

Recomanacions per a la presa de decisions ètiques sobre l'accés de pacients a unitats de cures intensives en situacions de pandèmia

Recomendaciones para la toma
de decisiones éticas sobre el acceso
de pacientes a unidades de cuidados
intensivos en situaciones de pandemia

Recommendations for making ethical
decisions about patient access
to intensive care units
in pandemic situations

Lluís Cabré, María Casado *et al.*



Recomanacions per a la presa de decisions ètiques sobre l'accés de pacients a unitats de cures intensives en situacions de pandèmia

Recomendaciones para la toma
de decisiones éticas sobre el acceso
de pacientes a unidades de cuidados
intensivos en situaciones de pandemia

Recommendations for making ethical
decisions about patient access
to intensive care units
in pandemic situations

Lluís Cabré, María Casado *et al.*

Barcelona, maig de 2020



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Edicions



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

© Edicions de la Universitat de Barcelona

Adolf Florensa, s/n

08028 Barcelona

Tel.: 934 035 430

Fax: 934 035 531

www.publicacions.ub.edu

comercial.edicions@ub.edu



© Lluís Cabré i María Casado

ISBN

978-84-9168-440-4

La Col·lecció de Bioètica ha obtingut el Segell de Qualitat en Edició Acadèmica, una distinció que atorguen l'Agència Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) i la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT).

Aquest document està subjecte a la llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada de Creative Commons, el text de la qual està disponible a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



SUMARI

Recomanacions per a la presa de decisions ètiques sobre l'accés de pacients a unitats de cures intensives en situacions de pandèmia	
Justificació d'aquest document	9
Consideracions bioètiques	11
Informes de referència	13
Recomanacions de consens	14
Annexos	17
 Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados intensivos en situaciones de pandemia	
Justificación de este documento	21
Consideraciones bioéticas	23
Informes de referencia	25
Recomendaciones de consenso	26
Anexos	29
 Recommendations for making ethical decisions about patient access to intensive care units in pandemic situations	
Justification for this document	33
Bioethical considerations	35
Landmark reports	37
Consensus recommendations	38
Appendices	41
 Membres del Grup d'Opinió que han elaborat aquest document	43

**RECOMANACIONS PER A LA PRESA
DE DECISIONS ÈTIQUES
SOBRE L'ACCÉS DE PACIENTS
A UNITATS DE CURES INTENSIVES
EN SITUACIONS DE PANDÈMIA**

JUSTIFICACIÓ D'AQUEST DOCUMENT

El 31 de desembre de 2019 les autoritats de la República Popular de la Xina van comunicar a l'Organització Mundial de la Salut diversos casos de pneumònia d'etiologia desconeguda a Wuhan, una ciutat situada a la província xinesa de Hubei. Una setmana més tard, es va confirmar que es tractava d'un nou coronavirus que ha estat denominat SARS-CoV-2. Aquest virus causa diverses manifestacions clíniques que s'engloben sota el terme COVID-19 i inclouen quadres respiratoris que varien des de tos, malestar general i febre, fins a quadres de pneumònia greu amb destret respiratori agut, xoc sèptic i fallida multiorgànica. La majoria dels casos de la COVID-19 notificats fins ara cursen amb quadres lleus. No obstant això, tant el pronòstic de la malaltia com el coneixement actual, basat en les dades publicades més recentment i en els pacients ja tractats, indiquen que un percentatge significatiu de pacients patiran insuficiència respiratòria aguda, pneumònia intersticial i hipoxèmia greu, necessitaran ventilació mecànica prolongada i presentaran una mortalitat elevada.

L'expansió del virus a pràcticament tot el planeta, la seva capacitat de difusió i d'infectivitat, l'elevat nombre d'afectats en creixement exponencial, una mortalitat que s'incrementa amb l'edat i la comorbiditat dels afectats, així com el seu impacte en la vida de les persones i en el sistema d'assistència sanitària, han provocat una emergència sanitària mundial de proporcions enormes. Aquesta emergència s'ha traduït en la necessitat de confinar els ciutadans en els seus domicilis, fet que ha tingut un greu impacte en l'economia i, sobretot, en la necessitat d'adquirir o fabricar utensilis sanitaris de manera urgent a causa de la insuficiència de les existències emmagatzemades. Actualment, manquen equips de protecció individual suficients (màscares, guants), però, especialment, llits hospitalaris i llits a les unitats de vigilància intensiva, personal sanitari i els respiradors necessaris per atendre la població més afectada per la pandèmia. A més, com a efecte col·lateral, s'està perjudicant el tractament de la resta de patologies que lògicament continuen afectant la població. Així mateix, l'escassetat de recursos està minvant el nombre de metges i personal d'infermeria a causa dels contagis, la qual cosa accentua les mancances i aconsella augmentar no solament els pressupostos sinó el nombre de metges i d'infermeres, especialment intensivistes, la formació polivalent dels quals fa que siguin útils en múltiples àrees i situacions, siguin o no de pandèmia.

D'altra banda, aquesta emergència té un gran impacte en el conjunt de la societat ja que, temporalment, proscriu la vida social, paralitza moltes ac-

tivitats laborals i impedeix els ritus funeraris. En resum, limita drets fonamentals, posa l'accent en la protecció del bé comú –en aquest cas, la salut de les persones– i, en aquesta situació, prioritza el principi bioètic de justícia.

Davant les condicions actuals d'emergència sanitària, aquest document té l'objectiu d'orientar l'actuació dels professionals i facilitar la presa de decisions de manera homogènia en l'àmbit de l'atenció a pacients en situació crítica.

Les indicacions del present protocol d'actuació s'han d'interpretar de manera individualitzada per a cada pacient i sempre ha de prevaler el judici clínic. Aquestes recomanacions poden variar segons l'evolució del coneixement sobre la malaltia i la situació epidemiològica.

CONSIDERACIONS BIOÈTIQUES

En condicions normals, els professionals sanitaris treballen amb persones de manera individualitzada i per aquest motiu el seu deure és procurar beneficis a les persones respectant-ne en tot moment les preferències i els valors. No obstant això, en una situació excepcional d'emergència com l'actual, les necessitats de la salut pública poden justificar una limitació dels drets i les preferències dels individus. Aquesta limitació també pot afectar l'atenció sanitària. Així, una emergència de salut pública pot obligar a canviar la pràctica dels professionals, és a dir, a modificar els estàndards d'atenció, de tal manera que el professional hagi de prioritzar el seu deure envers la comunitat per damunt del deure de respecte envers els individus. Tanmateix, sempre està obligat a buscar alternatives de tractament, a no abandonar les persones individuals, a alleujar el seu sofriment i a procurar-los la millor atenció disponible segons els protocols dissenyats per a una situació d'emergència. Evidentment, aquest canvi d'una atenció centrada en l'individu a una atenció guiada per la salut pública genera tensions en el personal sanitari, en les famílies i en la societat. La tensió que produeixen aquests conflictes ètics es manifesta com a patiment moral entre els professionals i com a sentiment de falta de justícia entre la població, que, a més, percep certa pèrdua de respecte pels valors socialment vigents.

En aquest context es generen les obligacions següents:

- *Organitzar la resposta a la crisi mitjançant un pla de contingència* que contempli els diferents aspectes de l'atenció als pacients, adaptada a les necessitats de la salut pública i que salvaguardi la salut i la seguretat de pacients, empleats i estudiants.
- *Prendre mesures de manera equitativa i per raons de salut pública* i mai sobre la base d'altres criteris com ara la classe social, l'ètnia o qualsevol altre tipus de consideració. En particular, les restriccions que calgui no s'han d'aplicar de manera que castigui amb més força poblacions vulnerables, com ara els presos, els treballadors manuals o les minories ètniques.
- *Preservar en tot moment la confidencialitat i la intimitat* de les persones afectades, obligació que competeix no tan sols als sanitaris, sinó també a qualsevol altre professional.
- *Prendre les decisions de manera col·legiada*, de manera que es puguin expressar els diferents punts de vista i s'evitin els biaixos lligats a interpretacions i valoracions individuals de situacions problemàtiques.

- *Preveure els dilemes ètics* a què s'enfronten els professionals sanitaris, optar per una solució concreta per a cada dilema i planificar els mitjans necessaris per posar-la en pràctica: elecció dels recursos (UCI enfront d'una unitat d'hospitalització convencional), ús de tractaments vitals (reanimació cardiopulmonar, ventilació assistida), retirada de tractaments o derivació a unitats de tractament pal·liatiu centrades en el confort (quan no existeixin o no estiguin disponibles altres tractaments). També cal establir criteris d'actuació en cas de falta de personal, d'espai o de subministraments.
- *Informar els pacients i familiars de les mesures que s'hagin pres.* Les decisions han d'estar argumentades i consensuades en la mesura que sigui possible, i s'han de poder conèixer els criteris utilitzats per l'equip mèdic/sanitari que pren les decisions.

INFORMES DE REFERÈNCIA

Amb la finalitat d'oferir solucions als dilemes ètics generats per la pandèmia de la SARS-CoV-2, diferents organitzacions científiques han elaborat i publicat documents que raonen com s'han de prendre les decisions en aquesta situació excepcional d'emergència de salut pública.

- Ministerio de Sanidad. *Manejo clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos. Documento técnico*. 19 de març de 2020. Aquest document exposa el consens de les diferents societats científiques compromeses amb l'atenció als pacients afectats per la COVID-19 en relació amb l'atenció clínica dels malalts.
- The Hastings Center [EUA]. *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*.
- Nuffield Council. *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic*.
- *The New England Journal of Medicine*. «The Toughest Triage. Allocating Ventilators in a Pandemic».
- Organització Mundial de la Salut. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*.
- Societat Espanyola de Medicina Intensiva, Crítica i Unitats Coronàries (SEMICYUC): *Recomanacions generals relacionades amb les decisions ètiques difícils i l'adequació de la intensitat assistencial / ingrés a les unitats de vigilància intensiva en situacions excepcionals de crisi*.
- Comitè d'Ètica Assistencial (CEA) de l'Hospital Clínic de Barcelona: *Document sobre adequació del tractament de suport vital en el període de pandèmia SARS-CoV-2* (març 2020).

RECOMANACIONS DE CONSENS

L'Observatori de Bioètica i Dret – Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona ha rebut múltiples sol·licituds d'assessorament per part de diverses persones i entitats i ha elaborat la proposta següent, el marc de referència de la qual són els drets humans reconeguts internacionalment i els principis bioètics de respecte a les persones, beneficència, equitat i transparència, així com la normativa existent. Partint, a més, dels documents ja esmentats i, molt especialment, del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic de Barcelona, l'OBD proposa aquestes consideracions i pautes d'actuació:

Qüestions que cal considerar prèviament

1. *Previsió de l'evolució* de la pandèmia en un àmbit local concret.
2. *Valoració dels recursos de què es disposa*, ja que condicionaran les decisions que s'hagin de prendre. L'aplicació dels criteris de triatge ha d'estar precedida de l'esforç per maximitzar la possibilitat de disposar i distribuir recursos de manera equitativa entre la població afectada. És a dir, el triatge es contemplarà en el context de falta de recursos, tant humans com materials, i després que s'hagin esgotat tots els mitjans tant intra com extra-hospitalaris. Això inclou l'adaptació de nous escenaris (habilitació de llits d'UCI en altres espais) i la transferència de pacients entre centres amb més disponibilitat d'un recurs concret.
3. *Valoració del benefici esperat per a cada pacient concret*, en especial de l'esperança i la qualitat de vida, considerant no solament l'edat, sinó també la situació global de salut (comorbiditats que pateix i situació evolutiva concreta d'aquestes comorbiditats).
4. *Valoració de l'evolució clínica* i de la resposta a les mesures instaurades.
5. *Valoració dels desitjos dels pacients i de la seva família*, tot i que poden ser difícils de conèixer en circumstàncies determinades. S'ha de fer la consulta corresponent a fi de saber si existeix un document de voluntats anticipades.
6. *En situació de greu dificultat*, amb desajustaments entre l'oferta i la demanda, caldrà *maximitzar el benefici*. Per aquest motiu, les decisions que es prenguin han de prioritzar els pacients que en puguin obtenir un més gran benefici i el triatge s'ha de realitzar de manera anònima, és a dir, els responsables han de tenir en compte les dades clíniques sense conèixer, però, la identitat del pacient.

En les qüestions 3 i 4 cal basar-se tant com sigui possible en criteris objectius i utilitzar escales de situació funcional, pronòstic i gravetat amb les quals s'estigui familiaritzat: índex d'edat-comorbiditat de Charlson, índex de Barthel, MACA, edat, APACHE III, SOFA i SOFA evolutiu, perquè no tan sols ajuden a prendre decisions sinó que també redueixen estrès als facultatius.

Pautes d'actuació

1. *S'ha de fer una valoració precoç i proactiva* dels pacients que potencialment puguin ser candidats d'ingrés a la UCI, que inclogui la seva situació funcional, cognitiva i de comorbiditat prèvies, a fi d'evitar que calgui prendre decisions en situació d'urgència.
2. *S'ha d'avaluar la comorbiditat del pacient* per determinar si les patologies que presenta estan en fase avançada o terminal. En aquest sentit, es poden usar els criteris per a pacients crònics complexos (PCC) i el model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA). En aquests casos s'han de limitar tant l'ingrés a la UCI com altres mesures de suport dels òrgans.
3. En la fase de la pandèmia en la qual els recursos són escassos (de personal especialitzat, de material o d'espais) i no existeixin alternatives de trasllat a altres institucions, *s'ha d'establir prèviament una prioritització en l'accés i la utilització d'aquests recursos*. Això exigirà establir criteris específics per accedir a aquests recursos i determinar prèviament en quin moment posterior s'ha de prendre la decisió de continuar amb el tractament iniciat o de canviar a un altre de nivell inferior, sense abandonar el pacient i garantint-ne sempre el confort. Quant a l'edat, cal considerar el suport respiratori màxim de formes diferents a la ventilació mecànica amb intubació i oxigenoteràpia d'alt flux als pacients majors de 80 anys amb comorbiditats. Els pacients entre 70 i 80 anys sense comorbiditats destacables, o amb comorbiditat en fase diferent de la referida al punt 2, podrien ser candidats a ventilació mecànica. En cas contrari, cal valorar altres procediments terapèutics amb l'ajuda dels criteris més objectius i contrastats possibles (vegeu els annexos).
4. *S'ha d'avaluar la limitació de tractaments de suport vital* en aquells pacients en els quals s'han instaurat mesures invasives i que evolucionen de manera desfavorable. Això s'ha de fer d'acord amb paràmetres objectius —com el SOFA— de manera diària, tenint en compte el tractament condicional i prioritzant la retirada del tractament sense augmentar les mesures tera-

pèutiques (en aquests moments, la limitació de l'esforç terapèutic [LET] ha de ser ràpida i, una vegada s'hagi pres la decisió, únicament s'han de proporcionar al pacient mesures de confort).

5. *Idealment, aquest tipus de decisions les hauria de prendre un comitè hospitalari de triatge* —format com a mínim per un membre del CEA i un metge intensivista— i, a més, les mesures que calgui prendre s'han d'acordar anticipadament, i no en situacions d'urgència. En el cas que el criteri professional difereixi raonablement de les indicacions esmentades abans, s'ha de prendre una decisió consensuada amb la resta de l'equip assistencial i consultar-ho al CEA.

Quan les condicions epidemiològiques siguin diferents i no existeixi la possibilitat de consultar un CEA, convé establir com a mesura de presa de decisions i paràmetre d'acció el suport en situació terminal.

6. Aquestes recomanacions *s'han de reavaluar de manera dinàmica* en funció de l'evolució de la pandèmia i de la disponibilitat dels recursos.
7. *Cal garantir a tots els pacients l'adequació de les cures al final de la vida* prioritzant el confort i l'alleujament dels símptomes.
8. *S'han d'implementar mesures de suport emocional als professionals* implicats en la presa de decisions i que puguin ajudar a manejar les situacions de crisi.

- Sempre que sigui possible, aquestes decisions extraordinàries que exigeix la pandèmia actual s'han de prendre de manera col·legiada per dos o tres metges, dels quals només un ha d'estar implicat en el tractament del pacient afectat. Aquesta mesura ajudarà els equips implicats en l'atenció directa davant d'actuacions d'enorme dificultat.
- Les decisions de no accés a la unitat de vigilància intensiva han de ser avaluades de manera dinàmica a fi d'adequar els criteris excepcionals a la realitat actual.
- La història clínica del pacient ha de reflectir de manera raonada la presa de decisions.

ANNEXOS

Taula 1. Diferenciació entre la limitació del tractament de suport vital i el triatge

Limitació del tractament de suport vital	Triage (criteris de priorització)
El que és millor (o menys dolent) per a un pacient.	El que és el millor per al major nombre possible de pacients. No s'admet l' <i>atzar</i> d'arribar primer.
No es tenen en compte factors econòmics ni cap element d'eficiència, només el pacient.	Repartiment de recursos escassos: humans i materials. Criteris de cost-oportunitat. Fonamental: equitat entre pacients, centres, serveis, tipus de pacients (amb la COVID-19 i altres patologies).
La presa de decisions la fa l'equip assistencial juntament amb el pacient o els familiars.	Presa de decisions <i>externa</i> a l'equip assistencial: comitè de triatge.*
Habitual en la pràctica clínica.	En situacions excepcionals o en determinades circumstàncies en les quals els recursos són sempre escassos, p. ex. trasplantaments.
Actuació amb protocols establerts pels centres i serveis.	Reavaluació periòdica freqüent segons les circumstàncies externes.
Actuació mèdica basada en la mesura que sigui possible en dades i criteris objectius i contrastats.	
Anticipació a fi d'evitar haver de prendre decisions en situació d'estrès per la urgència.	
El valor moral de no instaurar és el mateix que el de retirar.	
Comunicació. Documentar-ho en la història clínica.	

* Comitè de triatge: comitè hospitalari format com a mínim per un membre del CEA i un intensivista que ha de reunir-se diàriament per analitzar els casos de pacients candidats a passar a un graó assistencial superior.

Elaboració: Teresa Honrubia.

Taula 2. Justificació d'ús de l'edat com a criteri per limitar l'ingrés a la UCI hospitalària durant la crisi del coronavirus*

Menor probabilitat de supervivència.	L'edat té un gran pes en els principals índexs pronòstics, tant a curt com a mitjà termini. En el cas de la COVID-19, la mortalitat es duplica per cada 10 anys de vida, de manera que a partir dels 50 anys la mortalitat s'incrementa un 2%, a partir dels 60 un 4% i així successivament.
Estades més prolongades (amb igual supervivència).	Les estades més prolongades s'associen a un cost d'oportunitat més gran, és a dir, sostenen recursos a altres pacients que també els necessiten.
Menor guany d'anys de vida ajustats per qualitat.	Menor supervivència lliure de discapacitat.
Ja han desenvolupat la major part del seu projecte vital.	

* Els arguments esmentats se sumen als criteris d'ingrés a la UCI o de limitació dels tractaments de suport vital habituals aplicables a pacients amb i sense la COVID-19. En tot cas, s'ha de tenir sempre en compte: (1) la gravetat, (2) la situació basal i funcional i (3) les comorbiditats.

Aquests arguments no tenen en compte, ni en general ni encara menys individualment, la qualitat i el valor de la vida de les persones d'edat avançada.

Aquesta justificació no és només per a ús dels facultatius, sinó que és una síntesi d'arguments que poden ser útils per parlar amb els pacients i els seus familiars.

Elaboració: Teresa Honrubia.

**RECOMENDACIONES PARA LA
TOMA DE DECISIONES ÉTICAS
SOBRE EL ACCESO DE PACIENTES
A UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS EN SITUACIONES
DE PANDEMIA**

JUSTIFICACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades de la República Popular China comunicaron a la Organización Mundial de la Salud varios casos de neumonía de etiología desconocida registrados en Wuhan, una ciudad situada en la provincia china de Hubei. Una semana más tarde confirmaron que se trataba de un nuevo coronavirus, que ha sido denominado SARS-CoV-2. Este virus causa diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19, que incluyen cuadros respiratorios que varían desde tos, malestar general y fiebre hasta cuadros de neumonía grave con distrés respiratorio agudo, *shock* séptico y fallo multiorgánico. La mayoría de los casos de la COVID-19 notificados hasta el momento cursan con cuadros leves. No obstante, tanto el pronóstico de la enfermedad como el conocimiento actual, basado en los datos más recientes publicados y los pacientes ya tratados, indican que un porcentaje significativo de los pacientes desarrollarán insuficiencia respiratoria aguda, neumonía intersticial e hipoxemia grave, que requieren ventilación mecánica prolongada y presentan una mortalidad elevada.

Por un lado, la expansión del virus a prácticamente todo el planeta, su capacidad de difusión y su infectividad, el elevado número de afectados en crecimiento exponencial, una mortalidad que se incrementa en función del aumento de la edad y la comorbilidad de los afectados, así como su impacto sobre la vida de las personas y el sistema de asistencia sanitaria, han provocado una emergencia sanitaria mundial de grandes proporciones. Esta emergencia se ha traducido en la necesidad de confinar a los ciudadanos en sus domicilios, hecho que ha tenido un grave impacto en la economía mundial y, sobre todo, en la necesidad de adquirir o fabricar utensilios sanitarios de forma urgente por la escasez de las existencias almacenadas. Actualmente se carece de suficientes equipos de protección individual (mascarillas, guantes) y, sobre todo, de camas suficientes para todos los enfermos, tanto hospitalarias como de unidades de cuidados intensivos, así como del personal sanitario y los respiradores necesarios para atender a la población más dañada por la pandemia. Además, como efecto colateral, se está perjudicando el tratamiento del resto de las patologías que, lógicamente, continúan afectando a la población. Asimismo, la escasez de recursos está mermando el número de médicos y personal de enfermería por los contagios, lo que acentúa estas carencias y aconseja aumentar no solo los presupuestos, sino también el número de médicos y enfermeras, en especial intensivistas, cuya formación polivalente los hace útiles en múltiples áreas y situaciones, sean o no de pandemia.

Por otro lado, esta emergencia tiene gran impacto en la sociedad ya que, temporalmente, limita la libre circulación y distintos aspectos de la vida social, como las reuniones y los ritos funerarios, y paraliza muchas actividades laborales. En suma, afecta a derechos fundamentales y pone el acento en la protección del bien común –en este caso, la salud de las personas–, lo cual requiere priorizar el principio bioético de justicia.

Ante las condiciones actuales de emergencia sanitaria, esta propuesta tiene el objetivo de orientar la actuación de los profesionales y facilitar una toma de decisiones homogénea en el ámbito de la atención a pacientes en situación crítica.

Las indicaciones del presente protocolo de actuación deben interpretarse de forma individualizada para cada paciente y debe prevalecer el juicio clínico. Estas recomendaciones pueden variar según evolucione nuestro conocimiento acerca de la enfermedad y la situación epidemiológica en España.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

En condiciones normales, los profesionales sanitarios trabajan de forma individualizada con los pacientes; de ahí que su deber sea procurarles beneficios, respetando siempre sus preferencias y valores. Sin embargo, en una situación excepcional de emergencia como la actual, las necesidades de la salud pública pueden justificar una limitación de los derechos y preferencias de los individuos. Esta limitación también puede afectar a la atención sanitaria. Así, una emergencia de salud pública puede obligar a cambiar la práctica de los profesionales, es decir, a modificar los estándares de atención, de tal manera que el profesional tenga que priorizar su deber hacia la comunidad sobre los deberes de respeto al individuo. No obstante, siempre estará obligado a buscar alternativas de tratamiento, a no abandonar al paciente, a aliviar su sufrimiento y a procurarle la mejor atención disponible según los protocolos diseñados para atajar la situación de emergencia. Evidentemente, este cambio de una atención centrada en el individuo a una atención guiada por la salud pública ocasiona tensiones en el personal sanitario, en las familias y en la sociedad. La tensión que producen estos conflictos éticos se manifiesta como sufrimiento moral entre los profesionales y como un sentimiento de falta de justicia entre la población, la cual, además, percibe cierta pérdida de respeto por los valores socialmente vigentes.

En este contexto se generan las siguientes obligaciones:

- *Organizar la respuesta a la crisis mediante un plan de contingencia* que tenga en cuenta los diferentes aspectos de la atención a los pacientes, adaptada a las necesidades de la salud pública, y que salvaguarde la salud y la seguridad de pacientes, empleados y estudiantes.
- *Tomar medidas de forma equitativa y por razones de salud pública*, nunca sobre la base de otros criterios, tales como clase social, etnia u otro tipo de consideraciones. En particular, las restricciones no se aplicarán de modo que castiguen más a poblaciones vulnerables, como presos, trabajadores manuales o minorías étnicas.
- *Preservar la confidencialidad y la intimidad* de todos los afectados en todo momento; esta obligación compete tanto a los sanitarios como a cualquier otro profesional.
- *Tomar las decisiones de manera colegiada*, de forma que puedan expresarse diferentes puntos de vista y se evite toda parcialidad ligada a interpretaciones y valoraciones individuales de las situaciones problemáticas.

- *Prever los dilemas éticos* a que se enfrentan los profesionales sanitarios, optar por una solución para cada uno de ellos y preparar los medios necesarios para ponerla en práctica: elección del acceso a los recursos (UCI frente a unidad de hospitalización convencional), uso de tratamientos vitales (reanimación cardiopulmonar, ventilación asistida), retirada de tratamientos o derivación a unidades de tratamiento paliativo centradas en el confort (cuando no existen o no están disponibles otros tratamientos). También deben establecerse los criterios de actuación en caso de falta de personal, espacio o suministros.
- *Informar a pacientes y familiares sobre las medidas tomadas.* Las decisiones deben estar argumentadas y consensuadas en la medida de lo posible. Deben poder conocerse los criterios utilizados por el equipo médico sanitario que toma las decisiones.

INFORMES DE REFERENCIA

Con el fin de ofrecer soluciones a los dilemas éticos generados por la pandemia del SARS-CoV-2, diferentes organizaciones científicas han elaborado y publicado documentos que razonan cómo se deben tomar decisiones en esta situación excepcional de emergencia de salud pública.

- Ministerio de Sanidad. *Manejo clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos. Documento técnico*. 19 de marzo de 2020. Este documento expone el consenso de las diferentes sociedades científicas comprometidas con la atención a los pacientes afectados por la COVID-19 en relación con la atención clínica de los enfermos.
- The Hastings Center [Estados Unidos]. *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*.
- Nuffield Council. *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic*.
- *The New England Journal of Medicine*. «The toughest triage. Allocating Ventilators in a Pandemic».
- Organización Mundial de la Salud. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial / ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis*.
- Comité de Ética Asistencial (CEA) del Hospital Clínic de Barcelona. *Document sobre adequació del tractament de suport vital en el període de pandèmia SARS-CoV-2* (marzo de 2020).

RECOMENDACIONES DE CONSENSO

El Observatorio de Bioética y Derecho – Cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Barcelona, tras haber recibido múltiples solicitudes de asesoramiento por parte de diversas personas y entidades, efectúa esta propuesta cuyo marco de referencia son los derechos humanos internacionalmente reconocidos y los principios bioéticos de respeto a las personas, beneficencia, equidad y transparencia, así como la normativa existente. Además, se han tenido en cuenta los documentos antes mencionados, muy especialmente el redactado por el Comité de Ética Asistencial del Hospital Clínic de Barcelona. A partir de todos ellos, el OBD propone las siguientes consideraciones y pautas de actuación:

Cuestiones que se deben considerar previamente

1. *Previsión de la evolución* de la pandemia en el ámbito local concreto.
2. *Valoración de los recursos disponibles*, ya que estos influirán las decisiones que se tomen. La aplicación de los criterios de triaje debe estar precedida por el esfuerzo de aumentar la probabilidad de disponer de recursos y de distribuirlos de forma equitativa entre la población afectada. Es decir, el triaje se contemplaría en el contexto de falta de medios humanos y materiales, tras haber agotado todos los recursos tanto intra como extrahospitalarios. Ello incluye la adaptación de nuevos escenarios (habilitación de camas de UCI en otros espacios) y la transferencia de pacientes entre centros con disponibilidad.
3. *Valoración del beneficio esperado para cada paciente concreto*, en particular de la esperanza y la calidad de vida esperadas. No solo atendiendo a la edad, sino también a su salud global (comorbilidades y situación evolutiva concreta de estas comorbilidades).
4. *Valoración de la evolución clínica* y de la respuesta a las medidas instauradas.
5. *Valoración de los deseos de los pacientes y de su familia* (que pueden ser difíciles de conocer en algunos casos). Se debe realizar la consulta correspondiente para saber si existe un documento de voluntades anticipadas.
6. *En una situación de grave dificultad*, con desajustes entre la oferta y la demanda, se deberá *maximizar el beneficio*. Por ello, los recursos se centrarán en aquellos pacientes que puedan obtener mayor beneficio, y el triaje se realizará de forma anónima, de manera que los responsables valorarán los datos clínicos sin conocer la identidad del paciente.

En las cuestiones 3 y 4, es necesario apoyarse tanto como sea posible en criterios objetivos utilizando escalas de situación funcional, pronóstico y gravedad con las que se esté familiarizado: índice de edad-comorbilidad de Charlson, índice de Barthel, MACA, edad, APACHE III, SOFA y SOFA evolutivo. No solo ayudan a tomar decisiones, sino que también reducen el estrés del personal facultativo.

Pautas de actuación:

1. *Se realizará una valoración precoz y proactiva* a los pacientes que potencialmente puedan ser candidatos de ingreso en la UCI, la cual incluirá su situación funcional, cognitiva y de comorbilidad previa, para evitar la toma de decisiones en una coyuntura de urgencia.
2. *Se evaluará la comorbilidad del paciente* para determinar si las patologías que presenta están en fase avanzada o terminal. En este sentido, se pueden usar los criterios para pacientes crónicos complejos (PCC) y el modelo de atención a la cronicidad avanzada (MACA). En estos casos se limitarán tanto el ingreso en la UCI como otras medidas de soporte a los órganos.
3. En la fase de la pandemia en la que los recursos son escasos (de personal especializado, de material o de espacios) y no existen alternativas de traslado a otras instituciones, *se debe establecer con antelación una priorización en el acceso y utilización de dichos recursos*. Esto se llevará a cabo determinando los criterios específicos para acceder a esos recursos y fijando previamente en qué momento posterior se tomará la decisión de continuar con el tratamiento iniciado o de cambiar a otro de nivel inferior, sin abandonar al paciente y garantizando siempre su confort. En cuanto a la edad, se debe considerar el soporte respiratorio máximo en formas distintas de la ventilación mecánica con intubación y oxigenoterapia de alto flujo a los pacientes mayores de 80 años con comorbilidades. Los pacientes entre 70 y 80 años sin comorbilidades destacables o con comorbilidad en fase diferente de la referida en el punto 2 podrían ser candidatos a ventilación mecánica. En otros casos se deben valorar otros procedimientos terapéuticos con la ayuda de los criterios más objetivos y contrastados posibles (véase los anexos).
4. *Se evaluará limitar el tratamiento de soporte vital* a aquellos pacientes que, una vez que se les han instaurado medidas invasivas, evolucionan de forma desfavorable. Esto se hará de acuerdo con parámetros objetivos —como el SOFA— revisados de forma diaria, considerando el tratamiento condi-

cional y priorizando la retirada del tratamiento sin aumentar las medidas terapéuticas (en estos momentos, la limitación del esfuerzo terapéutico [LET] debe ser rápida y, una vez que se ha tomado la decisión, hay que suministrar al paciente solo medidas de confort).

5. *Lo ideal es que las decisiones las tome un comité hospitalario de triaje* —formado como mínimo por un miembro del CEA y un médico intensivista— y, además, que las medidas se establezcan anticipadamente, y no en situaciones de urgencia. En caso de que el criterio profesional difiera razonablemente de las indicaciones antes mencionadas, se debería tomar una decisión consensuada con el resto del equipo asistencial y efectuar una consulta al CEA.

Cuando las condiciones epidemiológicas sean diferentes y no exista la posibilidad de consultar a un CEA, conviene establecer como medida de toma de decisiones y parámetro de acción el apoyo en situación terminal.

6. Estas recomendaciones *deben ser revaluadas de forma dinámica*, en función de la evolución de la pandemia y de la disponibilidad de los recursos.
7. *Se asegurará a todos los pacientes la adecuación de los cuidados al final de la vida*, priorizando el confort y el alivio de los síntomas.
8. *Se deben arbitrar medidas de soporte emocional* para los profesionales implicados en la toma de decisiones, con el fin de ayudarlos a manejar estas situaciones de crisis.

- Siempre que sea posible, estas decisiones extraordinarias provocadas por la pandemia actual se tomarán de manera colegiada por dos o tres médicos, de los cuales solo uno deberá estar implicado en el tratamiento del paciente concreto. Esta medida ayudará a los equipos implicados en la atención directa, ante unas actuaciones de enorme dificultad.
- Las decisiones de no acceso a la unidad deberán estar sujetas a evaluación dinámica para adecuar los criterios excepcionales a la realidad actual.
- La historia clínica del paciente debe reflejar de manera razonada la toma de decisiones.

ANEXOS

Tabla 1. Diferenciación entre la limitación del tratamiento de soporte vital y el triaje

Limitación del tratamiento de soporte vital	Triaje (criterios de priorización)
Lo que es mejor (o menos malo) para un paciente.	Lo que es mejor para el mayor número posible de pacientes. No se admite el <i>azar</i> de llegar primero.
No se tienen en cuenta factores económicos ni ningún elemento de eficiencia, solo al paciente.	Reparto de recursos escasos: humanos y materiales. Coste-oportunidad. Fundamental: equidad entre pacientes, centros, servicios, tipos de pacientes (COVID-19 y otras patologías).
La toma de decisiones la hace el equipo asistencial junto con el paciente (o familia).	Toma de decisiones <i>fuera</i> del equipo asistencial: comité de triaje.*
Habitual en la práctica clínica.	En situaciones excepcionales o en determinadas circunstancias en las que los recursos son siempre escasos, por ejemplo trasplantes.
Actuación con protocolos establecidos por los centros y servicios.	Revaluación periódica frecuente según las circunstancias externas.
Actuación médica apoyada en la medida de lo posible en datos y criterios objetivos y contrastados.	
Anticipación para evitar la toma de decisiones en situación de estrés por la urgencia.	
El valor moral de no instaurar es el mismo que el de retirar.	
Comunicación. Documentar en la historia clínica.	

* Comité hospitalario formado como mínimo por un miembro del CEA y un intensivista, que deberá reunirse y analizar a diario los casos de pacientes candidatos a pasar a un escalón asistencial superior.

Elaboración: Teresa Honrubia.

Tabla 2. Justificación de uso de la edad como criterio para racionar el ingreso en UCI hospitalaria durante la crisis del coronavirus*

Menor probabilidad de supervivencia.	La edad tiene un gran peso en los principales índices pronósticos tanto a corto como a medio plazo. En el caso de la COVID-19, la mortalidad se duplica por cada 10 años de vida. De manera que, a partir de los 50 años, la mortalidad se incrementa un 2 %, a partir de los 60, un 4 %, y así sucesivamente.
Estancias más prolongadas (a igual supervivencia).	Las estancias más prolongadas tienen asociado todavía mayor coste de oportunidad, es decir, ocupan recursos que podrían repartirse entre dos o más pacientes que también los necesitan.
Menor ganancia de años de vida ajustados por calidad.	Menor supervivencia libre de discapacidad.
Han desarrollado la mayor parte de su proyecto vital.	

* Los argumentos arriba mencionados se suman a los criterios de ingreso en UCI o de limitación de los tratamientos de soporte vital habituales aplicables a pacientes con COVID-19 o sin ella. En todo caso, se tendrán siempre en cuenta: 1) la gravedad, 2) la situación basal y funcional y 3) las comorbilidades.

Estos argumentos no entran a juzgar, ni en general ni mucho menos individualmente, la calidad y el valor de la vida de las personas de edad avanzada.

Esta justificación no es solo para uso de los facultativos, sino que es una síntesis de argumentos que pueden ser útiles para hablar con los pacientes y sus familiares.

Elaboración: Teresa Honrubia.

**RECOMMENDATIONS FOR
MAKING ETHICAL DECISIONS
ABOUT PATIENT ACCESS
TO INTENSIVE CARE UNITS
IN PANDEMIC SITUATIONS**

JUSTIFICATION FOR THIS DOCUMENT

On 31 December 2019 the authorities of the People's Republic of China reported to the World Health Organization several cases of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, a city in the Chinese province of Hubei. A week later they confirmed that it was a new coronavirus that has been named SARS-CoV-2. This virus causes various clinical manifestations grouped together under the term COVID-19, which include respiratory symptoms that vary from a cough, general discomfort and a temperature, to severe pneumonia symptoms with acute respiratory distress syndrome, septic shock and multi-organ failure. The majority of cases of COVID-19 notified to date have presented minor symptoms. Nevertheless, both the prognosis of the disease and current knowledge, based on the most recent published data and patients already treated, indicate that a significant percentage of patients will present acute respiratory insufficiency, interstitial pneumonia and severe hypoxemia that require prolonged mechanical ventilation and present a high mortality rate.

The expansion of the virus to almost everywhere in the world, its capacity for spreading and its infectiousness; the large, exponentially growing number of people affected; increased mortality with age, and the comorbidity of those affected, as well as its impact on people's lives and the healthcare system, have caused a worldwide health emergency of gigantic proportions. This emergency has resulted in the need to confine citizens in their homes, and this has had a serious impact on the economy. Above all, there is an urgent need to purchase or manufacture healthcare utensils due to supply shortages. There is currently not enough personal protective equipment (clothing, masks, gloves) and, particularly, there are not enough hospital beds and intensive care unit beds, or healthcare staff and mechanical ventilators to attend to the population most affected by the pandemic. Furthermore, as a collateral effect, treatment of other diseases that the population logically continues to suffer is being negatively impacted. At the same time, the lack or shortage of resources is depleting doctor and nursing staff numbers due to contagion. This accentuates these shortages and makes it advisable to increase not only budgets but also the number of doctors and nurses, especially intensive care physicians, whose all-round training makes them useful in multiple areas and situations, whether pandemic or not.

Moreover, this emergency is having a huge impact on society, since it has temporarily made social life impossible, destroyed or paralysed many people's jobs, and prevented funerals from being held. In short, it restricts

fundamental rights, places the emphasis on protecting the common good—in this case people’s health—and, in this situation, it requires the bioethical principle of justice to be given priority.

Due to the current emergency conditions, the objective of this proposal is to provide guidance for the actions of professionals and to facilitate uniform decision-making in the sphere of care for patients in a critical condition.

The indications of this protocol for action must be interpreted individually for each patient, and clinical opinion must prevail. These recommendations may vary, depending on how our knowledge of the disease and the epidemiological situation in Spain evolve.

BIOETHICAL CONSIDERATIONS

In normal conditions, healthcare professionals work with people on an individual basis, hence their duty is to procure benefits for each individual while respecting their preferences and values.

Nevertheless, in an exceptional emergency such as this, the needs of public health may justify a restriction of individuals' rights and preferences. This restriction may also affect healthcare. Thus, a public health emergency may make it necessary to change the professionals' practice—that is, to modify the standards of care—in such a way that professionals must prioritize their duty to the community over the duty of respect for the individual. Nevertheless, they will always be obliged to seek treatment alternatives, to not abandon the individual, to ease their suffering, and to procure for them the best care available according to the protocols designed to contain the emergency situation. Obviously, this change from patient-centred care to population-focused care generates tension among healthcare personnel, in families, and in society. The tension caused by these ethical conflicts is expressed as moral suffering among professionals and as a lack of justice among the population who, moreover, perceive a certain loss of respect for socially valid values.

This context has generated the following obligations:

- *To organize the response to the crisis by way of a contingency plan* that envisages the different aspects of patient care, adapted to the needs of public health and which safeguards patients', employees' and students' health and safety.
- *To take measures fairly and for reasons of public health*, never on a basis of other criteria such as social class, ethnic grouping or any other kind of consideration. In particular, restrictions shall not be applied in such a way as to affect vulnerable populations more, such as prisoners, manual workers or ethnic minorities.
- *To preserve the confidentiality and the privacy* of everyone affected at all times, an obligation that is the responsibility not only of healthcare personnel but of all professionals.
- *To make decisions as a group*, so that different points of view can be expressed and biases related to individual interpretations and assessments of problematic situations can be avoided.
- *To make provisions for the ethical dilemmas* faced by healthcare personnel, opting for a solution for each of them and planning the means necessary

to put these solutions into practice: the choice of access to resources (ICU as opposed to a conventional hospital unit), the use of life-support treatment (cardiopulmonary reanimation, assisted breathing), the withdrawal of treatments or referral to palliative care units focused on comfort (when other treatments do not exist or are not available). The criteria for action in the event of staff, space or supply shortages should also be established.

- *To inform patients and relatives of the measures taken.* Decisions must be reasoned and agreed upon as far as possible. The criteria used by the medical/healthcare team making the decisions must be disclosed.

LANDMARK REPORTS

For the purpose of providing solutions to the ethical dilemmas generated by the SARS-CoV-2 pandemic, different scientific organizations have drafted and published documents that reason how decisions should be made in this exceptional public health emergency situation.

- Ministry of Health, Spain. *Manejo clínico del COVID-19: unidades de cuidados intensivos. Documento técnico*. 19 March 2020. This document sets out the consensus of the different scientific organizations committed to caring for patients affected by COVID-19 in relation to the clinical care of the sick.
- The Hastings Center, USA. *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*.
- Nuffield Council. *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic*.
- *The New England Journal of Medicine*. «The Toughest Triage. Allocating Ventilators in a Pandemic».
- World Health Organization. *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*.
- Spanish Society of Intensive, Critical and Coronary Unit Medical Care (SEMICYUC). *General recommendations related to difficult ethical decisions and the adjustment of care intensity. Admission to intensive care units in exceptional crisis situations*.
- Healthcare Ethics Committee (HEC) of the Hospital Clínic of Barcelona. *Document on the adaptation of life-support treatment in the period of the SARS-CoV-2 pandemic (March 2020)*.

CONSENSUS RECOMMENDATIONS

The University of Barcelona Bioethics and Law Observatory-UNESCO Chair of Bioethics, having received multiple requests for advice from different people and associations, is making this proposal based on a framework of reference of internationally acknowledged human rights and the bioethical principles of respect for people, beneficence, fairness and transparency, as well as existing laws. Considering, moreover, the above-mentioned documents, especially the one by the Hospital Clínic of Barcelona's Healthcare Ethics Committee, the OBD proposes the following considerations and guidelines for action:

Issues for prior consideration

1. *Forecasting the evolution* of the pandemic in the specific local area.
2. *Assessment of available resources*, since these will condition the decisions that must be made. The application of triage criteria must be preceded by efforts to maximize the possibility of having and distributing resources fairly among the affected population. Thus, triage would be contemplated in the context of a lack of available human and material resources, after exhausting all intra- and extra-hospital resources. This includes the adaptation of new scenarios (the installation of ICU beds in other places) and the transfer of patients between centres with available resources.
3. *Assessment of the expected benefit for each specific patient*, especially life expectancy and quality of life. Taking into consideration not just age but also the individual's overall health (comorbidities and the specific evolutionary situation of these comorbidities).
4. *Assessment of clinical evolution* and of the response to the measures introduced.
5. *Assessment of the wishes of patients and their families* (which may be difficult to know in certain circumstances). The relevant consultation must be made to find out if there is an advance directive document.
6. *In a situation of grave difficulty*, with imbalances between supply and demand, the benefit *must be maximized*. Therefore, decisions will be focused on those patients who may obtain the greatest benefit, and triage will be made anonymously, so that those responsible may assess the clinical data without knowing the patient's identity.

In considerations 3 and 4 it is necessary to base oneself as far as possible on objective criteria, using scales of functional situation, prognosis and severity with which one is familiar: Age-adjusted Charlson Comorbidity Index, Barthel Index, MACA, age, APACHE III, SOFA and evolutionary SOFA. Not only do they aid decision-making, they also reduce stress among doctors.

Guidelines for action

1. *An early proactive assessment will be made* of patients who may be potential candidates for ICU admission; this includes their functional and cognitive situations and previous comorbidity, in order to avoid making decisions in an emergency situation.
2. *The patient's comorbidity will be evaluated* to determine whether the diseases they present are advanced or terminal. In this respect, Patient Chronic Complex (PCC) and/or advanced chronic disease (MACA) criteria can be used. In these cases, both ICU admission and other organ-support measures will be limited.
3. At the stage of the pandemic in which resources are short (specialist personnel, material, facilities) and there are no transfer alternatives to other institutions, *priority of access to and use of these resources must be established previously*. This will be carried out by establishing the specific criteria for accessing these resources and previously establishing when the decision will be made later to continue with the treatment initiated or to change to another lower-level treatment, without abandoning the patient and always guaranteeing comfort.

As for age, maximum breathing assistance must be considered in ways different to assisted breathing with intubation and high-flow oxygen therapy to patients aged over 80 with comorbidities. Patients aged between 70 and 80 with no noticeable comorbidities or with comorbidity at a stage different to that referred to in point 2 could be candidates for assisted breathing. Otherwise, other therapeutic procedures must be assessed with the aid of the most objective and verified criteria possible (see appendices).

4. *Limitation of life-support treatment will be assessed* in patients for whom invasive measures have been established and who are developing unfavourably. This will be done in accordance with objective parameters —like SOFA— reviewed on a daily basis, considering conditional treatment

and prioritizing the withdrawal of treatment without increasing therapeutic measures (at this time Limitation of Therapeutic Effort, LTE, must be rapid and after the decision has been made only to provide the patient with palliative measures).

5. *Decisions should ideally be made by a hospital triage committee*—composed at least of a member of the HEC and an intensive care physician— and, moreover, the measures should be established in advance and not in emergency situations. In the event of professional judgment differing reasonably from the above-mentioned indications, a decision must be made in agreement with the rest of the healthcare team, and the HEC must be consulted.

In situations in which the epidemiological conditions are different and there is no possibility of consulting an HEC, it is a good idea to establish support in a terminal situation as a decision-making measure and a parameter of action.

6. These recommendations *must be reassessed dynamically*, depending on how the pandemic develops and the availability of resources.
7. *End of life care will be ensured for all patients*, prioritizing comfort and symptom relief.
8. *Emotional support measures*, which may help to manage these crisis situations, must be provided for personnel involved in decision-making.

- Whenever possible, these extraordinary decisions caused by the current pandemic will be made jointly by two or three doctors, only one of whom will be involved in the treatment of the specific patient. This measure will help the teams involved in direct care, due to the enormous difficulty of these actions.
- Decisions not to allow admission to the unit must be subject to dynamic assessment in order to adapt the exceptional criteria to the current situation.
- The patient's medical records must reflect the decision-making in a reasoned way.

APPENDICES

Table 1. Distinction between limitation of life-support treatment and triage

Limitation of life-support treatment	Triage (criteria for prioritization)
That which is best (or least bad) for a patient.	That which is best for the largest possible number of patients. “First come, first served” not admissible.
No economic factors or elements of efficiency are taken into account, only the patient.	Distribution of scant resources: human and material. Opportunity cost. Fundamental: equity between patients, centres, services, types of patients (COVID-19 and other diseases).
Decisions are made by the healthcare team together with the patient (or family).	Decision-making <i>external</i> to the healthcare team: triage committee.*
Habitual in clinical practice.	In exceptional situations or in certain circumstances in which resources are always scarce, e.g. transplants.
Intervention according to protocols established by centres and services.	Frequent periodic reassessment according to external circumstances.
Medical action based as far as possible on objective, verified data and criteria.	
Anticipation to avoid making decisions in stressful situations due to the emergency.	
The moral value of non-implementation is the same as that of withdrawal.	
Communication. Documentation in medical records.	

* Triage committee: hospital committee made up of at least one member of the HEC and an intensive care physician, which must meet every day to analyse the patients who are candidates to pass to a higher level of healthcare.

Elaboration: Teresa Honrubia.

Table 2. Justification for the use of age as a criterion for restricting admission to hospital ICUs during the coronavirus crisis*

Lower likelihood of survival	Age plays a very important part in the main prognostic indices in both the short and the medium term. In the case of COVID-19, mortality doubles for every ten years of life. Therefore, after 50 mortality increases 2%, after 60, 4%, and so on successively.
Longer stays (for same chance of survival)	The longest stays have even greater opportunity costs associated—that is, they take away resources from others who also need them.
Less gain in quality-adjusted life years	Shorter disability-free survival.
They have already lived most of their life.	

* The arguments mentioned above are added to the criteria for ICU admission or limitation of regular life-support treatments, applicable to patients with or without COVID-19. In all cases the following will be taken into account: (i) severity, (ii) basal and functional situation, and (iii) co-morbidities.

These arguments do not take into account, either generally or much less individually, the quality and the value of the lives of elderly persons.

This justification is not only for use by doctors; it is a summary of arguments that may be useful for talking to patients and their relatives.

Elaboration: Teresa Honrubia.

MEMBRES DEL GRUP D'OPINIÓ QUE HAN ELABORAT AQUEST DOCUMENT

Lluís Cabré

Doctor en Medicina. Especialista en medicina intensiva. Antic president de la SMICYUC i president de l'Associació de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

María Casado

Doctora en Dret. Catedràtica d'Universitat. Directora de l'Observatori de Bioètica i Dret i del màster en Bioètica i Dret. Titular de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

Marta Consuegra Fernández

Doctora en Biomedicina per la Universitat de Barcelona. Investigadora, redactora científica i professora del màster en Comunicació Especialitzada de la Universitat de Barcelona.

Mirentxu Corcoy

Catedràtica de Dret Penal de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Fernando Estévez Abad

Doctor en Medicina. Docent de la Facultat de Medicina de la Universitat de Cuenca (Equador). Metge i director del Departament de Neurofisiologia Clínica de l'Hospital Santa Inés (Cuenca, Equador).

Fernando García López

Doctor en Medicina. Especialista en epidemiologia de l'Institut Carlos III (Madrid). Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Ricardo García Manrique

Doctor en Dret. Catedràtic de Filosofia del Dret de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Teresa Honrubia

Doctora en Medicina. Excap del Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital Universitari de Móstoles (Madrid).

Itziar de Lecuona

Doctora en Dret i professora agregada del Departament de Medicina de la Universitat de Barcelona. Secretària de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Subdirectora de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Fabiola Leyton

Doctora en Filosofia. Professora associada de Filosofia del Dret i del màster en Alimentació, Ètica i Dret de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Manuel J. López Baroni

Doctor en Dret i en Filosofia. Professor de Filosofia del Dret de la Universitat Pablo de Olavide (Sevilla). Coordinador del màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Gemma Marfany

Doctora en Biologia. Catedràtica de Genètica de la Universitat de Barcelona. Membre de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

María Cruz Martín Delgado

Doctora en Medicina. Metge intensivista de l'Hospital Universitari de Torrejón (Madrid). Ha estat presidenta de la Societat Espanyola de Medicina Intensiva, Crítica i Unitats Coronàries (SEMICYUC 2017-2019).

Joaquim Martínez Montauti

Doctor en Medicina. Especialista en medicina interna. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Ferran Masanés

Doctor en Medicina. Metge internista. President del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Mónica Navarro-Michel

Doctora en Dret. Professora de Dret Civil de la Universitat de Barcelona. Membre de l'Observatori de Bioètica i Dret.

Albert Royes

Doctor en Filosofia. Professor jubilat d'Ètica Mèdica de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona.

Josep Santaló

Doctor en Biologia. Catedràtic de Biologia Cel·lular de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Yasmina Soto

Professora del màster en Gestió de Continguts Digitals de la Universitat de Barcelona. Cooordinadora del màster en Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona.

Publicacions del Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona

- ❑ Qüestions bioètiques sobre la venda d'aliments i la dispensació de medicaments *online* (2019)
- ❑ Gestació per substitució (2019)
- ❑ Aspectes ètics del diàleg entre ciència i societat (2018)
- ❑ Ètica i integritat en la docència universitària (2018)
- ❑ Informació alimentària: qüestions ètiques, jurídiques i polítiques (2017)
- ❑ Integritat científica en recerca i innovació responsable (2016)
- ❑ Envel·liment i vulnerabilitat (2016)
- ❑ Bioètica i edició genòmica en humans (2016)
- ❑ Bioètica i Big Data de salut (2015)
- ❑ Bioètica i discapacitat (2014)
- ❑ Accés responsable a la informació jurídico-bioètica en xarxa (2012)
- ❑ Trasplantament d'òrgans de donant viu (2011)
- ❑ Salut sexual i reproductiva en l'adolescència i interrupció voluntària de l'embaràs (2011)
- ❑ Nanotecnologia i bioètica global (2010)
- ❑ Voluntats anticipades i l'eutanàsia (2009)
- ❑ Limitació de l'esforç terapèutic a les unitats de neonatologia (2009)
- ❑ Interrupció voluntària de l'embaràs (2008)
- ❑ Reproducció assistida (2008)
- ❑ Objeció de consciència en sanitat (2007)
- ❑ Proves genètiques de filiació (2006)
- ❑ Rebuig dels Testimonis de Jehovà a les transfusions de sang (2005)
- ❑ Dones i ciència (2004)
- ❑ Disposició de la pròpia vida en determinats supòsits: declaració sobre l'eutanàsia (2003)
- ❑ Selecció del sexe (2003)
- ❑ Salut sexual i reproductiva en l'adolescència (2002)
- ❑ Congelació d'òcits per a la reproducció humana (2002)
- ❑ Cèl·lules mare embrionàries (2001)
- ❑ Voluntats anticipades (2001)
- ❑ Donació d'òcits (2001)
- ❑ Investigació amb embrions (2000)

EBooks disponibles en accés obert a:

www.publicacions.ub.edu/refs/observatoriBioeticaDret/documents.aspx



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Edicions



Calidad en
Edición
Académica

Academic
Publishing
Quality