llegue es el primero que recibe el tratamiento . No evalúa ninguna característica de la persona, evita sesgos. Sin embargo, en el contexto de la pandemia discrimina injustamente a los pacientes de áreas urbanas que tienen acceso fácil a los centros hospitalarios.
	Otro método es el de lotería o el uso de un lanzamiento de moneda (un resultado generado aleatoriamente). No discrimina al paciente por ninguna de sus características y es un sistema que difícilmente puede corromperse. Se usa en asuntos militares o de asignación de cupos escolares.
Prioritarianismo	
Debe tener prioridad quien esté en una situación peor	Puede considerarse que quienes están en una situación peor son los más enfermos . Este principio puede presuponer que los menos enfermos tendrán más tiempo para curarse, lo cual no se garantiza en el contexto de emergencia por pandemia. Su aplicación estricta podría resultar en que muchos recursos van a ser invertidos en pacientes con pocas probabilidades de sobrevivir.
	Las personas más jóvenes están en una situación peor que las personas mayores: en caso de morir lo harían sin haber gozado de años de vida completa. La aplicación estricta de este criterio llevaría a preferir asignar un recurso escaso a un bebé de 2 meses que a un joven de 20 años, suele matizarse al considerarse un resultado indeseable.
Utilitarismo	
La inversión del recurso debe ser guiada por la mayor utilidad.	La mayor utilidad que puede generar el recurso médico suele ser calculada a partir de la cantidad de vidas salvadas . Evita cualquier consideración sobre las cualidades de las personas.
	Deben salvarse la mayor cantidad de años de vida . Esta manera de hacer más sofisticado el principio incluye la prognosis que permita diferenciar más finamente para la toma de decisión cuantos años de vida se salvará en cada caso. Aquella asignación que salve más años de vida será la que presente más beneficio.
Reciprocidad	
La inversión del recurso es una oportunidad para retribuir por un bien que el paciente ha dado o dará a la sociedad.	A pesar de que toda vida tenga el mismo valor intrínseco como persona, en ciertas situaciones algunas personas tendrán un valor instrumental mayor para la sociedad. Esto permite a la vez orientar los recursos para enfrentar la situación futura. Aquí puede entrar el personal de salud o aquellos quienes se comprometan a tener estilos de vida que les haga consumir menos recursos del sistema.
	El recurso podría ser asignado en forma de retribución a quienes ya hayan ofrecido algo a la sociedad: quienes han donado órganos, han participado en experimentación de vacunas, veteranos de guerra, etc.

Para una discusión amplia acerca de estos principios, los criterios y su implementación a diversas necesidades, véase la referencia 2.

más justo dar preferencia a los grupos que están en peor situación, tales como los pobres, enfermos o vulnerables”.⁶

En su presentación sobre el dilema ético de esta situación, Carlos Romero sostiene: “Por supuesto, a muchos les parecerá horrible dejar sin respirador artificial a una persona solamente porque tiene más dinero que otra y por ello, ha tenido mejores servicios de salud. Pero a muchos también nos parece horrible dejar sin respirador artificial a una persona solamente porque, como ha tenido menos dinero, tiene más problemas de salud”.⁷

En este contexto, Hannah McLean refiere: “En otras palabras, a veces podríamos elegir dar más recursos para salvar a las personas más enfermas a expensas de salvar a un mayor número de personas más saludables. Podemos aspirar a salvar la mayoría de las vidas, pero este no tiene que ser nuestro único principio rector. Y esta puede ser una opción éticamente “correcta”. Incluso durante una emergencia, hay espacio para considerar las desigualdades pasadas que han provocado las condiciones actuales”.⁴

El dilema se da porque vislumbramos dos criterios para dar significado a qué es lo justo en este caso: una visión utilitarista o una visión que proviene del principio de diferencia. A pesar de que las características de la situación no permitan que todas las partes queden satisfechas, el sustento ético de cualquier elección debe ser suficientemente robusto.

En todo caso, el reflejo de lo sucedido en los Estados Unidos con las poblaciones afroamericanas y latinas reclama que los principios de justicia social no se olviden, incluso en estos momentos en los que son tan importantes las medidas que implementación de acciones que mejoren el control epidémico.

Las poblaciones vulnerables pueden verse afectadas por el énfasis utilitarista con el que suelen enfocarse la solución a este tipo de problema. Se debe prestar especial atención a consumidores de drogas inyectables, adultos mayores, personas con discapacidad, población LGBTTTI, integrantes de poblaciones en situación de calle, migrantes, personas en pobreza, personas privadas de su libertad, pacientes de enfermedades psiquiátricas, pacientes que viven con el VIH, adultos mayores, e incluso, las niñas y niños pequeños.

Existe el riesgo de que habida cuenta de las estructuras sociales que dan lugar al estigma, pero también de los sesgos implícitos que afectan la toma de decisiones, estas poblaciones sean evaluadas erróneamente, de manera que se dé una subvaloración de sus vidas y, por lo tanto, un sesgo en su contra. Los cálculos de utilidad alrededor de la asignación de una intervención escasa deben ser muy cuidadosos en este aspecto.

La reflexión acerca de las influencias sociales, pero también psicológicas, en las preferencias respecto a cómo distribuir recursos, podría evitar -en alguna medida- los sesgos indeseables que pueden ocurrir incluso tras la implementación de principios éticos. Tal revisión es importante, pues ella misma está motivada por aquello que hizo que se plantearan esos principios en primer lugar: la búsqueda de soluciones justas.

Referencias

1. Childress T, Beauchamp J. Principles of Medical Bioethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
2. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet*. 2009;373:423-31. Disponible en: <https://buff.ly/2Y6jSXm>
3. United Network for Organ Sharing. Policies. Disponible en: <https://unos.org/policy/> [Consultado abril 20 de 2020].
4. McLean H. A disturbing medical consensus is growing. Here's what it could mean for Black patients with coronavirus. Disponible en: <https://why.org/articles/a-disturbing-medical-consensus-is-growing-heres-what-it-could-mean-for-black-patients-with-coronavirus/> [Consultado el 20 de abril de 2020].
5. Rawls J. *A theory of Justice*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1971.
6. World Health Organization, Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580> [Consultado el 3 de junio de 2020].
7. Romero C. La ética de la asignación de recursos hospitalarios [1]. Weblog. Disponible en: <https://buff.ly/2UMHzlH> [Consultado el 20 de abril de 2020].