

Por publicar en: **Bioética Complutense nº 39. Junio 2020.**

**Dra. Diana Aurenque<sup>1</sup>**

*Universidad de Santiago de Chile*

diana.aurenque@usach.cl

**Dra. Marcela Espinosa**

*Universidad Andrés Bello*

**Dr. Juan Alberto Lecaros**

*Universidad del Desarrollo*

**Dr. Daniel Loewe**

*Universidad Adolfo Ibáñez*

**Dr. Raúl Villarroel**

*Universidad de Chile*

## **Orientaciones ético-médicas para la atención de pacientes críticos en contexto de pandemia por COVID-19**

### **Introducción**

La actual situación de pandemia producto del coronavirus SARS-CoV2, que provoca un trastorno sistémico denominado COVID-19, nos pone ante una serie de desafíos que atañen, especialmente, al sistema de salud. De acuerdo con lo que hasta ahora se conoce de la enfermedad, aproximadamente el 80% de los casos COVID-19 manifiestan un cuadro respiratorio leve, mientras que se estima que un 20% desarrolla una neumonía que requiere hospitalización y entre un 5% y el 16% necesita ser atendidos en una unidad de cuidados intensivos (UCI).<sup>2</sup> Adicionalmente, la letalidad de COVID-19 varía entre un 1% y un 8%.<sup>3</sup> Lo preocupante de esta variabilidad radica en que ella se produciría “principalmente por la sobrecarga del sistema sanitario que dificulta la atención de los casos graves”.<sup>4</sup> Ello se explica, además, considerando que los sistemas de urgencia no solo tratan a pacientes críticos COVID-19, sino también a pacientes críticos por otras causas.

---

<sup>1</sup> Corresponding author.

<sup>2</sup> Sociedades de Enfermedades Respiratorias, Epidemiología, Infectología y Medicina Intensiva Chile: [https://www.medicina-intensiva.cl/site/docs/sociedades\\_covid19.pdf](https://www.medicina-intensiva.cl/site/docs/sociedades_covid19.pdf)

<sup>3</sup> Recomendación de la Asociación Alemana Interdisciplinaria Para Medicina Intensiva y De Emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)*, realizada por siete Sociedades Alemanas de Enfermedades Respiratorias, Epidemiología, Infectología y Medicina Intensiva *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie*

<sup>4</sup> Recomendación de la Asociación Alemana Interdisciplinaria Para Medicina Intensiva y De Emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)*, realizada por siete Sociedades Alemanas de Enfermedades Respiratorias, Epidemiología, Infectología y Medicina Intensiva *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie*

Otra variable importante en la letalidad también se explica por la dificultad para conocer el número real de infectados, en cuanto no se están haciendo tests de manera masiva)

En la medida de que los sistemas sanitarios a nivel global son heterogéneos, también serán diversos los desafíos específicos que tendrán que atender en una pandemia. En el caso de sistema sanitario chileno, éste consta de un sector público y privado, tanto en la provisión de seguros como en la prestación de servicios de salud. Para el sector público, que cubre al 78% de la población, existe el seguro Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que el 14,4% se acoge a algún tipo de seguro ofertado por las Instituciones de Salud Previsional privadas (ISAPRE). Un 3%, en tanto, se acoge a los subsistemas de las Fuerzas Armadas, y de Orden y Seguridad<sup>5</sup>. El órgano rector del sistema es el Ministerio de Salud, quien determina las políticas sanitarias y opera en articulación con las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y el Instituto de Salud Pública (ISP). Para el manejo de la pandemia por COVID-19, la autoridad sanitaria ha dispuesto que a contar del 1 de abril el Ministerio de Salud estará a cargo de la gestión de los recursos de que disponen los prestadores privados de salud, conformando una sola red asistencial de prestadores de salud que gestiona las camas críticas, en un esfuerzo conjunto para dar atención oportuna a la mayor cantidad de personas contagiadas por el virus que así lo requieran.<sup>6</sup>

Desde luego, uno de los asuntos urgentes a resolver es aumentar la cantidad de camas críticas y distribuir las a los diversos recintos hospitalarios. Pero, en la medida que los *peaks* de contagio son difíciles de pronosticar porque varían de acuerdo a múltiples variables (cuarentenas rígidas o semirrígidas, capacidad de testeo masivo, aislamiento efectivo de contagiados, etc.), es difícil garantizar que el sistema sanitario nacional podrá ofrecer tratamientos de cuidados intensivos a todos quienes lo necesiten. Así, la falta de recursos sanitarios podría llevar a que los médicos se vean en una difícil situación de distribución de los mismos. En caso de saturación de la atención de urgencia, los médicos tendrán que clasificar – como ya ha ocurrido en países europeos – entre pacientes prioritarios y pacientes que, también con riesgo vital, deberán ser derivados a otro tipo de cuidados, como control del dolor y cuidados paliativos integrales. Existe, sin embargo, evidencia<sup>7</sup> de que dichas decisiones tienen un impacto profundamente estresante para los profesionales de la salud. Dado que son ellos mismos quienes en su diario vivir arriesgan su salud

---

<sup>5</sup> Reporte Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno, Serie de Salud Poblacional N°2. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, 2019.

<sup>6</sup> Resolución Núm. 156 exenta.- Santiago, 1 de abril de 2020. Diario Oficial.

<sup>7</sup> Recomendación de la Asociación Alemana Interdisciplinaria Para Medicina Intensiva y De Emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)*, realizada por siete Sociedades Alemanas de Enfermedades Respiratorias, Epidemiología, Infectología y Medicina Intensiva

*Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie*; Recomendaciones Éticas para la Toma de Decisiones en la Situación Excepcional De Crisis Por Pandemia Covid-19 En Las Unidades De Cuidados Intensivos. (Semicyuc); De la Sociedad Española de medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias: [https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf)

por la protección de otros, deberían ser protegidos no solo con lineamientos rigurosos de seguridad que permitan que realicen su labor con el menor riesgo posible de contagio (recomendaciones de COLMED CHILE)<sup>8</sup>, sino también mediante orientaciones éticas que los apoye en la toma de decisiones en situaciones críticas. Este esfuerzo se alinea con quienes sostienen que en una pandemia el “deber de planificar” se torna una obligación prioritaria.<sup>9</sup>

### **Objetivo de las orientaciones ético-médicas**

En el contexto de una pandemia, la ética en salud pública debe ser conciliada con aspectos de ética clínica.<sup>10</sup> Ello implica que los lineamientos deben respetar no solo principios ético-médicos que centran su esfuerzo en el paciente particular, sino, especialmente, en los principios de una ética de salud pública, fundada en el principio de justicia y que está centrada en la ciudadanía y los derechos humanos<sup>11</sup>. Ante una posible saturación sanitaria, los lineamientos deben proporcionar orientaciones éticas para priorizar pacientes y maximizar los beneficios para la mayoría de la población. La priorización se orienta por ello en un marco utilitarista, que busca salvar la mayor cantidad de vidas, de años-vida y con consideración de la etapa vital,<sup>12</sup> sin por ello desatender la dignidad de las personas. En este sentido no se trata de considerar únicamente criterios epidemiológicos, sino también establecer criterios éticos que sean socialmente aceptables.

Actualmente, el mundo médico y bioético internacional ha comenzado a reaccionar y concientizar sobre el desafío ético que implica la actual pandemia. También en nuestro país se han comenzado a elaborar recomendaciones y/o lineamientos éticos para afrontar una posible saturación del sistema sanitario. Por ello, el presente documento solidariza con la tarea impostergable de **ofrecer lineamientos ético-médicos aceptables en contexto de pandemia**, que permita a los profesionales de la salud orientarse en situaciones complejas como la priorización en la atención de pacientes con riesgo vital. Con ello, la responsabilidad de sus decisiones se ve apoyada por orientaciones que han sido a su vez consensuadas y respaldadas por una comunidad de expertos

---

<sup>8</sup> Recomendaciones del Colegio médico de Chile: <http://www.colegiomedico.cl/recomendaciones-para-el-uso-de-epp/>

<sup>9</sup> Hastings Center, 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>

Recomendaciones Éticas para la Toma de Decisiones en la Situación Excepcional De Crisis Por Pandemia Covid-19 En Las Unidades De Cuidados Intensivos. (Semicyuc); De la Sociedad Española de medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias: [https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf)

<sup>10</sup> Royal College of Physicians (RCP), Ethical dimensions of COVID-19 for frontline staff 2 April 2020.

<sup>11</sup> UNESCO statement on covid-19: ethical considerations from a global perspective: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>

<sup>12</sup> White, D. B., Katz, M. H., Luce, J. M., & Lo, B. (2009). Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Annals of internal medicine*, 150(2), 132–138. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011>

que, a su vez, toma como fundamento las experiencias comparadas de diversas recomendaciones internacionales.

### **El dilema ético del *triage***

En contexto de pandemia, las salas de urgencia y las unidades de cuidados intensivos de los centros hospitalarios deberán más frecuentemente aplicar las llamadas estrategias de *triage*. Una estrategia del *triage* es necesaria cuando se constata que los recursos médicos disponibles son insuficientes para ofrecer tratamiento a todos los pacientes que se encuentren en riesgo vital, y los médicos deben clasificarlos y ordenarlos en diversas categorías de importancia. Existen dos escenarios posibles de priorización, donde los médicos se ven en la obligación de decidir y determinar qué pacientes con riesgo vital deben recibir y/o dejar de recibir tratamiento prioritario: a) priorizar entre varios pacientes con riesgo vital que deben recibir atención y donde los recursos médicos son limitados (*triage* ex - ante) y b) determinar, cuando todos los equipos estén ya siendo usados por pacientes, en qué casos se debe cesar el tratamiento (*triage* ex - post).<sup>13</sup> En ambos escenarios se trata de problemas éticos extremadamente complejos, pero en gran medida equivalentes: pues, mientras que en el caso ex – ante, solo un paciente es priorizado y se inician cuidados intensivos (dejando otros fuera); en el otro caso, debe decidirse interrumpir tratamientos iniciados. Desde luego, en contextos de *triage*, la forma en que se decida priorizar beneficiará a algunos, pero también perjudicará a otros.

### **Principios éticos generales**

Las decisiones de *triage* responden no solo a deberes ético-médicos particulares de la profesión, sino que deben estar en concordancia con otros derechos sociales y políticos más amplios. Si bien es necesario establecer criterios para priorizar entre pacientes, dicha evaluación jamás debe poner en cuestión el igual valor de la vida de todas las personas. Por ello, la estrategia de *triage* que se decida, debe garantizar, en primera instancia, respetar el principio **bioético de justicia** y de ser **respetadas en su dignidad**<sup>14</sup>. Mientras que el primero se refiere a garantizar que toda persona no será discriminada por razones injustificadas y tendrá un acceso acorde con sus necesidades específicas en salud, el segundo se manifiesta concretamente como respeto a su autonomía, el respeto de sus decisiones conforme a sus creencias, valores y preferencias. Se trata de garantizar que toda persona, independiente de su edad, condición económica, nacionalidad, género, etnia o edad, recibirá un trato igualitario y será respetado en sus decisiones clínicas. Precisamente en el contexto chileno, compuesto por una población multicultural y diversa, se debe respetar la autodeterminación de las personas en relación con sus determinaciones médicas, siempre y

---

<sup>13</sup> Deutscher Ethikrat, Consejo de Ética Alemán: <https://www.ethikrat.org/pressekonferenzen/der-deutsche-ethikrat-zur-corona-krise/>

<sup>14</sup> Contribution du comité consultatif national d'éthique: enjeux éthiques face à une pandémie: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/la-contribution-du-ccne-la-lutte-contre-covid-19-enjeux-ethiques-face-une-pandemie>

cuando estas no pongan en riesgo la salud pública. Ahora bien, pese a que se respeten dichos principios básicos, en casos de catástrofe como lo es una pandemia, ninguna decisión será la óptima. El escenario de una pandemia no es mera carencia de recursos médicos, sino catástrofe en múltiples niveles, y por ello no permite aspirar a soluciones éticas maximalistas. Con todo, es razonable lograr conciliar recomendaciones **ético-médicas aceptables**, sensibles ante la urgencia de maximizar la salud de la población, mediante **procedimientos conocidos y aplicados consecuentemente por el equipo médico y que sean de conocimiento público**.

La categorización de los pacientes mediante una estrategia de *triage* determinada debería permitir **maximizar beneficios** mediante la optimización de la distribución de los escasos recursos médicos. Distribuir dichos recursos de la mejor manera posible significa que la mayor cantidad de pacientes que lo necesiten saquen provecho clínico de ellos. En la mayoría de las recomendaciones éticas internacionales de las que se dispone para estrategias de *triage*, se reconoce frecuentemente el mandato ético utilitarista implícito de **salvar la mayor cantidad de vidas y maximizar los años-vida**. Ahora bien, dado que para “salvar vidas” no existe un algoritmo médico en tanto cada paciente es un caso individual con una patografía igualmente singular, el equipo médico, además de recurrir a criterios ético-médicos del *triage*, debe aplicar siempre su buen juicio. Por ello, se trata no solo de salvar vidas, sino también garantizar que la mayor cantidad de personas que accederán a los recursos médicos, podrán tener un beneficio del tratamiento.

### **Criterios ético-médicos específicos**

Si bien existe una pluralidad de criterios en una también amplia multiplicidad de recomendaciones internacionales, la presente propuesta si bien evita el detalle evaluativo clínico profundizando en aspectos propios de la reflexión ética, se mantiene en un marco de *minima moralia* que logre el mayor consenso posible entre los médicos y que constituya una herramienta que les sea útil. Siguiendo recomendaciones internacionales, destacan los siguientes **criterios ético-médicos específicos** que deberían ser considerados a la hora de la evaluación *in situ* de la admisibilidad de pacientes críticos a cuidados intensivos:

- **Autonomía del paciente:** Un criterio fundamental, aceptado ampliamente en la ética médica y enfatizado transversalmente en diversas recomendaciones internacionales, consiste en respetar la autonomía del paciente. Ello significa aclarar, si el paciente ha dejado por escrito o expresado de otra forma, si deseaba ser reanimado y/o conectado a soportes vitales y/o bajo qué circunstancias. En caso de que el paciente no pueda expresarse en este aspecto ni disponga de documento de Voluntades Anticipadas (o testamentos vitales) se precisa entonces de la información de terceros, como sus familiares, pero únicamente en virtud de aclarar la voluntad expresa del paciente. En ningún caso la voluntad del paciente debe ser supeditada a cualquier consideración de paternalismo médico o familiar.

- **Beneficio clínico a corto plazo:** En los casos de *triage* ex – ante, un primer criterio médico fundamental para evaluar si un paciente debe ingresar a la UCI es el pronóstico de beneficio clínico a corto plazo.<sup>15</sup> Aquí se trata de detectar al paciente que sacará el mayor provecho de la intervención en el más corto tiempo. Los pacientes que tengan probabilidad de sacar el mayor beneficio en el más corto plazo (días-camas) por recibir cuidados intensivos deberían ser priorizados. Siguiendo una buena praxis clínica, se debe adecuar el esfuerzo terapéutico (no iniciar o retirar medidas de soporte vital en escenario de *triage* ex - post) cuando la intervención sea desproporcionada y fútil. Para esta evaluación, deben utilizarse criterios clínicos objetivos como *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) u otro método similar y reconocido. Dado que la mayoría de los pacientes críticos por COVID-19 probablemente serán adultos mayores, es esperable que dichos pacientes requerirán más esfuerzo médico por presentar, por lo general, más enfermedades crónicas.
- **Evaluación constante:** Particularmente en los casos de *triage* ex – post, es decir, en contextos donde pacientes se encuentran utilizando soportes vitales escasos y/o que se requieren con urgencia para otros pacientes críticos, el equipo médico debe evaluar constantemente la mejora terapéutica y/o condición de los pacientes. En casos donde no se logre estabilizar al paciente o donde su estabilidad es de suma fragilidad y con una nula perspectiva de rehabilitación, no existe indicación médica para mantener los soportes vitales.<sup>16</sup>
- **No abandono del paciente:** En caso de que un paciente no sea priorizado en la atención crítica, no significa que sea abandonado. El paciente debe recibir una adecuada atención para el control sintomático del dolor si lo amerita y/o recibir cuidados médicos paliativos integrales de calidad y de acuerdo con sus necesidades. Este principio se promueve explícitamente por las recomendaciones del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) para los Comités de Ética Asistencial.
- **Control múltiple interdisciplinario:**<sup>17</sup> Este criterio implica que las decisiones que se tomen con relación a la admisión o rechazo de pacientes a cuidados críticos deberá ser

---

<sup>15</sup> Recomendación de la Asociación alemana interdisciplinaria para medicina intensiva y de emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie; Recomendaciones de la Sociedad Suiza de Medicina Intensiva* <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>

<sup>16</sup> Academia para Ética en Medicina; *Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Stand: 31.03.2020) Possibilities and limits of institutional ethics services in response to the COVID-19 pandemic (english version)*

<sup>17</sup> Recomendación de la Asociación alemana interdisciplinaria para medicina intensiva y de emergencia; *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie*

respaldada por al menos dos profesionales de la salud con experiencia en UCI. Uno de ellos no debe ser parte del equipo médico para favorecer la objetividad, descargar del distrés moral de la decisión a los miembros del equipo, y para garantizar la transparencia. En vistas de aminorar el tiempo en la toma de decisiones, se recomienda que solo en casos de discrepancias entre los médicos se acuda al Comité Ético Asistencial de su centro clínico. Estos a su vez, deben orientarse de acuerdo con las recomendaciones éticas de la Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud (CEAM).

### **Anticiparse a casos de mayor complejidad**

La actual pandemia nos pone en escenarios donde no es completamente previsible el universo de casos posibles que puedan requerir de priorización. Por ello, estas recomendaciones en ningún caso son exhaustivas y no pueden adelantarse a todos los conflictos que puedan surgir en la distribución de recursos. Sin embargo, algunos dilemas éticos son previsibles y necesitan de orientaciones concretas. Ambos casos desafían a la ética, pero nos exigen buscar principios que permitan mantener el objetivo de maximizar los beneficios médicos para la mayor cantidad de personas y distribuirlos equitativamente a la mayor cantidad de personas que lo necesiten.

- A) La priorización entre dos o más pacientes que al ser evaluados bajo los mencionados criterios, califican de igual o similar evaluación clínica respecto de su beneficio terapéutico, pero no todos pueden ser atendidos.
- B) Necesidad de criterios adicionales ante una saturación desproporcionada y en aumento del sistema sanitario.

En ambos escenarios hay dos principios más controvertidos que adicionalmente deberían ser aplicados:

- **Expectativa de vida:** Como criterio adicional para priorizar pacientes, varias recomendaciones (Italia<sup>18</sup>, Austria<sup>19</sup> y Suiza<sup>20</sup>) han incorporado la cantidad de años de vida. En casos de saturación del sistema se recomienda ponderar el criterio de

---

<sup>18</sup> Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI - Covid19 - Raccomandazioni di etica clinica: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

<sup>19</sup> Sociedad Austríaca para Anestesiología, Reanimación y Medicina Intensiva; *Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)*  
Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen: [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/covid-19\\_ressourcenallokation\\_gari-statement\\_v1.7\\_final\\_2020-03-17.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf)

<sup>20</sup> Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)  
Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit

la mayor cantidad de vidas salvadas (implícito en el beneficio a menor corto plazo) junto con el criterio de mayor cantidad de años vida a la vez. Así, una persona puede tener un buen pronóstico de beneficio clínico de corto plazo, pero no tan buen pronóstico de supervivencia después del alta por lo que no sería priorizado. Por el contrario, una persona puede tener, en comparación con la anterior, menor pronóstico de beneficio clínico a corto plazo, pero mayor pronóstico de vida después del alta y por ello, ser priorizado.

- **“First come, first served”**: según esto, y agotados ya los demás criterios de asignación, quien llega antes a la sala de urgencia tendría prioridad de ser atendido. Este principio aparece en recomendaciones de Inglaterra<sup>21</sup> y Austria.<sup>22</sup> Ciertamente este criterio tiene la desventaja, de que las personas que están o viven más cerca de los centros de urgencia tendrán atención con prioridad.<sup>23</sup>

## Comentarios Finales

Los criterios y las reflexiones presentadas en este texto, como se dijo, no pretenden ser exhaustivas, ni en relación con los criterios posibles que deben ser considerados como aceptables en contexto de una pandemia, ni tampoco en el contexto de lo éticamente deseable. La situación de *triage* refiere a una situación trágica, donde el mejor de los mundos, la mejor de las opciones (salvar a todos o tratarlos a todos) no es posible. Por ello, estas orientaciones pretenden generar un marco ético referencial aceptable, consistente y razonable que apoye la difícil labor que tendrán los profesionales de la salud en las salas de urgencia.

Adicionalmente a mantenernos en un enfoque de *minima moralia*, estos lineamientos buscan contribuir a enriquecer el debate público nacional, complementando la reflexión que las organizaciones civiles nacionales (como la Mesa Social COVID-19) y la autoridad sanitaria (comisión asesora del MINSAL) han realizado. En situaciones de complejidad extrema, como se vive en la actual pandemia, las dificultades que conllevan consensuar puntos de vistas respecto de decisiones éticamente aceptables ante una priorización de pacientes, debe ser parte de un debate

---

<sup>21</sup> British medical Association: COVID-19 – ethical issues. A guidance note:  
<https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>

<sup>22</sup> Sociedad Austríaca para Anestesiología, Reanimación y Medicina Intensiva; *Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)*  
Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen: [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/covid-19\\_ressourcenallokation\\_gari-statement\\_v1.7\\_final\\_2020-03-17.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf)

<sup>23</sup> Ezekiel J. Emanuel et al. “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in Time of Covid-19”: En: [https://www.aem-online.de/fileadmin/user\\_upload/NEJM\\_Fair\\_Allocation\\_of\\_Scarce\\_Medical\\_Resources\\_in\\_the\\_Time\\_of\\_Covid-19.pdf](https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/NEJM_Fair_Allocation_of_Scarce_Medical_Resources_in_the_Time_of_Covid-19.pdf)



público amplio. Pues solo mediante un diálogo transparente con la comunidad es posible mantener confianzas y establecer procedimientos que la resguarden.

Finalmente, y como fue expuesto, la presente propuesta es un esfuerzo colectivo por recoger la experiencia comparada de diversas recomendaciones internacionales con el objeto de adaptarlas, de ser pertinentes, a la realidad nacional. Por ello, este documento no pretende llevar a cabo un análisis comparado detallado de recomendaciones éticas internacionales, sino que se trata más bien de considerarlas en la medida de que constituyen, en muchos de los aspectos antes señalados, un aporte al debate y la reflexión ética nacional.