

Consideraciones éticas sobre la atención médica en situaciones de desastre

Ethical considerations on health care in disaster situations

MsC. Juan Carlos Pradere Pensado, Dra. Susana Chao González, MsC. Alberto García Gómez y Dra C. Luisa Gutiérrez Gutiérrez

Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos J. Finlay", Marianao, La Habana, Cuba.

RESUMEN

En una situación de desastre ocurre un gran número de lesionados, quienes son atendidos según la regla de "lograr lo mejor para la mayoría"; sin embargo, al aplicarla, un grupo de pacientes son privados de sus derechos (autonomía) y los médicos que les asisten no cumplen el precepto de beneficencia. Con ayuda de comisiones expertas en problemas éticos, se han elaborado normas para tratar de moldear el mencionado principio. La información definida en este trabajo sería de gran utilidad para los médicos civiles y militares, de modo que puedan enfrentar adecuadamente un desastre y traten de darle orden al caos.

Palabras clave: ética médica, desastre, *triage*, accidente masivo, emergencias, influenza.

ABSTRACT

In a disaster situation a great number of injured occurs, who are treated according to the rule of "achieving the best for the majority"; but when applied, a group of patients is deprived of their rights (autonomy) and physicians assisting them do not meet the precept of charity. With the help of experts committees for ethical issues, standards have been developed to try to shape the aforementioned principle. The information defined in this paper would be useful for civil and military physicians, so they can adequately face a disaster and try to bring order to chaos.

Key words: medical ethics, disaster, triage, mass casualty, emergencies, influenza.

INTRODUCCIÓN

La ética se basa en propugnar y justificar una conducta moral determinada para todos los hombres, o una parte de ellos, en un momento histórico. En cuanto a la ética médica, esta refiere las decisiones médico-morales relacionadas con las normas o los valores, el beneficio o el perjuicio, lo justo o lo injusto, y lo que debe llevarse a cabo o no en el contexto de la atención médica. Es, por tanto, la ética en el marco de la asistencia a la salud.^{1,2}

Al médico siempre se le han exigido determinadas cualidades y conductas morales, así como un conjunto de obligaciones ineludibles respecto a sus colegas de profesión y los pacientes que asiste, a partir de la determinación de los principios y las normas que rigen en la sociedad y que deben ser acatados por los profesionales, para garantizar, así, la excelencia y el prestigio del ejercicio clínico.²

El campo de la bioética podría dividirse en diferentes cuestiones morales relacionadas con los diversos estadios de la vida humana; por ejemplo: el aborto, la fertilización *in vitro*, la experimentación fetal o las madres de alquiler, son temas concernientes al comienzo de la vida.

Las relaciones médico-pacientes, junto con aquellas cuestiones correspondientes a la privacidad, confidencialidad y el consentimiento informado, afectan al cuidado médico a los adultos. Los trasplantes de órganos y la eutanasia son temas asociados al final de la vida. Cubriendo todos los estadios de la existencia humana se encuentran las preguntas acerca de la política de sanidad o la distribución de los escasos recursos médicos, los procedimientos de la investigación biomédica (que incluye la experimentación con animales) y las perspectivas especiales de enfermeras, psicólogos y asistentes sociales.

En cada una de estas áreas, las cuestiones bioéticas tienden a estructurarse en términos de afirmaciones en conflicto que apelan de formas diversas a los derechos de la persona, la utilidad social y la ley natural. A diferencia de lo que ocurre en las éticas nuclear y ambiental, la inclinación no es la de formular nuevos modos de pensar, sino la de intentar aplicar y reaplicar principios éticos tradicionales.

Algunas interrogantes que existen en la realización del *triage* son las siguientes:³ ¿Cómo deberían distribuirse los recursos médicos cuando son escasos? ¿Deberían tener prioridad los niños sobre los ancianos, los ricos sobre los pobres, los que poseen mayores probabilidades de sobrevivir sobre aquellos que poseen menos?

La ocurrencia de una pandemia global, la posibilidad de ataques terroristas con el nivel del ocurrido el 11 de septiembre del 2001, unido al incremento de los desastres naturales, han puesto sobre el tapete la función de la ética en la toma de decisiones médicas en situaciones de caos, en la cual las demandas de atención médica exceden las capacidades.

Actualmente se discute la necesidad de evaluar cuál es la norma más conveniente al tomar decisiones en una situación de desastre, como la norma utilitaria de usar recursos para maximizar las vidas salvadas en contraposición a la norma basada en tratar equitativamente a la población. Este trabajo pretendió enumerar algunos principios éticos útiles en las urgencias médicas, brindar información actualizada sobre la influencia de la ética en la atención médica ante un desastre y presentar protocolos al respecto.

ALGUNOS PRINCIPIOS ÉTICOS DE UTILIDAD EN LAS URGENCIAS MÉDICAS

- Primer aspecto⁴
 - a. Valores esenciales
 1. Libertad individual: Las restricciones emergentes a la libertad individual deben ser proporcionales, necesarias y relevantes.
 2. Protección a la población: Las acciones que influyen sobre la libertad suelen ser requeridas, pero deben ser explicadas claramente.
 3. Proporcionalidad: Las acciones que restringen a los individuos deben ser proporcionales al nivel de daño que previenen.
 4. Privacidad: La privacidad individual puede ser sobrepasada durante las condiciones de emergencia.
 5. Obligación de administrar cuidados médicos: El personal de la salud debe balancear su obligación de administrar cuidados médicos con la responsabilidad del cuidado de su salud y el de su familia.

6. Reciprocidad: La sociedad tiene la obligación de apoyar al personal sanitario al tomar acciones médicas extraordinarias para lograr su adecuada salud.
7. Equidad: Los cuidados en condiciones de emergencia pueden no incluir todas las acciones que se toman en condiciones ordinarias.
8. Confianza: Se requiere adecuada transparencia y cuidadosa comunicación entre las partes. Las opciones que la población tiene para seleccionar deben ser abiertas y claras.
9. Solidaridad: En situaciones de emergencias la colaboración es esencial y se requiere la existencia de una visión compartida.
10. Administrador: Las decisiones deben basarse en obtener la mejor evolución de los pacientes y el adecuado funcionamiento del sistema de salud pública, de acuerdo con las diferentes circunstancias.

b. Valores en los procedimientos

1. Razonable y creíble: Los ejecutores deben aclarar las razones de las acciones tomadas.
2. Abierto y transparente: Las bases para la toma de decisiones, en las diferentes condiciones existentes, deben estar abiertas al público.
3. Inclusividad: Los afectados por las tomas de decisiones deben estar involucrados en estas.
4. Sensibilidad: Nuevas informaciones pueden ser incorporadas en el protocolo de acción.
5. Responsabilidad de los actos: Lograr la existencia de mecanismos que permitan que sean controladas las decisiones e inanecciones de los que las toman. Para obtener una mejor comprensión sobre este tema, se dividió en 2 aspectos: primero, las herramientas teóricas necesarias para poder enfrentar este problema ético y, posteriormente, los aspectos esenciales de algunos protocolos que han sido elaborados sobre la base de los principios antes descritos.

• Segundo aspecto

Cuando se toma decisiones en presencia de recursos escasos, la noción utilitaria básica de suministrar lo mejor para la mayoría de la población es el punto inicial de predominio en la bibliografía sobre ética, que se relaciona con el control de bajas masivas y cuya "meta" ha sido interpretada como la salvación de la mayor cantidad de vidas, sin otra especificación ética, con el alcance de las personas salvadas como principio de proteger las vidas humanas.⁴⁻⁸

Se plantea que en el enfrentamiento de un desastre, la aproximación utilitaria clásica para definir prioridades de "hacer lo mejor para la mayoría" no es una plataforma moralmente adecuada. Algunos autores⁹⁻¹¹ recomiendan una aproximación afirmada en la justicia donde, al igual que en el utilitarismo, se evalúa la efectividad de las acciones o políticas primariamente, de acuerdo con sus consecuencias, pero se recomienda añadir en la planificación otras variables "limitantes", basadas en otros principios éticos, tales como: respeto hacia la población, no maleficencia, entre otros.

La pregunta ética que surge de la práctica clínica es cómo se puede lograr el objetivo de equilibrar la eficiencia con atención en la norma de proveer el mejor cuidado posible para cada paciente, proveniente del cuidado estándar, en un contexto de crisis que ocurre después de un desastre. Existe siempre el interés de tratar de maximizar el número de vidas salvadas mediante el pisoteo de los derechos de otros, y a esto se añade la poca capacidad para predecir la evolución en circunstancias de desastres.^{7,8,12}

Resulta importante que las definiciones basadas en los objetivos utilitarios, como "la mayoría de las vidas salvadas", sean refinadas y se conviertan en condiciones explícitas para el trabajo de los clínicos que realizan estas decisiones. Coincidente con la notificación del Instituto de Medicina, algunos autores han planteado que aunque la eficiencia es importante, la justicia es generalmente definida cuando se consideran las necesidades de la población que deben ser "sin favoritismo ni discriminación", "justas" o "apropiadas a las circunstancias".^{4,8,9}

Las decisiones clínicas deben estar fundamentadas en las necesidades médicas y las posibilidades para solucionarlas, bajo circunstancias catastróficas y de acuerdo con los recursos existentes, y no deben considerar las características de los pacientes, tales como: raza, sexo, estado socioeconómico, estado previo no relacionado con la efectividad y estado potencial futuro o utilidad; y sin favorecer un tipo especial de población ni discriminarla.^{4,8,9}

Kinlaw *et al*⁹ se plantearon las siguientes cuestiones éticas en la preparación de la respuesta ante un desastre:

- ¿Quiénes deben recibir prioritariamente los escasos recursos médicos de los que se dispone?

Las decisiones necesarias para la distribución de los escasos recursos deben ser guiadas por criterios que maximicen la justicia en ese proceso y sean bien especificados antes de que ocurra la demanda de su necesidad. El primer propósito del sistema de distribución debe ser claramente definido y los criterios adicionales para la distribución deben ser evaluados de acuerdo con su habilidad para contribuir en la ejecución de los objetivos primarios. Estos criterios adicionales deben ser dirigidos a extender la honradez en el proceso de repartición.

- Identificar de forma clara los objetivos para la planificación del enfrentamiento al desastre

Si se toma como ejemplo el enfrentamiento a una pandemia por influenza, se debe organizar la distribución del principal recurso (vacuna y droga antiviral) que tienen como resultado la minimización de las complicaciones graves asociadas con la enfermedad (hospitalización y muerte).

Con respecto a lo anterior, el plan de distribución debería especificar lo siguiente: ¿Cuáles son los beneficios que se encuentran escasos en el plan de distribución? Además se debe definir: ¿Quién o qué agencia decidiría su priorización o distribución? ¿Quiénes serían los elegibles para ser los receptores de los beneficios? Por ejemplo, pudieran ser elegibles todos los individuos presentes en una comunidad local sin importar el estatus del visitante. ¿Las comunidades estimularían a los viajeros a retornar a sus sitios de origen para recibir los escasos recursos?

¿Qué criterio de relevancia moral debe ser usado para asignar alta o baja prioridad en los grupos de individuos o individuos incluidos en un objetivo determinado, tratando de preservar el funcionamiento de la sociedad? Por ejemplo, existen algunos servicios que son más esenciales que otros.

Se debe tener claro que mantener el funcionamiento de la sociedad puede provocar una disminución de la disponibilidad de los recursos para los individuos con alto riesgo de complicaciones graves, debido a la presencia de comorbilidades y edad avanzada. En relación con el segundo principio (preservar el funcionamiento de la sociedad) se exponen las siguientes preguntas:

1) ¿Quién es el elegido y cuáles son las características que lo definen (servicios y funciones)?

Estas preguntas deben ser ubicadas en contextos históricos y sociales sobre la habilidad individual para alcanzar posiciones esenciales en presencia de barreras sociales y diferentes obstáculos. La discusión de estas preguntas, aunque importantes en circunstancias ordinarias, tiene poca relevancia cuando se confrontan con las demandas urgentes de preservar la sociedad.

Serían aplicados los criterios basados en raza, etnicidad, religión, género, orientación sexual o coeficiente de inteligencia. Serían empleados en algún momento otros juicios de distribución teórica que no están apoyados en principios éticos, tales como: "a cada cual según su poder", "a cada cual según se lo merezca" o "el primero que llegue primero se sirve".

Cuando se planifica la respuesta en dependencia de un desastre, en el cual el primer objetivo es preservar la función de la sociedad, resulta necesario identificar ciertos individuos o grupos de estos que sean esenciales en la preservación de la sociedad y, de acuerdo con esto, brindarle alta prioridad para la distribución de los recursos (vacunas). Debe tenerse cuidado y evitar la extensión de la evaluación del valor social hacia otros atributos que no son relevantes moralmente.

Entre los beneficios que deben distribuirse se encuentra el tiempo del personal médico. Es necesario delegar la responsabilidad y autoridad para la realización de los procedimientos hacia otros individuos menos calificados, lo cual debe ser cuidadosamente planificado y ubicado en programas de entrenamiento antes de que ocurra este evento.

2) ¿Cómo afectarían las medidas tomadas las libertades civiles individuales?

La limitación de las libertades individuales debe ser realizada con cuidado y basada en datos científicos con adecuada evidencia de su efectividad. Durante un desastre se deben tomar decisiones difíciles, por lo que una guía de este tipo debe llevar un contexto ético para orientar a los que toman las decisiones en todos los niveles, ya sea en la preparación o respuesta ante un desastre. Se debe mantener bien expresado en toda la guía los conceptos de interacción con la población, la transparencia y el proceso de justicia; además es necesario establecer la posibilidad de que pueda ser revisada y actualizada.

Al respecto, la planificación para un desastre es una actividad de la comunidad y una responsabilidad compartida que balancea los intereses individuales y de la colectividad. Es claro que la libertad individual debe ser restringida con gran cuidado y solamente cuando las alternativas para la solución de esta situación no sean efectivas. La suspensión de las reglas morales ordinarias deben ser anticipadas y sus causas, especificadas.

Se debería responder la siguiente pregunta: ¿Restringir la libertad personal es justificada en el tratamiento de una pandemia de influenza? Al implementar cualquiera de estas intervenciones se pudiera alterar el concepto ético de autonomía individual, el cumplimiento de la no interferencia o la libertad para ejecutar las decisiones propias de los afectados.

Algunos de los principios que deben guiar estas restricciones son los siguientes:

- Adoptar las prácticas menos restrictivas que permitan que el sentido común pueda ser protegido.
- Asegurar que las restricciones son necesarias y proporcionadas a las necesidades de protección.
- Intentar asegurar que aquellos que sean afectados por las restricciones deben recibir apoyo de la comunidad (por ejemplo: seguridad en el trabajo, apoyo financiero para los individuos y sus familiares, provisión de alimento y otras necesidades para los que se encuentren aislados o ubicados en cuarentena, protección contra la estigmatización o revelación de información privada).
- Cuidar de la toma de decisiones éticas debido al gran número de ejemplos históricos de abuso a los individuos, particularmente a aquellos que fueron considerados vulnerables en el nombre de la voluntad pública (esterilización involuntaria de los retrasados mentales).

De las aproximaciones al proceso de justicia pueden citarse:

1. Asegurar consistencia en la aplicación estándar en el tiempo y de cada persona del universo (simetría en la toma de decisiones).
2. Identificar las reglas para tomar la decisión y que sean neutrales o imparciales.
3. Cerciorar que aquellos que sean afectados por las decisiones tengan voz en las decisiones y cooperen en el proceso propuesto.
4. Tratar a los afectados con dignidad y respeto.
5. Confirmar que las decisiones sean adecuadamente razonadas y basadas en información exacta.
6. Permitir la comunicación y que los procesos sean claros, transparentes y sin agendas ocultas.
7. Incluir procesos para revisar o corregir las diferentes aproximaciones que tengan como objetivo lograr añadir informaciones actualizadas, además de obtener la posibilidad de apelación.
8. Se deben incluir los criterios de las comunidades históricamente marginadas y aquellos temas que sean sensibles (culturales, raciales y religiosos).

3) ¿Cómo y en qué momento estas medidas deben ser informadas al público?

Debe existir un comité para que se efectúe con transparencia todo el proceso de planificación y respuesta ante el desastre. Las razones de cada decisión deben estar adecuadamente expresadas, unido a que los valores y principios que las justifican deben estar identificados y abiertos al escrutinio público. Este comité debe estar basado en un profundo respeto a todas las comunidades e individuos existentes, asociado a la exigencia de que aquellos que tienen la autoridad y la responsabilidad de la toma de decisiones la deben ejecutar en un tiempo adecuado.

Es esencial integrar a la población en la implementación de dicho protocolo para obtener la confianza y la voluntad de esta, lo cual debe ser evidente durante todo el proceso de planificación y respuesta ante el desastre. La población debe ser vista como un colaborador y se debe dedicar atención particular a los miembros de la sociedad históricamente marginados y vulnerables. Deben crearse mecanismos claros para la interacción con los ciudadanos y lograr una adecuada retroalimentación del protocolo continuamente. Es imprescindible, por lo tanto, la planificación proactiva de las estrategias de respuestas ante un desastre, incluida la preparación del personal.

Las guías deben estar basadas en la mejor evidencia científica. No hay necesidad de establecer reglas de distribución de recursos que no cumplan su función ni de implementar intervenciones médicas que no sean efectivas. Esto es igualmente válido para las vacunas y los antivirales, así como para las medidas de aislamiento social. La

base del conocimiento actual debe ser la base para las guías éticas y debe crearse un comité para la evaluación ética y científica de las intervenciones a realizar.

4) ¿Cómo pudieran ser resueltas las necesidades de las poblaciones afectadas?

Deben existir en los mismos mecanismos de apelación para asegurar la justicia en la toma de decisiones y brindar la posibilidad de revisar o corregir las indicaciones del protocolo cuando aparezca nueva información. Se debe tener presente en la elaboración de una guía para la atención ante el desastre, que existen varios asuntos que deben ser plasmados para asegurar que los derechos civiles puedan ser protegidos, unido a que las poblaciones vulnerables no se encuentren en desventajas en los esfuerzos para la preparación contra el desastre.

- Tercer aspecto

Se han desarrollado algunos protocolos^{8-11,13,14} para el enfrentamiento de los desastres, en los cuales ha sido puntualizado el tema de la ética. Se presenta a continuación el protocolo elaborado por Christian *et al*¹⁰ que fue publicado en la revista de la Asociación Canadiense de Medicina.

Este protocolo permitía la toma de decisiones en los primeros días del enfrentamiento a una epidemia provocada por el virus de influenza en presencia de servicios de terapia intensiva sobrecargados. Se basaba en la escala de SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment Score*)^{10,13,15} y tenía 4 componentes: criterios de inclusión, criterios de exclusión, requisito mínimo para la supervivencia y herramienta de priorización.

Las leyes internacionales necesitan un plan para el *triage* que permita que cada persona tenga la "oportunidad" de salvarse. Los citados investigadores desarrollaron un protocolo al respecto con el objetivo de asegurar el uso justo, equitativo y eficiente de los recursos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) si existe escasez de medios durante la ocurrencia de un desastre.

De hecho, los criterios de inclusión identifican los pacientes que pudieran beneficiarse por el ingreso en las salas de cuidados intensivos y se basa fundamentalmente en la necesidad de ventilación mecánica por la presencia de insuficiencia respiratoria, que constituye la diferencia fundamental de este servicio respecto a los otros. Además, en estos se pueden agregar a los pacientes que necesitan apoyo hemodinámico.¹⁶

Los criterios de exclusión fueron divididos en 3 categorías, incluidas en 3 grupos, a saber:

- Primer grupo: Pacientes que tienen un mal pronóstico, a pesar de encontrarse en las UCI.
- Segundo grupo: Pacientes que necesitan gran cantidad de recursos que en circunstancias de pandemia no se pueden suministrar.
- Tercer grupo: Pacientes con enfermedades médicas avanzadas, con un pronóstico malo aún sin encontrarse en estado crítico de su enfermedad (aparición de gran cantidad de complicaciones).

Las calificaciones mínimas para la supervivencia conforman el tercer componente del protocolo para el *triage*. Estas representan la cantidad máxima de recursos que pueden ser utilizados en cada paciente. Se realizan reevaluaciones de ellas a las 48 y 120 horas, o si el paciente tiene un valor del SOFA igual o mayor de 11 o si existe otro criterio de exclusión.

El objetivo de estos criterios es identificar tempranamente quiénes no están mejorando y quiénes tienen un pronóstico muy malo. En las salas de cuidados intensivos esta situación de mala evolución pudiera tomar desde días hasta semanas, por lo que en este tiempo pudieran ser salvados otros pacientes con el uso de los mismos recursos. Se presentan las categorías antes descritas:

El componente final del protocolo para el *triage* sería la herramienta para la priorización de los pacientes que deben ingresar en las UCI y lograr así el acceso a la ventilación mecánica (VM).

Fueron adoptados los niveles de colores debido a la mayor facilidad con que se utilizan (azul, negro, rojo, amarillo y verde), comúnmente en los protocolos civiles⁵ y militares. Los pacientes en los colores azul o negro son aquellos que se incluyen en la categoría de expectantes y no deben recibir atención en las UCI. Se debe mantener el tratamiento curativo en una sala de hospitalización o realizarse cuidados paliativos en dependencia de su condición y de algunos asuntos médicos.

Los pacientes con la categoría roja tienen la máxima prioridad para el ingreso en las UCI y para la utilización de VM. En la selección de estos, la esencia está en encontrar quién es el que se encuentra lo suficientemente afectado para necesitar este recurso y quién tendría, probablemente, una evolución inadecuada si no lo recibiera; asimismo, sería necesario definir quiénes son los que no se encuentran lo suficientemente afectados y que no se recuperarán a pesar de los recursos utilizados en ellos. Para tomar estas decisiones, ayudarían las variables asociadas con el pronóstico médico.

PRONÓSTICO MÉDICO

- Enfermedad de base.
- Posible duración de la VM.
- Posibilidad de beneficio con la utilidad del VM.
- Calidad de vida lograda después de la intervención médica o quirúrgica.

El objetivo es optimizar la efectividad del protocolo para el *triage* y así lograr que cada paciente que reciba los recursos pueda salvarse. Aunque esto último es poco probable que pueda cumplirse totalmente, la evolución del paciente pudiera utilizarse para modificar el protocolo durante la epidemia.

Cuando se está reevaluando a los pacientes, aquellos que se encuentran mejorando, se mantienen categorizados como de alta prioridad para el mantenimiento de atención, y aquellos que no muestren manifestaciones de mejoría son clasificados como amarillos.

Los valores éticos presentes en este protocolo fueron derivados a partir del trabajo del Centro de Integración para la Bioética, en el documento conocido en inglés como *Stand on Guard for Thee*. Bajo circunstancias normales, todos los pacientes tienen igual derecho de recibir los cuidados de salud que necesitan, pero desafortunadamente durante un desastre todos los afectados no pueden recibir los cuidados intensivos debido a que los recursos son finitos.^{17,18}

Un protocolo para el *triage* podría ayudar a asistir en la distribución justa de los recursos existentes mediante la clasificación de los pacientes que no se beneficiarían del uso de una atención en condiciones de ausencia de cuidados intensivos y así permitiría conservar los recursos para los que se pudieran beneficiar de estos.¹⁷⁻²⁰

Aunque podría ser desafortunado para algunos de los lesionados no recibir todo lo que pudieran “usar”, esto no sería por definición una injusticia. Cualquier restricción que se

podiera hallar en los tratamientos está sujeta a los principios de los valores de la proporcionalidad (las restricciones a las libertades individuales no exceden lo que sería necesario para satisfacer las necesidades de la comunidad).^{17, 20-24}

El protocolo fue desarrollado antes del comienzo de la pandemia con vistas a tener un tiempo para el análisis, tanto por parte de los expertos como de la comunidad, y poder obtener los criterios de ambos y así lograr correcciones útiles.¹⁰

Ellos plantearon que cuando el protocolo fuera implementado, debería ser usado en una forma abierta y transparente y sus limitaciones deberían ser reconocidas. Además, deberían existir planes para revisarlo cuando aparezcan actualizaciones de cada uno de los temas incluidos, atendiendo a los factores de pronóstico, los diferentes tipos de virus de influenza que causan la pandemia y la disponibilidad de recursos.¹⁰

La limitación primaria del protocolo actual es que nunca ha sido utilizado. Los esfuerzos futuros para probarlos, lograr su refinación mediante modelaciones y aplicarlos en entrenamientos para el enfrentamiento a los desastres, está en camino.¹⁰

En conclusión, este protocolo para el *triage* en los servicios de cuidados intensivos para tratar y controlar la pandemia por influenza fue desarrollado a través de un proceso de colaboración, con el uso de la mejor evidencia y la aplicación de los principios éticos. Este ha sido diseñado para que sea práctico, flexible y ajustable a la mayoría de las circunstancias, pero tiene todavía el inconveniente de que no ha sido aplicado en la práctica.

Con esta actualización del tema, se brinda una ayuda a la comunidad médica cubana, pues se exponen las herramientas y los posibles inconvenientes que pudieran ser encontrados en el enfrentamiento a este problema. Solo queda demostrar que es factible poder afrontarlos.

CONCLUSIONES

En la ética de la medicina diaria, la máxima utilitaria de realizar lo mejor para la mayoría se basa en el objetivo de salvar vidas, curar enfermedades cuando sea posible, tratar los síntomas nocivos y aminorarlos, así como proveer medidas de comodidad a aquellos que se estén muriendo. Más que enfocarse solamente en las vidas salvadas, como la marca de maximizar la "bondad", los autores de este trabajo ampliaron este concepto para evitar la discriminación de las categorías de los afectados. La aproximación ética para obtener esta "bondad" consiste en lograr la eficiencia en la ubicación de los recursos, solamente hasta el grado que la justicia lo permita, con el reconocimiento de que esta limitación moral en la práctica de la eficiencia pudiera resultar en gran número de vidas perdidas. El tratamiento justo que se ha planteado es aquel que permita que los pacientes confíen en los médicos y la población confíe en el gobierno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Pérez U. Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento. Rev Cubana Salud Pública. 2002 [citado 28 Nov 2012]; 28(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_3_02/spu04302.htm
2. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. Rev Hum Med. 2011 [citado 28 Nov 2012]; 11(2): 259-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202011000200003&script=sci_arttext

3. Mitcham C. Cuestiones éticas en ciencia y tecnología: análisis introductorio y bibliografía. Ciencia, Tecnología y Sustentabilidad. El Escorial, julio 2004. [citado 28 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/escorial04/material/dc08.pdf>
4. Gebbie KM, Peterson CA, Subbarao I, White KM. Adapting standards of care under extreme conditions. Disaster Med Public Health Prep. 2009; 3(2): 111-6.
5. Hartman RG. Tripartite triage concerns: issues for law and ethics. Crit Care Med. 2003; 31(5 Suppl): 358-61.
6. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. JAMA. 1994; 271(15): 1200-3.
7. Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre problemas éticos en medicina intensiva. Med Intensiva. 2003; 27(3): 169-70.
8. Caro JJ, DeRenzo EG, Coleman CN, Weinstock DM, Knebel AR. Resource allocation after a nuclear detonation incident: unaltered standards of ethical decision making. Disaster Med Public Health Prep. 2011; 5(Suppl 1): 46-53.
9. Kinlaw K, Barrett DH, Levine RJ. Ethical guidelines in pandemic influenza: recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee of the Director, Centers for Disease Control and Prevention. Disaster Med Public Health Prep. 2009; 3(Suppl 2): 185-92.
10. Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, Cook T, Lazar NM, Herridge MS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. CMAJ. 2006; 175(11): 1377-81.
11. Powell T, Christ KC, Birkhead GS. Allocation of ventilators in a public health disaster. Disaster Med Public Health Prep. 2008; 2(1): 20-6.
12. Reid T. Canadian Family Physician's new ethics guidelines Canadian Family Physician. Can Fam Physician. 2002; 48: 238-40, 250-3.
13. Robinson L, Christian MD. Allocating mechanical ventilators during mass respiratory failure: Kudos to New York State, but more work to be done. Disaster Med Public Health Prep. 2008; 2(1): 7-10.
14. Tabery J, Mackett CW. Ethics of triage in the event of an influenza pandemic. Disaster Med Public Health Prep. 2008; 2(2): 114-8.
15. Carrese JA, Sugarman J. The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician. Chest. 2006; 130(6): 1864-72.
16. Tonelli MR, Misak CJ. Compromised autonomy and the seriously ill patient. Chest. 2010; 137(4): 926-31.

17. Bandayrel K, Lapinsky S, Christian M. Information technology systems for critical care triage and medical response during an influenza pandemic: a review of current systems. *Disaster Med Public Health Prep.* 2011; 5: 171-9.
18. Christian MD, Hamielec C, Lazar NM, Wax RS, Griffith L, Herridge MS, et al. A retrospective cohort pilot study to evaluate a triage tool for use in a pandemic. *Crit Care.* 2009, 13(5): 170.
19. Devereaux AV, Dichter JR, Christian MD, Dubler NN, Sandrock CE, Hick JL, et al. Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care. *Chest.* 2008; 133(5): 51-66.
20. Levin D, Cadigan RO, Biddinger PD, Condon S, Koh HK. Altered standards of care during an influenza pandemic: identifying ethical, legal, and practical principles to guide decision making. *Disaster Med Public Health Prep.* 2009; 3(Suppl 2): 132-40.
21. Kraus CK, Levy F, Kelen GD. Lifeboat ethics: considerations in the discharge of inpatients for the creation of hospital surge capacity. *Disaster Med Public Health Prep.* 2007; 1(1): 51-7.
22. Christian MD, Joynt GM, Hick JL, Colvin J, Danis M, Sprung CL. Critical care triage. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010; 36(Suppl 1): 55-64.
23. Thompson DR. Principles of ethics: in managing a critical care unit. *Crit Care Med.* 2007; 35(Suppl 2): 2-10.
24. Good L. Ethical decision making in disaster triage. *J Emerg Nurs.* 2008; 34(2): 112-15.

Recibido: 20 de mayo de 2012

Aprobado: 29 de mayo de 2012

Juan Carlos Pradere Pensado. Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 31 y 114, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: praderesp@infomed.sld.cu.