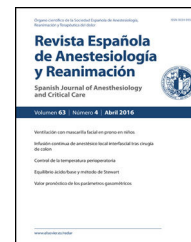




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



REVISIÓN

Un momento para la reflexión. Aspectos éticos en la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 en nuestra práctica clínica



M.J. Yepes-Temiño^{a,*}, R. Callejas González^a y J.M. Álvarez Avello^b

^a Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Clínica Universidad de Navarra campus Madrid, Madrid, España

Recibido el 12 de mayo de 2020; aceptado el 1 de septiembre de 2020

Disponible en Internet el 6 de noviembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Ética;
Paciente crítico;
SARS-CoV-2/COVID-19;
Pandemia;
Cribado

KEYWORDS

Ethics;
Critical patient;
SARS-CoV-2/COVID-19;
Pandemic;
Screening

Resumen El mundo entero ha sufrido la acción devastadora de la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19. Estamos en un momento de la situación en que se puede vivir con cierta calma, aunque la tormenta persiste. Es el momento perfecto para reaccionar, para preguntarnos qué ha pasado y cómo hemos actuado. Hay que reflexionar sobre qué podría pasar y cómo deberíamos actuar.

En este trabajo se realiza una reflexión ética a través de la experiencia clínica de profesionales dedicados a la atención del paciente críticamente enfermo. Se analizan los valores y las categorías morales implicados en la toma de decisiones en situación de limitación de recursos y se plantea la necesidad y algunas estrategias para acercar la bioética a la práctica cotidiana, facilitando así la toma de decisiones por parte del profesional sanitario y una atención justa y adecuada al paciente en situaciones de especial vulnerabilidad, como las vividas en esta crisis sanitaria y social.

© 2020 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A moment for reflection. Ethical aspects in the pandemic SARS-CoV-2/COVID-19 in our clinical practice

Abstract The entire world has suffered the devastating action of the SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic. This is the ideal moment to stop and ask ourselves what happened and how we acted; to reflect on what we have learned not only for similar situations but for all of our clinical practice.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjyepes@unav.es (M.J. Yepes-Temiño).

This work is an ethical reflection via the clinical experience of professionals dedicated to the care of critical patients in one of the countries most affected by the SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic in the world. Some of the moral values and categories involved in decision-making in situations of limited resources are analysed, and the need for bioethics to be a part of daily practice is proposed, along with some strategies for doing so, thus facilitating decision-making by the health professional and fair and appropriate care for the patient in situations of particular vulnerability such as those experienced in this health and social crisis.

© 2020 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Estamos en ese punto en el que uno ya sabe por dónde vienen los golpes, y aunque no ha llegado la calma, se encuentra uno en condiciones de detenerse y pensar, manteniéndose en alerta.

Es el momento perfecto para reaccionar, para preguntarnos qué ha pasado y cómo hemos actuado, pero también para reflexionar sobre el futuro, cómo debemos actuar.

Previamente a esta pandemia, fueron muchos los artículos publicados sobre posibles escenarios de pandemias globales analizando los principios de actuación y las medidas concretas de acción. Pero todos los estudios de poco han servido: o porque se quedaron en meras hipótesis de actuación, tan lejanas que no se creía verdaderamente en ellos, o porque las cifras que se han manejado en esta pandemia nada tenían que ver con las que se consideraban en los supuestos escenarios. En el año 2005, el departamento de salud de EE. UU. desarrolló un plan de gestión de impacto para la pandemia con carácter moderado-severo del virus influenza. Dicho plan de acción fue modificado posteriormente por la aparición del H1N1. Los escenarios de predicción de la evolución de la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 superan duplicando o triplicando las predicciones de las pandemias previas, en lo que respecta a número de muertes, número de pacientes ingresados y número de pacientes que requiere ingreso en Unidades de Cuidados Críticos¹.

La semana del 9 de marzo en España comenzamos a estar devastados por la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19. Diferentes niveles de acción se establecieron y en cada uno de ellos se trabajó lo mejor que se pudo. La afectación en el país no ha sido igual en todas las provincias, algunas han sido más grave o más tempranamente afectadas, y eso ha permitido que unos aprendiéramos de otros.

Han entrado en juego aspectos políticos, de gestión a nivel nacional, autonómica y hospitalaria. La gestión dentro de cada servicio, condicionada por los niveles de gestión previamente nombrados, ha sido fundamental por el lugar privilegiado que ocupa en la relación directa con el paciente y con sus familias. Cada uno de estos estamentos tiene sus cometidos y sus responsabilidades, aunque todos tienen una importancia vital, ya que repercuten directa o indirectamente en las personas: pacientes, familiares o profesionales.

No se puede olvidar que todos esos aspectos de gestión han de estar iluminados, en su gestación, desarrollo y aplicación, por unos principios éticos que dirijan y orienten las decisiones tomadas con base en unos principios comunes, que en último término redundarán en el cuidado de todos y de cada uno.

Lógicamente no podemos, o no queremos, meternos en este artículo en el análisis de decisiones políticas ni de gestión a gran escala. Queremos hacer una reflexión sobre qué papel han ocupado, durante este tiempo de pandemia SARS-CoV-2/COVID-19, las cuestiones éticas en nuestra práctica como profesionales dedicados a los Cuidados Críticos.

Desarrollo

Tanto el informe emitido por el Ministerio de Sanidad como el del Comité de Bioética de España a este respecto son de una gran profundidad ética, y hacen un repaso por todos los aspectos éticos que lleva consigo esta pandemia. Remito a esos dos documentos como guías al respecto. En este artículo consideraremos algunos aspectos en los que se ha profundizado menos entre los documentos de más divulgación social o sanitaria.

Aspectos éticos en los que profundizar

1. Papel de la bioética

- Sucesión de recomendaciones éticas a este respecto en España
 - La necesidad de acercar la bioética a la práctica clínica
- #### 2. Asignación de recursos
- Triage
 - Trabajo en equipo
 - Repercusión en los profesionales
 - ¿Qué principios han de guiar la asignación de recursos escasos?

Estado de normalidad

Utilidad

Equidad. Protección de la vulnerabilidad

- Protocolos

- Priorización de algunos colectivos

3. Aspectos relacionados con las familias y el acompañamiento

Papel de la bioética en este contexto

Sucesión de recomendaciones éticas en España y en relación con otros países

A principio de año, nos llegaron noticias de Wuhan, una ciudad china posteriormente definida como el epicentro de la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19. Ciudad a 9.000 km de distancia, en la cual tenían problemas con un virus. Esto nos interesaba más o menos, pero no nos incumbía en nuestra vida diaria, en nuestros planes ni en nuestras familias. El peligro se acercaba porque llegaba a Europa, pero aún estaba lejos, quizás nos condicionó algún viaje, pero seguíamos ajenos. Pero finalmente estalló en España. Nuestras vidas cambiaron de la noche a la mañana, nuestros intereses, esperanzas e inquietudes eran otras.

Teníamos los antecedentes de Italia, donde el 21 de febrero tuvieron el primer caso de fallo respiratorio agudo debido a COVID-19 y en los siguientes días, a pesar de las medidas tomadas, se incrementó de una manera exponencial el número de pacientes que requerían ingreso hospitalario y atención en Unidades de Cuidados Críticos. En un periodo de 15 días, desde el primer caso, Italia se posicionaba como el segundo país en el mundo con más incidencia de pacientes infectados por COVID-19.

El 10 de marzo distintos hospitales a nivel nacional, asesorados por sus comités de ética asistencial, comienzan a publicar documentos en los que se consideran aspectos éticos del manejo de pacientes que puedan precisar asistencia en Unidades de Cuidados Críticos. El 20 de marzo, la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) lanza el documento «Marco ético pandemia COVID-19», en el que, analizando principios éticos, da unas recomendaciones respecto a las bases que han de establecerse en un protocolo de triaje y hacen unas recomendaciones específicas². Alrededor de esta fecha, la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Cuidados Intensivos (SEMICYUC) saca a la luz unas «Recomendaciones éticas para tomar decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos». En este artículo hacen recomendaciones de triaje, de tratamiento y recomendaciones específicas en relación con la toma de decisiones atendiendo a una justificación ética³.

El 25 de marzo, el Comité de Bioética de España publica el «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». Un artículo extenso y bien fundamentado en el que se sacan a colación varios aspectos éticos de vital importancia en esta pandemia⁴.

El 2 de abril, el Ministerio de Sanidad hace público su «Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2». Documento extenso, con muy buen fundamento por su asesoramiento, en el que ofrece un conjunto de recomendaciones en esta situación de limitación de recursos, de cara a las decisiones en el cuidado de pacientes afectados por COVID-19. Hace referencia a estos aspectos con aplicación en diferentes niveles de gestión, no sólo a nivel local o regional, sino a nivel nacional, haciendo referencia a las

decisiones de la organización de todo el sistema de salud⁵. El 15 abril, el Comité de Bioética de España saca un nuevo documento «Declaración de Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad», en el que se aborda de manera exclusiva este aspecto de acompañamiento⁶.

La necesidad de acercar la bioética a la práctica clínica

Resulta especialmente interesante ver la sucesión de estos documentos. Las sociedades médicas especializadas en el cuidado de pacientes críticos lanzan sus propuestas sobre los aspectos éticos que ellos están palpando en esta pandemia, antes de que lo hagan los expertos a nivel nacional. Cada hospital comienza a establecer sus propios protocolos con base en lo que les va llegando y con la información que pueden recabar sobre la pandemia en los medios, en las redes o en la experiencia de otros centros. El Ministerio solicita, el día 23 de marzo, un informe a su órgano consultor, el Comité de Bioética de España, sobre las implicaciones éticas que tienen las recomendaciones publicadas por estas sociedades médicas para los grupos sociales más vulnerables. La solicitud se hace tras el ofrecimiento del mismo Comité. El motivo de dicho ofrecimiento se debe a la preocupación por el establecimiento de criterios y protocolos de triaje y de priorización en la asistencia de manera independiente por parte de cada centro o sociedad médica sin atender a unos criterios comunes y, en muchos casos, sin contar con la presencia de suficientes expertos en bioética. Coincidiendo, o quizás previamente a la solicitud por parte de las autoridades sanitarias, la opinión pública comienza a ponerse en pie ante los criterios en la distribución de recursos. Los días previos a esa solicitud se leen en los periódicos del día 21 y 22 de marzo titulares del tipo: «las UCIs colapsan» (*El Mundo*, 21 de marzo 2020), «España entra en la peor fase con las UCIs al límite» (*El Periódico*, 21 de marzo 2020), «los médicos priorizan a los enfermos por su esperanza de vida» (*El Correo*, 21 de marzo 2020), «así serán los criterios para decidir quién tiene cama en UCI» (*El Español*, 20 de marzo 2020), «los hospitales colapsados darán prioridad a los enfermos con mayor esperanza de vida» (*El Mundo*, 20 de marzo 2020), «España supera las 1.000 muertes con las UCIs de Madrid desbordadas» (*El País*, 21 de marzo 2020), entre otros.

Esto es un buen botón de muestra. Las sociedades médicas y los propios hospitales se adelantan a lo que puede venir o, ya de hecho, les estaba viniendo. Esto hace que cada uno establezca sus criterios, con mayor o menor acierto, con mayor o menor consejo de bioeticistas. En cualquier caso, siempre con una inestimable carga de buena voluntad y de intentar hacer las cosas lo mejor posible. Pero son criterios locales y desiguales entre los distintos centros, revelando una falta de uniformidad mínima de criterios bioéticos, dando lugar a inaceptables diferencias de decisiones entre los distintos centros. Está claro que los bioeticistas no están recibiendo a los pacientes ni tienen la capacidad para discernir la letra pequeña de los protocolos establecidos. Pero necesitamos su ayuda: unas pautas sobre las cuales todos podemos ir escribiendo nuestro cometido particular dentro

del hospital o dentro de la propia sociedad médica. Quizás ha sido ésta la gran oportunidad para mostrar que los bioéticos tienen un papel fundamental en nuestra sociedad. Lo ha demandado la opinión pública. No producen dinero con su acción, no generan recursos tangibles, no solucionan la materialidad de las jornadas laborales, pero son necesarios. Necesarios no sólo para dar respuesta a esas demandas de la opinión pública, sino porque nos pueden ayudar a dirigir nuestros pasos en este camino que nos toca a cada uno de los servicios médicos o a cada uno de los sanitarios recorrer. La sociedad ha demandado su presencia, tengamos en cuenta esto. Todos los órganos consultores de bioética, a gran y a pequeña escala, tienen su importancia al nivel en el que actúen. Por tanto, el Comité de Bioética español tiene una relevancia especialmente grande en todo el marco nacional, y no sólo ayudando en la toma de decisiones de los sanitarios, sino también de las autoridades. El consejo de un órgano nacional llega a los profesionales sanitarios y a otros estamentos de la sociedad reclamando el ajuste de sus medidas a los principios éticos propuestos. La fuerza y el grado de compromiso que conllevan sus recomendaciones hacen que sean prácticamente de obligado cumplimiento por la autoridad moral de lo que representan. Es de vital importancia adelantarse, en la medida de lo posible, a la definición de estos principios, ya que es imperativo que la planificación de los escasos recursos sea previa a la presentación de la situación de crisis, ya que en caso contrario las decisiones se establecerán por necesidad de manera particularista. Hay que hacer un esfuerzo por unificar los principios éticos y su puesta en práctica concreta, aunque suponga un gran esfuerzo. Negar esta necesidad es negar la evidencia^{7,8}. Se afirma en el informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: «Nuestro punto de partida es que la ética no puede dejarse de lado durante una catástrofe de salud pública, como lo es una pandemia de las características del SARS-CoV-2. Antes bien, en una crisis es aún más importante articular orientaciones éticas para circunstancias extraordinarias y evitar el menosprecio de las normas profesionales por los responsables de tomar decisiones bajo presión»⁵.

Priorización en la asignación de recursos

Cribado

Éste ha sido el punto estrella en esta pandemia. Todos los documentos, recomendaciones y la propia opinión pública se centran en éste como el más importante o, cuando menos, como el más conflictivo. Durante la instauración de la pandemia se evidencia el desequilibrio entre las demandas asistenciales de la población y los recursos disponibles, fundamentalmente de personal especializado, de acceso a las pruebas diagnósticas, de camas en Unidades de Críticos y de respiradores disponibles. Estos recursos no sólo están en desequilibrio con las demandas, sino que su distribución es heterogénea a lo largo del territorio nacional. Esto hace aún más complicada la gestión de dichos recursos sin menoscabar los derechos y la dignidad de los ciudadanos^{1,9}.

Con este marco se hace imperativo la gestión de los recursos disponibles, aplicando ciertas acciones restrictivas que sólo se pueden incluir en un contexto de medida extrema. Y

sólo se justifican cuando a todos los niveles se han acometido tareas para aumentar la disponibilidad de recursos y una accesibilidad a los mismos de manera equitativa en todo el territorio nacional, determinado la viabilidad y la seguridad para trasladar a los pacientes a otros hospitales¹⁰.

Los profesionales sanitarios no pueden asumir la responsabilidad de asignación de los recursos a los que tienen acceso si no se ha asumido previamente en la gestión de recursos en el ámbito nacional, una vez asegurada por parte de las autoridades la adecuada obtención de todos los recursos disponibles y una accesibilidad a los mismos de manera equitativa para todos los ciudadanos, donde cabe la posibilidad de adoptar un criterio de asignación.

Lógicamente es en este entorno en el que se requieren unos criterios de acceso y de alta de las Unidades de Cuidados Críticos, no sólo atendiendo a criterios clínicos y a criterios de proporcionalidad, sino también dando cabida a criterios de justicia distributiva y a la localización de los recursos sanitarios limitados. Por lo tanto, estos recursos de planificación han de albergar orientaciones éticas para adecuar todas las acciones a unos cánones de bien hacer en estas circunstancias, aliviando la carga de los médicos y garantizando la igualdad entre los ciudadanos¹.

Esos criterios de planificación han de ser flexibles. No se pueden convertir en unas pautas encorsetadas que impidan el propio juicio clínico particular del profesional sanitario para cada paciente. Y, por otra parte, el juicio del profesional ha de estar siempre presente en la puesta en práctica de los criterios de planificación para no caer en decisiones automáticas o rutinarias.

Trabajo en equipo en la adecuación de recursos

Un aspecto en la asignación de recursos, abordado por muchos autores y que es de capital importancia en situación de pandemia, es el trabajo en equipo en la adecuación de los recursos disponibles.

Los profesionales dedicados al cuidado de pacientes críticos cuentan con unos recursos que no son suyos en propiedad. Son los adecuados administradores, pero no los pueden tener *de facto* en propiedad. Son profesionales que, atendiendo a los recursos de que disponen, están al servicio no sólo del enfermo, sino de otros profesionales. De tal manera, la selección de acceso de pacientes a Unidades de Cuidados Críticos no puede depender exclusivamente de la valoración de los administradores de esos recursos. De acuerdo con las recomendaciones de la SEDAR. «los criterios de acceso a Cuidados Críticos deben discutirse y definirse para cada paciente lo antes posible, idealmente creando a tiempo una lista de pacientes que serán considerados subsidiarios de cuidados intensivos cuando ocurra el deterioro clínico, siempre que la disponibilidad de la unidad lo permita».

La mejor estrategia para esta tarea compleja y delicada de la asignación de recursos es configurar grupos de trabajo de clínicos. No basta con establecer un protocolo, sino que creemos que los criterios de asignación, siendo flexibles, deben adaptarse a la disponibilidad de los recursos a nivel local, el potencial traslado de pacientes y el número actual o previsto de admisiones en el hospital y los potenciales ingresos en las Unidades de Críticos. En esos grupos de trabajo

diario se tienen que valorar los flujos de pacientes, tanto de entrada como de salida en las diferentes unidades (Urgencias, Planta y Unidad de Cuidados Críticos). Esto permite tener una adecuación de los recursos de manera más equitativa y transparente, ya que las decisiones que se toman en un momento de la pandemia quizás no tienen por qué ser las mismas que se toman en otro momento, si se tiene visión de conjunto, evitando la discriminación de pacientes de manera injustificada. Con estas medidas se evitan errores de caer en protocolos cerrados que encorsetan la acción médica y se favorece de la misma manera el bienestar de los profesionales al permitirles tener una visión de conjunto y una toma de decisiones consensuada^{10,11}.

Repercusión en los profesionales

El peso moral de la asignación de recursos que les llega a los profesionales sanitarios en primera línea se ha de delegar sólo después de la optimización en la planificación de los recursos asistenciales a nivel local, autonómico y estatal. Necesitamos bioeticistas que nos ayuden a establecer líneas de acción que eviten el estrés que puede sufrir el profesional sanitario en la toma de decisiones, pero que de la misma manera no les condicione en su propia capacidad de decisión ética en cada caso concreto. Rosenbaum, en un artículo de fondo del *New England Journal of Medicine*, nos revela cómo en sus investigaciones sobre la distribución de recursos en los hospitales del norte de Italia, en plena cresta de la pandemia, los médicos a los que pregunta sobre cómo hacen la selección de pacientes, se resienten ante esa pregunta y muchos evitan contestarle. Palabras textuales como «tuvimos que decidir quién saldría adelante», «no es agradable decirlo» o «asustaría mucha gente» son algunas de las que pudo recoger⁸.

Especialistas del *King's College* de Londres en salud mental y psiquiatría aseguran que la situación sin precedentes que estamos viviendo obliga a que los médicos tengan que tomar decisiones dramáticas, como la decisión de asignación de recursos a pacientes en situaciones clínicas semejantes y trabajar bajo tal presión que ocasiona en ellos un daño moral, con el riesgo de asociar problemas de salud mental. «Daño moral» es un término utilizado tradicionalmente en la literatura médica para el ejército y es definido como la angustia psicológica que resulta de las acciones o la falta de ellas, que violan la moral o la ética de alguien. No es en sí mismo un estado de enfermedad, pero aquellos que desarrollan lesiones morales son un grupo en riesgo de experimentar pensamientos y sentimientos negativos sobre sí mismos o sobre los demás. Estos síntomas pueden contribuir al desarrollo de enfermedades de salud mental, incluida la depresión postraumática, trastorno de estrés e incluso la ideación suicida¹².

El impacto emocional en los sanitarios además está agravado por dos factores más. El miedo al contagio durante su jornada laboral hace que estén en un continuo estado de alerta, tanto en el trabajo como en casa, ante el temor de ser contagiado y transmitirlo a sus familiares más cercanos. Unido a la alta carga de trabajo con las jornadas laborales alargadas y con periodos de descanso irregulares, está el hecho de que muchas veces los resultados del trabajo son frustrantes. La agresividad de la enfermedad en

determinados grupos poblacionales y el desconocimiento inicial de la misma hace que los resultados obtenidos no estén equiparados con los esfuerzos empleados.

Estos aspectos psicológicos no terminarán con el control de la pandemia, sino que quedarán presentes, de una manera latente o manifiesta, en nuestros profesionales y es importante que se tenga en cuenta para poder ayudar a los que han ayudado.

¿Qué principios han de guiar la asignación de recursos escasos?

La determinación de los criterios para la asignación de recursos debe ser claro y fácilmente alcanzable⁵.

En esta situación crítica resulta difícil establecer un criterio único en la distribución de recursos. Se necesita un terreno de múltiples valores éticos que se puedan adaptar de manera individual para determinar a qué paciente le correspondería asignar esos recursos escasos, ya que no hay ningún valor suficiente por sí mismo para hacer esta determinación. La propuesta en el documento del Comité de Bioética español de establecer un modelo mixto en el que tanto el criterio de utilidad como el de equidad y el de protección frente a la vulnerabilidad estén presentes, ha sido compartida por muchos autores^{1,4}.

En algunos casos, una distribución equitativa de los beneficios y las cargas puede considerarse justa. Pero en otros puede ser más justo dar preferencia a los grupos que están en peor situación. No siempre es posible lograr plenamente tanto la utilidad como la equidad y no existe una única forma correcta de resolver las posibles tensiones. Lo importante es que las decisiones se tomen mediante un proceso inclusivo y transparente que tenga en cuenta las circunstancias locales.

Estado de normalidad

Atendiendo a las recomendaciones del Comité de Bioética de España, antes de la aplicación de estos modelos mixtos, debemos preguntarnos qué haríamos en una situación de no-crisis sanitaria. Hay decisiones que en un entorno de normalidad se toman con adecuación a los principios básicos de la bioética en un entorno de proporcionalidad y que en la situación de crisis se pueden estar calificando erróneamente como inapropiadas.

Un criterio fundamental para valorar el ingreso en la Unidad de Cuidados Críticos, incluso en situaciones de adecuación de recursos, es la probabilidad de que los tratamientos surtan efecto y no impliquen riesgos desproporcionados a los beneficios que se esperan. Las intervenciones fútiles nunca son éticamente admisibles. Para adoptar esa decisión es necesario tener en cuenta no sólo la enfermedad actual, sino la existencia de otras afecciones concomitantes (comorbilidad), el estado funcional previo del paciente y la probabilidad de recuperación. Dentro de este contexto del estudio del pronóstico, o de la proporcionalidad de los tratamientos, lógicamente entra la edad como un factor más para tener en cuenta. Este factor es una referencia más para definir el estado y el pronóstico del paciente.

Así mismo, consideramos que la proporción o desproporción de un tratamiento puede variar según la evolución de la

pandemia: lo que en cierto momento es un medio ordinario puede después resultar extraordinario y, por tanto, no obligatorio. Pero esto sólo se puede determinar en conjunto, atendiendo a todos los recursos y al flujo de pacientes que se estiman en el centro del que se trate.

En este punto, bajo el principio de buscar lo más adecuado para cada paciente, evitando el abandono o cualquier forma de discriminación por cualquier razón, hay que mencionar la planificación anticipada de la atención y de los cuidados paliativos:

- La planificación anticipada de la atención debe ser evaluada cuidadosamente, especialmente para pacientes afectados por enfermedades crónicas graves. Estos planes deben ser compartidos en la medida de lo posible entre el paciente, sus familiares y todo el personal sanitario involucrado en el cuidado. La decisión consensuada en la restricción de ciertos tratamientos no desestima la instauración de otros de escala menor o en otras áreas del hospital. En casos especialmente difíciles de discernir se puede contar con una segunda opinión, por ejemplo, del Comité de Ética Asistencial o del grupo de expertos constituido en la situación de pandemia. En cualquier caso, atendiendo al trabajo en equipo mencionado anteriormente, la mayoría de las decisiones puede ser perfectamente gestionada por parte del equipo encargado.
- Siempre se deben proporcionar cuidados paliativos adecuados a los pacientes cuando la decisión, con base en los argumentos especificados previamente, sea la de no aplicar o la de retirar los tratamientos. Los cuidados paliativos, de acuerdo con las normas de cada país, son una cuestión de buena práctica clínica¹⁰.

Algunos principios han quedado descalificados como regidores en la actuación de la asignación de recursos por parte de todos los sectores. El criterio de prioridad en el tiempo, «el primero que llega es al que se le trata», puede dar lugar a situaciones de injusticia, provocando preferencia de pacientes de menor urgencia o de pacientes sin ningún pronóstico favorable sobre su recuperación. Pacientes que han seguido más estrictamente las indicaciones de salud nacional aplicadas o que viven más apartados del centro hospitalario, que tienen menos medios para acceder a él o que tienen más probabilidad de curarse pueden verse relegados en la atención sanitaria por el orden de llegada^{1,5,10}.

Criterio de utilidad

El principio de utilidad establece que las acciones son correctas en la medida en que promueven el bienestar de los individuos o de las comunidades. Está definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para maximizar los beneficios y minimizar las cargas, centrándose en proporcionar atención al mayor número de pacientes. Los esfuerzos por maximizar la utilidad requieren que se considere la proporcionalidad (equilibrar los posibles beneficios de una actividad con los riesgos de daño) y la eficiencia (lograr los mayores beneficios al menor costo posible). Ha de haber equilibrio entre salvar el mayor número de pacientes y la máxima cantidad de años de vida.

¿Cómo se puede lograr el equilibrio entre esos dos bienes? Ese equilibrio va cambiando con el conocimiento que se va adquiriendo de la enfermedad. Durante las fases de la pandemia y con el conocimiento del curso de la enfermedad, el equilibrio puede variar. Se puede pasar de salvar al mayor número de personas en las primeras fases de la pandemia, en las que el tiempo es limitado y se carece de conocimiento sobre la evolución de la enfermedad, a inclinarnos hacia el mayor número de años de vida. En cualquier caso, el equilibrio entre número de vidas y años de vida que se elija debe aplicarse de forma consistente.

Este criterio de utilidad en la asignación de recursos ha de tenerse en cuenta tras la diferenciación de los pacientes que no sobrevivirán, incluso con un tratamiento agresivo, y los que sobrevivirán incluso sin ningún tratamiento. Por lo tanto, las personas que están enfermas y se pueden beneficiar de tratamiento están por delante de las que no se pueden beneficiar o de las que se pueden recuperar sin tratamiento. Dentro de estos criterios, pero no con carácter de exclusividad, está presente el factor de la edad^{1,5}. Así, características del paciente como comorbilidades, estado funcional y edad deben evaluarse cuidadosamente sin tener que poner un límite exacto de edad para entrar en la posibilidad de uso de recursos escasos.

Resultan interesantes los resultados del estudio realizado en el que se consultaba a la sociedad sobre su percepción respecto a qué pacientes tratar en una situación de pandemia, situación ficticia en el momento del estudio. La población ponía en primer lugar salvar a las personas con la mayor posibilidad de vida a corto plazo, seguido de salvar a aquellos que por no presentar comorbilidades podrían tener una perspectiva de vida a largo plazo mayor. Todos alegaban que la edad no puede definir el criterio de tratar o desestimar tratamiento, pero que en determinadas situaciones, la edad podría ser un factor para tener en cuenta⁸.

Criterio de equidad

El principio de equidad se refiere a la imparcialidad en la distribución de los recursos, las oportunidades y los resultados. Se puede definir como una «distribución justa de los beneficios y de las cargas». Se podría entender como proporcionar recursos para los que más los necesitan.

Tratar a las personas por igual podría intentarse mediante una selección aleatoria o mediante una asignación por orden de llegada, pero el principio de equidad no hace referencia a eso. Los elementos clave de la equidad incluyen el tratamiento por igual, evitando la discriminación y la explotación, y siendo sensibles a las personas que son especialmente vulnerables a los daños o a la injusticia^{6,13}.

Para poder aplicar este criterio de equidad se requiere de un terreno de múltiples valores éticos que puedan adaptarse de manera individualizada a cada paciente.

Especial cuidado requiere en este aspecto, la protección frente a la vulnerabilidad, especialmente en situaciones de crisis o desastres masivos, donde la falta de tiempo y la necesidad de ajustar los recursos, como hemos visto durante esta pandemia, podrían, en muchos casos, favorecer injusticias. En el documento emitido por el Ministerio de Sanidad dice que «no se puede discriminar por ningún motivo ajeno

a la situación patológica del paciente y a las expectativas objetivas de supervivencia».

Encontramos tres grupos poblacionales vulnerables diferentes: pacientes con discapacidades, pacientes de edad avanzada y pacientes sin recursos económicos:

- No resulta compatible con los principios descritos en los diferentes documentos legales nacionales e internacionales relacionados con los Derechos de las Personas hacer discriminación con base en las discapacidades que tenga el paciente previamente a la afección del presente, ya que, como nos recuerdan los bioeticistas del comité español «los derechos no pueden estar ligados a la posesión o no de un determinado nivel de conocimientos, habilidades y competencias, sino a la condición de persona, puesto que todas las personas tienen idéntico título para el reconocimiento y disfrute de sus derechos, por el mero hecho de serlo»⁴.
- En este caso concreto de pandemia en el que estamos inmersos, los pacientes de mayor edad son considerados como más vulnerables y en todo caso «deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a los criterios clínicos de cada caso en particular, ya que el criterio de edad sólo puede ser usado para priorizar, pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el acceso a determinadas medidas de soporte vital»^{4,5}. Resulta claro que la edad tiene repercusión en el pronóstico clínico y es en este contexto donde se ha de valorar, pero en ningún caso con la consideración exclusiva de ese criterio. Hay que valorar todas las circunstancias de cada paciente, sin excluir a nadie *a priori*. Por la edad, la única posible discriminación positiva son los niños, pero no es un grupo de edad que se haya visto afectado en las fases de la pandemia que hemos vivido.
- No siendo un aspecto especialmente importante en nuestro país, debido al sistema sanitario público, ha de tenerse en cuenta que en determinados países el acceso a la sanidad depende de los recursos económicos personales. En situaciones de pandemia, los recursos personales no pueden ser una limitación al tratamiento¹.

Protocolos

Resulta conveniente establecer protocolos particulares a nivel local u hospitalarios que, constituidos desde esos principios rectores, tengan los principios básicos comunes. Protocolos con criterios objetivos generales y consensuados, de cara a facilitar el trabajo de los profesionales y dando por supuesto la aplicación de medidas a todos los niveles.

Aunque esos principios nos ayudan a establecer unos protocolos, ha de hacerse una consideración particular para cada paciente, valorando su singularidad y considerando también la circunstancia en la que se encuentra ese centro.

Como ya hemos mencionado previamente, esos protocolos facilitan el consenso y aseguran que los sanitarios no se enfrenten de manera aislada a la terrible tarea de improvisar o de realizar decisiones sobre a quién tratar.

Un aspecto muy importante en la instauración y aplicación de estos protocolos es el deber de la transparencia, que asegura que no hay decisiones arbitrarias o con sesgo.

La transparencia permite la aceptación general, por el paso previo de la comprensión general, manteniendo así la confianza de la población y de los sanitarios en el servicio de salud.

Algunos autores manifestaban su preocupación respecto a la divulgación de los criterios de ajuste de recursos, alegando que el racionamiento de recursos es mejor tolerado cuando se hace en silencio. Lo hacían en referencia a las primeras fases de la pandemia en Europa, cuando prácticamente Italia era el único país afectado en el continente y el segundo más castigado del mundo, ya que las guías éticas propuestas en Italia habían sido muy criticadas y fueron acusadas de discriminación por la edad, incluso algunos llegaron a decir que se había exagerado la gravedad de la pandemia⁸. Entendemos que esa reflexión ha sido llevada a cabo en un clima de absoluto abatimiento ante la imprevista magnitud y rapidez de la pandemia. Ante la perspectiva con la que estamos ahora, podemos afirmar que la transparencia y la adecuada comunicación para una completa comprensión es una característica vital, ya que un esfuerzo de asignación exitoso requiere de la confianza y de la cooperación del público.

Sin embargo, incluso los protocolos bien diseñados pueden presentar problemas difíciles en la toma de decisiones y en su aplicación en un momento concreto. Para ayudar a los médicos en este desafío, algunos recomiendan disponer de un grupo de médicos que no se encarguen de la atención directa al paciente, o comités de médicos experimentados y con conocimientos éticos, disponibles para aquellos que necesiten consultar ante una decisión de adecuación de recursos, aliviando a los médicos de primera línea. Otros recomiendan distinguir entre el personal que hace el triaje y el que trabaja directamente con el paciente. Consideramos que estableciendo un equipo constituido por profesionales experimentados y líderes en los diferentes ámbitos de atención (Urgencias, Planta, Unidad de Cuidados Críticos y epidemiólogos) se puede establecer una adecuación individual del protocolo para cada caso específico o conflictivo.

Los algoritmos o protocolos requieren revisión periódica en dos sentidos: para ajustar los criterios a los avances y conocimiento que se va teniendo, tanto de la enfermedad como de la distribución de la misma, y para asegurar los cambios en la enfermedad en cada paciente, evaluando la idoneidad, los objetivos de atención y la proporcionalidad.

Priorización de algunos colectivos a asignación de pruebas y de recursos

Otro aspecto discutido en las fases iniciales de la pandemia ha sido la defensa del principio ético de reciprocidad, que implica que la sociedad debe apoyar a las personas que asumen una carga o riesgo desproporcionado en la protección del bien público¹³. Muchos defienden que se tiene que dar prioridad a los que están trabajando en las labores de investigación y de tratamiento en esta pandemia. El Comité de Ética español se pronuncia diciendo: «Protegiendo prioritariamente a los sanitarios, sobre todo a aquellos más directamente involucrados en la asistencia directa a pacientes, nos protegemos directamente a todos»^{4,5}.

Ajustan la preferencia en el tratamiento de aquellos que son difíciles de reemplazar, y que se haría con base en su valor instrumental, ya que son esenciales para la respuesta a la pandemia. Así mismo, otros autores dicen que esa prioridad es el reconocimiento de su entrega y que hasta puede evitar el absentismo laboral, por parte de un estamento laboral imprescindible en el momento de pandemia ante el miedo al propio contagio¹.

La asignación de recursos en beneficio de los sanitarios frente a otros ciudadanos plantea ciertas dudas. Es un aspecto que puede ser tenido en cuenta, pero en el conjunto de todos los criterios expuestos previamente. El dilema propuesto sería improbable que se llegue a dar debido a que las características de la población trabajadora (como es el personal sanitario, cuerpos especiales o fuerzas de seguridad) conllevan un nivel de salud previo a la afectación que les daría, *per se*, prioridad frente a otros pacientes sin recurrir a su condición profesional.

Asignar con carácter preferente pruebas de detección a personal sanitario o personal incluido en el curso de la pandemia repercute en todos los ciudadanos, ya que los propios sanitarios, por su misión y trato con pacientes, pueden ser vía de propagación de la enfermedad a una población especialmente frágil que son los pacientes. Así mismo, los miembros de las fuerzas de seguridad y cuerpos especiales sí que deberían tener acceso a esas pruebas con carácter preferente, no en honor a su labor, sino como medida preventiva social, ya que el resto de los ciudadanos pueden llegar a ser contagiados por ellos.

Aspectos relacionados con las familias y el acompañamiento

Tras el inicio de la pandemia en España, y ya habiendo sido muy castigado el país, se percibe la nueva preocupación del aislamiento de los pacientes, tanto durante el curso de la enfermedad como en los últimos momentos de la vida. Esta situación es percibida como inhumana y repercute en los pacientes, en sus familias, en el personal sanitario y en toda la sociedad.

La obligatoriedad del aislamiento de las personas infectadas, por la altísima tasa de infectividad, añade a la situación ya penosa de enfermedad una privación afectiva familiar por la que nunca antes hemos tenido que pasar. La situación de dolor asociada a la enfermedad de un familiar se hace más intensa ante la separación y la imposibilidad de acompañarle en ese camino, pero el culmen del sufrimiento es cuando el paciente se encuentra en la fase final de su vida sin el sustento familiar.

El Comité de Bioética de España manifiesta, en un artículo breve, sus reflexiones y propone estudiar el mejor modo de acompañamiento y el apoyo espiritual o religioso conforme a las convicciones del paciente y a las características del centro, facilitando el acompañamiento sin perjudicar a la seguridad particular y global de la sociedad. Con esta reflexión nos ha permitido a los clínicos innovar sobre posibles alternativas para poder facilitar a los pacientes y allegados un entorno «más compasivo»¹⁴. Como concluyen en su documento: «es un esfuerzo a todas luces justificado y un acto superior de humanización»⁶.

Conclusiones

La bioética es una ciencia que facilita a los clínicos nuestra labor asistencial, proporcionándonos unas vigas sobre las que fundamentar nuestros conocimientos científicos y nuestra propia experiencia clínica. La pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 nos ha confirmado una vez más esta necesidad. Los grandes principios rectores de la bioética que impregnan nuestra práctica asistencial también han de iluminar a las estructuras organizativas, a los distintos niveles, asegurando el respeto a la dignidad humana en todas las formas en las que se manifiesta, que es en cada persona en particular. La bioética y los bioeticistas tienen que estar presentes en nuestra práctica, no para juzgar los hechos *a posteriori*, sino para facilitar que los hechos sean siempre más humanos, salvaguardando la dignidad de todos y cada uno.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:2049–55, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs2005114>.
2. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación y Terapéutica del Dolor. Marco ético pandemia COVID-19. SEDAR. <https://www.sedar.es/images/site/BIBLIOGRAFIA.COVID-19/Anestesia/DOC.SEDAR.Marco.etico.pandemia.coronavirus.pdf>.
3. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y de Unidades Coronarias. Recomendaciones éticas para tomar decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las unidades de Cuidados Intensivos (SEMICYUC). <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica.SEMICYUC-COVID-19.pdf>.
4. Comité de Bioética de España. 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. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
5. Ministerio de Sanidad de España. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos.en.situaciones.de.pandemia.pdf>.
6. Comité de Bioética de España. Declaración de Comité de bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con Covid-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE.Declaracion.sobre.acompanamiento.COVID19.pdf>.
7. Hamele M, Neumayer K, Sweney J, Poss WB. Always ready, always prepared-preparing for the next pandemic. *Transl Pediatr*. 2018;7:344–55, <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2018.09.06>.

8. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med.* 2020;382:1873–5, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2005492>.
9. Kramer JB, Brown DE, Kopar PK. Ethics in the Time of Coronavirus: Recommendations in the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Surg.* 2020;230:1114–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004>.
10. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina GR, Livigni S, Mistràletti S, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care.* 2020;24:165, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w>. Published 2020 Apr 22.
11. Antommària AHM, Gibb TS, McGuire AL, Root Wolpe R, Wynia MK, Applewhite MK, et al. Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors. *Ann Intern Med.* 2020;173:188–94, <http://dx.doi.org/10.7326/M20-1738>.
12. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020;368:m1211, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1211>. Published 2020 Mar 26.
13. World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. WHO. 2016, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580> [Consultada el 2 de mayo de 2020].
14. Mateo Rodríguez E, López Alarcón MD, Baixauli Soria C, Celda Moret MÁ. What have we done in our anesthesia ICU to maintain communication in the pandemic? ¿Qué hemos hecho en nuestra UCI de Anestesia para mantener la comunicación en la pandemia? *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2020;67:484–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2020.06.004>.