



## ARTÍCULO DE REVISIÓN

## Consideraciones bioéticas para la toma de decisiones médicas en situación de pandemia y emergencia sanitaria. Aprendiendo de la pandemia por SARS-COV-2.

Herva Pinto F.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.

### Resumen

La crisis sanitaria sufrida durante la pandemia por SARS-CoV-2 de 2020 nos llevó a los sanitarios a enfrentarnos a un conflicto ético sin precedentes. El consumo masivo y en corto espacio de tiempo de los medios de soporte vital hizo que en muchos casos dichos tratamientos no pudieran ser ofrecidos como mínimo en su debido momento cuando en condiciones normales sí se hubiera hecho. Esta situación hace patente la importancia de unos protocolos de priorización uniformes, consensuados y justos en situación de epidemia y emergencia sanitaria. El objetivo de este documento es abordar los criterios bioéticos que deben orientar la elaboración de los protocolos de priorización, qué estamentos deben asumir la máxima responsabilidad en dicha elaboración y cómo deben ser aplicados. El modelo de asignación de recursos debe ser un modelo mixto donde, siendo el pilar fundamental y el primer criterio la posibilidad de supervivencia, se garanticen también la equidad y la protección de la vulnerabilidad. Deben evitarse los prejuicios contrarios a las personas con más edad o con discapacidad y los criterios de utilidad social o con enfoque utilitarista que supediten los derechos individuales al bien común o a la suma global. La principal responsabilidad de la elaboración, organización y tutela de los protocolos de priorización debe ser asumida por las máximas autoridades jurídicas y políticas dado que esta inevitable priorización puede implicar la denegación de un derecho fundamental recogido en la Constitución Española como es de la protección de la salud de cada individuo.

### Introducción



La crisis sanitaria sufrida durante la pandemia por SARS-CoV-2 de 2020 nos llevó a los sanitarios a enfrentarnos a un conflicto ético sin precedentes. El consumo masivo y en corto espacio de tiempo de los medios de soporte vital hizo que en muchos casos dichos tratamientos no pudieran ser ofrecidos como mínimo en su debido momento cuando en condiciones normales sí se

hubiera hecho. Esta situación hace patente la importancia de unos protocolos de priorización uniformes, consensuados y justos en situación de epidemia y emergencia sanitaria. El objetivo de este documento es abordar los criterios bioéticos que deben orientar la elaboración de los protocolos de priorización, qué estamentos deben asumir la máxima responsabilidad en dicha elaboración y cómo deben ser aplicados. El modelo de asignación de recursos debe ser un modelo mixto donde, siendo el pilar fundamental y el primer criterio la posibilidad de supervivencia, se garanticen también la equidad y la protección de la vulnerabilidad. Deben evitarse los prejuicios contrarios a las personas con

más edad o con discapacidad y los criterios de utilidad social o con enfoque utilitarista que supediten los derechos individuales al bien común o a la suma global. La principal responsabilidad de la elaboración, organización y tutela de los protocolos de priorización debe ser asumida por las máximas autoridades jurídicas y políticas dado que esta inevitable priorización puede implicar la denegación de un derecho fundamental recogido en la Constitución Española como es de la protección de la salud de cada individuo.

El año 2020 pasará a la historia de nuestra especialidad por lo vivido durante la pandemia por SARS-CoV-2. La emergencia de salud pública produjo un consumo masivo y acelerado de los recursos sanitarios que nos llevó a una crisis sanitaria sin precedentes. Esta situación provocó que tratamientos de soporte vital no estuvieran disponibles para todos los pacientes, tratamientos que en base al *principio de beneficencia* se les hubiera ofrecido y que en el ejercicio de su autonomía y libertad los hubieran elegido. Este contexto de escasez de medios nos llevó a los sanitarios a la dicotomía de priorizar la atención clínica centrada en la comunidad y en la asignación justa de unos recursos insuficientes, y la atención clínica centrada en el individuo, que es nuestra práctica clínica habitual.

Si bien la respuesta dada por parte de los profesionales sanitarios, así como de sociedades médicas, fue heroica y comprometida con nuestra vocación en una situación nunca vivida antes por nuestras generaciones, ha sido una situación de la que todos podemos sacar un valioso aprendizaje de cara a futuras situaciones de emergencia sanitaria que pudieran ocurrir en un futuro.

Si bien los dilemas éticos son también algo habitual en la asistencia sanitaria en condiciones normales, es natural que las condiciones excepcionales como las que hemos vivido durante la pandemia hayan generado en nosotros de forma especial angustia moral y conflicto psicológico.

De tal modo que en una situación así y en aras de procurar una asignación de recursos lo más rápida y justa posible, y para facilitar también la labor a los profesionales sanitarios, emerge la necesidad de contar con unos criterios claros y dispuestos de antemano, tanto clínicos como éticos, que orienten esta asignación. No disponer de unas reglas objetivas o justas de priorización o bien una ausencia de consenso, podrían, además de perjudicar a los pacientes, empeorar la angustia moral en el profesional (1).

Por ello, no solo la capacitación clínica en respuesta a emergencias y desastres sanitarios es esencial, sino también el conocimiento práctico de los principios clave de la ética médica, en el ámbito clínico y en el de la salud pública.

La Bioética está plagada de este tipo de elecciones trágicas donde cualquier decisión sobre la distribución de recursos afecta de manera sustancial a la vida de las personas puesto que la elección no resulta ser entre un mal y un bien sino que en este caso es entre dos males (2). Son decisiones que atañen al sufrimiento humano donde entran en juego los valores más relevantes de la persona, como son la vida, la integridad, la autonomía, y otros, y que en ocasiones exige el sacrificio de alguno de ellos (2). El objeto de la Bioética es por tanto dar respuesta a estos conflictos éticos. Ésta se define como el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicaciones antropológicas y

éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema, y para encontrar una posible solución clínica o elaborar una normativa jurídica adecuada (3). Es interdisciplinar porque se referencia en disciplinas como la Filosofía Moral, la Antropología, la Biología, la Medicina, el Derecho, etc.

Por tanto, ante una emergencia en salud pública surge la necesidad de dar respuesta a cuestiones como ¿qué hacer cuando no se puede prestar asistencia a todos los enfermos en base a los recursos de los que se dispone? y ¿cuáles son los criterios que se deben considerar para excluir a unos en beneficio de otros?, además de establecer unos protocolos de triaje que orienten de forma clara la toma de decisiones a la hora de priorizar lo más rápidamente posible a los pacientes en distintos niveles de atención médica.

Porque las decisiones que se deben tomar deben ser conformes a la deontología profesional, acordes a la ética, a la legislación vigente y al bien general de cada persona enferma (4).

El objetivo por tanto de este documento es recoger los criterios éticos que deben guiar la atención en situación de emergencia sanitaria, tomando como referencia las recomendaciones hechas en los informes publicados por organismos internacionales y nacionales, tanto sanitarios como bioéticos, como la Asociación Médica Mundial y la Organización Mundial de la Salud en el campo médico, The Hastings Center y el Comité de Bioética de España y otros en el ámbito bioético, el Informe de la Organización Médica Colegial al respecto de la pandemia o el propio Código Deontológico en el marco deontológico, así como el ordenamiento jurídico nacional e internacional.

### **¿En quién debe recaer la responsabilidad de elaboración de protocolos de priorización en situación de emergencia sanitaria?**

Como indica el Comité de Bioética de España (2) y The Hastings Center (1), en una situación previsible de recursos sobrepasados, donde los criterios clínicos dejan de ser suficientes para asignar un tratamiento de soporte vital a un paciente candidato al mismo y que en condiciones normales se lo ofreceríamos, fijar unos criterios de priorización debe corresponder a la máxima autoridad política y jurídica, y no a los profesionales sanitarios, dado que estaríamos en una situación de negación de un derecho fundamental recogido en la Constitución Española de 1978, que establece en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (5).

Obviamente, en cualquier caso, se debe contar con el asesoramiento y recomendaciones de las sociedades médicas y bioéticas para la elaboración de estos protocolos.

The Hastings Center en su documento *“Marco ético para instituciones de atención médica y pautas para servicios de ética institucional que responden a la nueva pandemia de coronavirus”* (1) señala que los tres deberes éticos de los líderes de la atención médica deben ser la planificación, salvaguarda y guía.

La planificación hace referencia a la provisión de herramientas para el proceso de triaje, que ayudarán en la gestión de la incertidumbre inherente a la crisis sanitaria. Asesorados por las sociedades científicas deben establecerse unos protocolos de

priorización. Es responsabilidad de las autoridades gubernamentales supervisar la movilización de todos los recursos humanos y materiales disponibles, tanto públicos como privados, y en base al *principio de justicia* promover una asignación equitativa de los mismos a todos los ciudadanos ajustando unos criterios de asignación (1). Una distribución equitativa implicaría también la derivación a otros centros sanitarios dentro del territorio nacional de los enfermos subsidiarios de tratamiento intensivo que no pudieran recibirlo en su hospital de referencia.

El segundo deber ético hace referencia a la salvaguarda, no solo de los trabajadores sanitarios sino también de la población más vulnerable, es decir, aquellos pacientes que por su comorbilidad o edad presentan mayor riesgo de afectación grave en caso de infección.

En tercer lugar, deben guiar a los profesionales sanitarios para la implementación de niveles de atención de contingencia y estándares de atención en cada nivel.

### **Criterios que deben guiar la elaboración de un protocolo de triaje justo.**

En una situación de emergencia sanitaria, el marco ético adecuado se establece conjugando los principios de la Ética Clínica y los principios de la Ética de la Salud Pública (1). La primera está centrada en el individuo, en el deber de cuidado, que comprende la fidelidad al paciente, la evitación del abandono terapéutico, el alivio del sufrimiento, y el respeto a los derechos y preferencias del enfermo. Los derechos del paciente se mantienen siempre, incluso en una situación de emergencia sanitaria, lo cual es una condición indispensable en una medicina humanizada. La segunda

implica el deber de promover la igualdad moral de todos los pacientes, y la equidad, entendida como la distribución justa de los recursos en función de la necesidad (1).

### Criterios exclusivamente médicos:

Al seleccionar a los pacientes que pueden ser salvados, el médico debe considerar solo el estado médico y no debe tomar en cuenta ninguna consideración basada en criterios no médicos (1).

### Criterio de posibilidad de recuperación o de supervivencia:

De entrada, el criterio fundamental debe estar basado en las posibilidades de supervivencia de cada paciente (4). The Hastings Center señala que los dos criterios clínicos que deben orientar la priorización son el grado de necesidad de soporte vital y la capacidad de respuesta (1). Este criterio estaría plenamente justificado en este contexto cuando se intenta salvar la máxima cantidad de personas (6). El médico debe separar a los pacientes en categorías en función de la gravedad y de la posibilidad de recuperación, y priorizar a los más graves y con mayor posibilidad de respuesta (6). Como los casos pueden evolucionar y cambiar de categoría, es indispensable que la evaluación y selección se realice de manera regular (6). La posibilidad de supervivencia vendrá determinada por la condición basal del paciente y la gravedad clínica en el momento concreto. Los enfermos que necesitan más recursos terapéuticos que los disponibles y que sufren de lesiones muy graves, o bien en grado irrecuperable, serán clasificados como casos de “urgencias sobrepasadas” (6).

### Priorización horizontal:



Estos criterios deben aplicarse de forma horizontal, es decir, a la hora de decidir el ingreso en UCI no debe considerarse la infección por SARS-CoV-2 como un factor diferencial que dé prioridad; el criterio debe ser la gravedad clínica independientemente del diagnóstico. Por tanto, este protocolo de priorización debe aplicarse a todos los pacientes (4).

Esta priorización horizontal además garantizará el *principio del interés superior del menor*, que exige dar prioridad en la asistencia a niños y adolescentes. Como señala la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño* (art. 3) (7), y nuestra *Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor* (8), el interés superior del menor primará sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir, debiendo constituir un criterio de priorización esencial en la asignación de medios. Esta razón es la que ha justificado que no se haya limitado el programa de trasplante infantil durante la pandemia de SARS-CoV-2 en nuestro país.

#### El criterio de utilidad social:

La titularidad de derechos no puede estar ligada a una supuesta “utilidad social”, pues todas las personas tienen idéntico derecho de reconocimiento de sus derechos por el mero hecho de serlo. Por tanto, no debe ser éste un principio bioético que oriente la toma de decisiones en la asistencia sanitaria (2). La única excepción, y en congruencia con el *principio de justicia*, debe ser en el caso del personal sanitario puesto que es justo priorizar a quienes han expuesto su salud en beneficio de terceros. Además protegiendo a los sanitarios se protege a la población. Como señala la OMS en su *Guía para el manejo de problemas éticos en brotes de enfermedades infecciosas* (9), es ético priorizar a las personas que son imprescindibles para manejar una

pandemia, pero no debe atenderse al valor social de las personas por criterios que no tengan que ver con éstos. El *principio ético de reciprocidad* exige que la sociedad debe apoyar a las personas que asumen una carga o riesgo desproporcionado en la protección del bien público.

#### Criterio del mayor número de años de vida salvados:

Según este enfoque la decisión óptima desde el punto de vista ético sería desde la perspectiva del cómputo global, no del individuo. Busca priorizar la obtención de beneficios colectivos, de tal manera que los derechos individuales quedan subordinados al bien común o a la suma global (2). La salud que ganarían unas personas compensaría la que otras perderían. Como señala el Comité Bioético de España es un criterio con enfoque utilitarista que asume la cuestionable idea de que no existe separabilidad moral de las personas y por tanto su valor moral es intercambiable. Esta perspectiva es contraria al imperativo categórico kantiano de que el hombre es un fin en sí mismo, y no un medio para el beneficio de otros individuos, esto es, que posee un valor absoluto y no un valor instrumental (2).

#### Años de vida ajustados a la calidad (AVAC) o QALY (Quality-Adjusted Life Year):

Es un indicador combinado del estado de la salud que aúna cantidad y calidad de vida. Prioriza la mayor esperanza de vida con calidad. Este enfoque conllevaría un perjuicio de entrada para aquellas personas cuya salud se ve más amenazada por un posible contagio, como son las de mayor edad o con determinadas discapacidades. La discapacidad del sujeto enfermo no puede ser nunca por sí misma un motivo que priorice la atención de quienes



carecen de ella (2). La *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (10), texto asumido y firmado por España, prohíbe toda discriminación ante la ley por tales motivos (art. 5). Señala que en situaciones de emergencia sanitaria los Estados Parte deben implementar todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de éstas en situaciones de riesgo (art. 11). Añade que todos tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de minusvalidez, debiéndose asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, y se debe exigir a los profesionales sanitarios que presten a éstas atención de la misma calidad que a las demás personas (art. 25). En base al contenido de la *Ley de Cohesión y Calidad del SNS* en su art. 20.2, se podría incluso justificar la discriminación positiva en favor de estos pacientes en las decisiones asistenciales (11). Es más, en algunas ocasiones tal circunstancia puede hacer especialmente vulnerable a un paciente en el supuesto de adquirir la infección por ejemplo por SARS-CoV-2 (2). Esta ley señala además que en las carteras de servicios deberá tenerse en cuenta el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo (11). Por tanto, se debe garantizar el derecho a la vida y la atención sanitaria a los individuos con discapacidad en igualdad de condiciones con todos los demás. No hacerlo supondría entender que su vida tiene menos calidad y por tanto merece menos la pena atenderla; supondría establecer una división entre vidas humanas en función de un supuesto valor de esas vidas arbitrariamente asignado (2). *El principio de subsidiaridad (o de solidaridad)* implica que deben ser ayudados aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria. La persona está inserta en la sociedad y es el centro de

la misma, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia a su vez de la persona (12).

#### Criterio de asignación basado en la prioridad en el tiempo:

Este criterio no respeta el principio de igualdad y justicia puesto que presupone equivocadamente que los individuos en la sociedad se encuentran en igualdad de condiciones en cuanto al soporte familiar o de medios en su entorno. Ante un paciente crítico que acaba de llegar al hospital y que en ese momento presenta mayores posibilidades de respuesta que un paciente ya ingresado y que no está respondiendo al tratamiento intensivo, el *criterio de supervivencia* debe primar. Parece justo por tanto que un paciente no respondedor al tratamiento intensivo sea trasladado a un área de menor complejidad para que otro paciente con mayor posibilidad de supervivencia en el mismo momento pueda beneficiarse de dicho tratamiento (2).

#### Criterios de utilidad y equidad:

En esta crisis sanitaria nos hemos visto en la necesidad de reasignar recursos entre servicios sanitarios de cada hospital. También dentro de cada servicio. La OMS señala que la asignación de medios sanitarios debe ser guiada por los *criterios de utilidad* (no confundir con utilidad social) y *equidad*, aun reconociendo que no es posible conseguir ambos al 100% (9). Para optimizar la utilidad de dichos medios es conveniente que esta reasignación se haga de una manera proporcional, esto es, adaptada a la competencia y capacidad de los profesionales, con el objetivo de maximizar los beneficios y minimizar las cargas. Debemos asumir que el establecimiento de diferentes niveles de

atención de contingencia en una situación de emergencia conlleva una disminución gradual en la calidad de la atención médica debido a los límites de personal sanitario y de recursos materiales. Algunos sanitarios durante la pandemia por SARS-CoV-2 se han visto en la necesidad de asumir responsabilidades distintas de las que habitualmente realizan, y no se puede obviar que ello repercute en una menor seguridad en el desempeño, un mayor riesgo de contagio, y un mayor estrés emocional.

El *criterio de equidad* tiene un significado específico en el contexto de la atención a la salud; implica una distribución justa de las cargas y de los beneficios (2). Se ha concluido a este respecto que la justicia supone una distribución equitativa de los recursos disponibles, esto es, lo más justo es dar preferencia a las personas que más lo necesitan, esto es, las más vulnerables, y que no sean ellos los que soporten más cargas (2).

#### Criterio de la edad:

Solo se justificaría su uso para priorizar, pero nunca para denegar o limitar de entrada la asistencia sanitaria y la asignación de tratamientos básicos o de soporte vital. La edad, al igual que otras circunstancias, incide en el pronóstico clínico, pero en ningún caso puede obviarlo (2). La edad per se no debe ser criterio suficiente ni el único para la exclusión de un paciente de tratamiento en UCI (4). Como se mencionaba con anterioridad la única excepción de discriminación por edad son los niños y adolescentes. Es razonable una discriminación positiva en favor de éstos.

¿Hay algún valor o criterio que sea suficiente por sí solo para la asignación de recursos en una emergencia sanitaria?

Si bien el criterio fundamental debe estar basado en las probabilidades de supervivencia de cada paciente, parece razonable concluir que ningún criterio es suficiente por sí solo (2). El modelo de asignación de medios debe ser un modelo mixto donde se garantice la equidad y la protección de la vulnerabilidad, y se prime el pronóstico o posibilidad de supervivencia (2).

#### **Recomendaciones bioéticas en la aplicación del protocolo de priorización**

##### Cada caso debe ser sometido a reflexión y deliberación médica y bioética:

Todo paciente merece una consideración personal e individualizada. Los principios generales de la buena práctica médica siguen vigentes y aplicables, y por tanto el protocolo no debe ser aplicado de manera automática ni mecánica, sino que debe ser utilizado como soporte y recomendación técnico-científica. El juicio clínico definitivo debe ser hecho a pie de cama con la aplicación prudencial de estos criterios establecidos por la autoridad política y el juicio clínico del profesional implicado, que es el responsable en última instancia de ajustar los criterios de la autoridad al contexto concreto. El médico es también el responsable en última instancia de la asignación de recursos evitando las prácticas fútiles e ineficaces, incluso cuando los pacientes o los familiares las soliciten.

##### Prudencia y consenso:

Idealmente, en la medida de lo posible, debe tomarse esta decisión con la máxima prudencia y de forma consensuada dentro de un equipo multidisciplinar en el que debe estar presente algún facultativo con formación en bioética y profesionales con capacitación en el triaje (1) (6).

### Valoración global:

Se debe valorar al paciente de forma global (edad, comorbilidad, situación funcional basal, gravedad y pronóstico de reversibilidad de la patología aguda intercurrente). Es prudente y adecuado dirigir los mayores esfuerzos terapéuticos a los pacientes que, tras evaluación de los criterios clínicos de gravedad y pronósticos previamente seleccionados, se considere que tienen mayor posibilidad de supervivencia y conseguida ésta en menor plazo de tiempo con su ingreso en UCI (13).

### Principio de proporcionalidad terapéutica:

Las medidas terapéuticas deberán guardar relación de proporción entre los medios empleados y el resultado global previsible en el paciente por su aplicación.

### Adecuación del esfuerzo terapéutico:

Implica la aplicación del *principio de proporcionalidad terapéutica*. Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje, esto es, la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. Se debe adecuar el esfuerzo terapéutico sobre aquellos pacientes cuya expectativa de vida sea muy limitada o nula. En caso de limitación terapéutica durante la estancia en UCI de un paciente es adecuado derivarlo a un área de menor complejidad para establecer el tratamiento paliativo.

### Futilidad terapéutica:

Se debe realizar una valoración diaria sobre la futilidad de los tratamientos intensivos. Un tratamiento se considera fútil cuando la aplicación del mismo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el

pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produciría perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado. La no instauración y la retirada de un tratamiento de soporte vital, por ejemplo, la no intubación endotraqueal o la extubación endotraqueal desde el punto de vista ético reciben ambas acciones la misma consideración cuando el tratamiento pasa a ser fútil.

### Se evitará la obstinación terapéutica:

La obstinación terapéutica consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo. Un tratamiento desproporcionado o fútil no debe ser iniciado y si ya está implementado debe retirarse.

### Prueba terapéutica:

Es prudente que los pacientes en los que no esté claro el potencial beneficio de la instauración de tratamientos invasivos puedan ser ingresados en UCI de forma condicionada a la evolución clínica en un período razonable de tiempo. Se puede hacer una valoración diaria en función de las escalas de gravedad y si tras un tiempo razonable las posibilidades de supervivencia del paciente disminuyen debe plantearse el juicio de futilidad terapéutica y la adecuación del esfuerzo terapéutico. Es conveniente que tanto el paciente como sus familiares sean informados del plan terapéutico y de la posibilidad de aplicar adecuación de medidas terapéuticas en caso de falta de respuesta. Un paciente crítico que espera una cama en la UCI podría beneficiarse mejor de este recurso que un paciente que ya está en la UCI cuya condición no está mejorando. Establecer expectativas de



vida a corto plazo es aceptable incluso para no caer en la obstinación terapéutica. Pero establecer límites como el criterio cronológico, constituye una decisión muy arriesgada que se debe realizar con carácter excepcional y utilizando los instrumentos valorativos al uso y en ningún caso la exclusiva impresión clínica (4).

#### Se evitará el abandono terapéutico:

Todos los pacientes conservan siempre el derecho a recibir un tratamiento acorde y proporcionado a su situación clínica. Es imperativo en todos los casos y con cada paciente realizar todo el bien que se pueda hacer (*principio de beneficencia*). Los enfermos críticos no subsidiarios de UCI no deben ser abandonados ni dejar de ser reevaluados. Seguirán recibiendo el mejor cuidado posible que permitan los recursos médicos disponibles en la planta de hospitalización. Todo paciente rechazado inicialmente es subsidiario de posibilidad de ingreso en UCI si tras nueva evaluación se considerare, volviendo a tener en cuenta la disponibilidad de recursos (13). Se garantizará siempre el tratamiento paliativo en aquellos pacientes sin posibilidad de recuperación o de ingreso en UCI, contemplando la posibilidad de sedación paliativa si presentara síntomas refractarios, para lo cual se requerirá el consentimiento del paciente o en su defecto el de su familia. Se tendrá en cuenta durante todo el proceso, en la medida de lo posible, el respeto a los derechos, preferencias y valores del paciente. Si bien las obligaciones de protección hacia uno mismo pueden prevalecer sobre las obligaciones hacia los pacientes, nunca debe ser negada la asistencia; como señala nuestro Código Deontológico (CDM) en el artículo 6.2 el médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia,

salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona (14). Por ejemplo estaría éticamente justificado que en el caso de una cesárea emergente por sufrimiento fetal, en una paciente con PCR positiva para SARS-CoV-2, el profesional invirtiera el tiempo necesario para la colocación de su equipo de protección individual aunque esto supusiera el retraso en la extracción fetal, pero no sería razonable negar la asistencia.

#### Información adecuada:

La toma de decisiones se hará con la máxima transparencia con paciente y familiares, y quedará registro en la historia clínica correspondiente. En los casos en los que el paciente no estuviese capacitado para comprender o tomar decisiones respecto a su tratamiento, se consultará el *Documento de Instrucciones Previas*, si lo tuviese. Debe ser el médico responsable de la asistencia quien haga partícipes a los familiares o representantes legales de las decisiones clínicas y terapéuticas que les afecten (4).

#### **Posibilidad de conflicto entre la conciencia del profesional y la obediencia a las decisiones acordadas en el protocolo establecido.**

Existe la posibilidad de conflicto entre la conciencia del profesional y la obediencia a las decisiones acordadas en el protocolo establecido. Ha de tenerse en cuenta que la emergencia de una situación no justifica que la conciencia propia o de los compañeros deba ser anulada. Es una falta contra la deontología médica la estigmatización por seguir la propia conciencia (14). En todo caso la objeción de conciencia debe estar justificada y por tanto no pueden ser aceptados como actos de verdadera objeción aquellos que obedezcan a criterios de conveniencia u

oportunismo (14). En aras de minimizar este posible conflicto será facilitado el consenso con la participación de los profesionales implicados en la toma de decisiones, permitiendo la flexibilidad en la interpretación de los criterios establecidos en el protocolo.

### **Papel de los comités de ética asistencial.**

Se facilitará el contacto con el Comité de Ética Asistencial del hospital correspondiente como recurso para orientar a los profesionales en la toma de decisiones que podrían conllevar conflicto y angustia moral, aún con el reconocimiento de que en muchos casos su consulta pudiera no ser posible ante la avalancha de ingresos de pacientes en situación crítica.

### **Seguridad de los profesionales.**

Uno de los deberes éticos de las autoridades que deben liderar la gestión en emergencia sanitaria es la salvaguarda de los profesionales sanitarios (1). Por tres razones: por la propia seguridad de los mismos; porque se debe proteger a quien tiene que cuidar, dado que un profesional que contrae la enfermedad queda inutilizado para tratar a los enfermos; y porque trabajar en situación de baja protección genera tensión emocional y condicionaría la praxis médica. La protección de la salud del profesional debe hacerse no solo mediante la provisión de adecuados equipos de protección individual, sino también de la facilitación de entornos seguros, y de la disponibilidad de pruebas de detección, por nuestra propia seguridad y por la posibilidad de contagio a pacientes en nuestro entorno profesional. El CDM en su artículo 6.2 recuerda que es obligación del director médico de la institución eliminar cualquier obstáculo que impida que la relación médico-paciente sea directa,

inmediata y en lugar y tiempo adecuado, preservando la intimidad del paciente y la seguridad del médico.

### **Conclusión**

En una situación de recursos sobrepasados, como la que hemos vivido, el principal conflicto ético con el que se enfrenta el profesional es que la asignación de tratamientos de soporte vital a unos pacientes supone la negación de los mismos a otros. Si bien los dilemas éticos son habituales en la práctica clínica habitual, una situación de excepcionalidad como esta generará en el profesional conflicto moral y angustia psicológica. Es imperativo que el profesional disponga de un protocolo de priorización consensuado, uniforme en toda la red nacional sanitaria, basado en unos criterios éticamente justificados y amparado por la máxima autoridad política y jurídica puesto que está en juego un derecho fundamental recogido en la Constitución Española, que es el derecho de cada ciudadano a la protección de la salud.

Desde la asunción del principio incuestionable de que toda vida humana tiene el mismo valor debe establecerse todo protocolo de priorización. Los únicos criterios de discriminación serán el grado de necesidad de soporte vital y la mayor posibilidad de supervivencia del paciente con la aplicación del mismo. No se puede utilizar el criterio de utilidad social por tratarse de un criterio ambiguo y se evitarán prejuicios contrarios a las personas de mayor edad o con discapacidad. Se rehusará caer en el error de primar casi exclusivamente el interés colectivo en detrimento de la dignidad y derechos del individuo. Además serán garantizadas la equidad, con una distribución justa de los recursos a nivel nacional en función de la necesidad, y la protección a la vulnerabilidad de los niños, los ancianos y los discapacitados.

*Dedicado no sólo a todos aquellos pacientes que no pudimos salvar sino también a todos aquellos sanitarios y personal de nuestras instituciones sanitarias fallecidos en el desempeño de su labor de servicio a los demás.*

## Bibliografía

- 1.- Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester M, Milliken A, Fabi R, Cohn F, Guidry-Grimes LK, Carlin Watson J, Bruce L, Chuang EJ, Oei G; Abbott J, Piper Jenks N. Ethical framework for Health Care Institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services responding to COVID-19. The Hastings Center 2020: 1-12 [acceso 7 de julio 2020]. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>
- 2.- Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus [Internet]. Madrid: Comité de Bioética de España; 2020 [acceso 25 agosto 2020] pp. 1-13 Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
- 3.- Bioética definición: Qué es bioética, concepto de Bioética y corrientes actuales [Internet]. Bioética en la red. 2015 [acceso 20 septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/concepto-de-bioactica-y-corrientes-actuales/>
- 4.- Organización Médica Colegial (OMC). Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria [Internet]. OMC; 2020 [acceso 25 de agosto 2020] pp. 1-6. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/coronavirus\\_n.p.\\_comision\\_central\\_de\\_deontologia\\_en\\_relacion\\_a\\_la\\_priorizacion\\_de\\_las\\_decisiones\\_sobre\\_los\\_enfermos\\_23\\_03\\_20.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/coronavirus_n.p._comision_central_de_deontologia_en_relacion_a_la_priorizacion_de_las_decisiones_sobre_los_enfermos_23_03_20.pdf)
- 5.- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
- 6.- Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la ética médica en casos de catástrofes [Sede Web]. Asociación Médica mundial; 2020 [actualizada el 16 de julio de 2020; acceso 12 agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-etica-medica-en-casos-de-catastrofes/#:~:text=La%20Asociaci%C3%B3n%20M%C3%A9dica%20Mundial%20\(AMM,fin%20de%20asegurar%20la%20planificaci%C3%B3n](https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-etica-medica-en-casos-de-catastrofes/#:~:text=La%20Asociaci%C3%B3n%20M%C3%A9dica%20Mundial%20(AMM,fin%20de%20asegurar%20la%20planificaci%C3%B3n)
- 7.- Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado. Convención sobre los Derechos del niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre. Naciones Unidas; 1989. [acceso 17 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx](http://https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx)
- 8.- España. Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de 15 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 15, (17 -01-1996)
- 9.- World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. 2016 [acceso 3 de julio de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 10.- Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas; 2011. [acceso 20 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://acnudh.org/hoja-informativa-convencion-internacional-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/](http://https://acnudh.org/hoja-informativa-convencion-internacional-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/)
- 11.- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-05-2003).
- 12.- García JJ. Bioética personalista y bioética principalista. Perspectivas. Cuadernos de Bioética. 2013; XXIV: 67-76 ([HTML](#))
- 13.- Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid [Sede Web]. Madrid: ABIMAD; 2020- [acceso 15 julio de 2020]. Consideraciones éticas del Departamento de bioética clínica del Hospital Universitario Infanta Elena acerca del manejo de pacientes que puedan precisar asistencia en unidades de cuidados intensivos. Disponible en: <http://abimad.org/ante-el-coronavirus-covid-19/>

14.- Código de deontología médica. Guía ética médica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2011 ([PDF](#))

---

**Correspondencia al autor**

*Fernando Herva Pintor*  
[fhervapintor@yahoo.com](mailto:fhervapintor@yahoo.com)  
*Facultativo especialista en anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor.*  
*Magíster en Bioética.*  
*Departamento de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. España.*

---

Aceptado para el blog en febrero de 2021

