REFLEXIONES ÉTICAS PARA UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA: COVID-19
Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias

Ante el estado de emergencia que estamos viviendo de manera tan globalizada y compleja, la Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias (CABEPA) quiere compartir con toda la ciudadanía, y en particular con los profesionales sanitarios, un conjunto de reflexiones éticas que puedan facilitar su trabajo diario y, si fuera posible, fortalecer el sentido humano de la tarea que desempeñan y aliviar en lo posible la presión que están experimentado.

Tanto sociedades científicas[1][2][3] como organizaciones colegiales[4], el Comité de Bioética de España[5] y otros comités de ética autonómicos[6] han elaborado informes, planes de contingencia y recomendaciones éticas. Podríamos pensar que casi todo está dicho y bien dicho. No obstante, como CABEPA se imponía una reflexión y un deseo de aportar una fundamentación ética que nos oriente en la búsqueda del interés colectivo y el obligado respeto a la dignidad del ser humano.

I.- Cuestiones de fundamentación ética

La situación actual de propagación del coronavirus COVID-19 pone de relieve, en primer lugar, que **somos vulnerables**. La vulnerabilidad es una característica distintiva de la condición humana y todos, sin excepción, tenemos experiencia de ella en determinadas condiciones y contextos. Podría definirse como “la capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana y para recuperarse de los mismos”[7].

Hay una vulnerabilidad de tipo personal, que se refiere a la posibilidad de enfermar y de sufrir, a nuestra común fragilidad y al hecho de morir. Y hay otra de tipo social, que tiene dos aspectos: uno externo, en cuanto exposición a determinados riesgos; y otro interno, en cuanto imposibilidad o dificultad para enfrentarse a ellos. El momento que nos ha tocado vivir resalta con toda su fuerza esos aspectos de la vulnerabilidad.

---

[1] Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19. https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Plan-Contingencia-COVID-19.pdf

[2] Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemiacovid-19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC). https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

[3] Marco Ético Pandemia COVID 19. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR). https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/Marco_etico_coronavirus.pdf

[4] Organización Médica Colegial de España. 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. Madrid, 23 marzo 2020.

[5] 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. Madrid, 25 marzo 2020

[6] Consello de Bioética de Galicia. Crisis sanitaria causada por el COVID -19. Algunas consideraciones éticas. https://www.sergas.es/Bioetica/Consello-de-Bioetica-de-Galicia-Documentacion-CBG-CGB?idioma=es

[7] Cruz Roja y Media Luna Roja: https://media.ifrc.org/ifrc/?lang=es

El ser humano, vulnerable por definición, es constitutivamente relacional. Nadie puede ser un “yo” al margen de los “otros”, ni conseguir su identidad aislándose o prescindiendo de los demás. La ética empieza, precisamente, cuando entra en escena el otro. En esa experiencia tan personal y, a la vez, tan especial, demostramos el tipo de trato que damos a los demás y desvelamos el modo de ser o el tipo de persona que es cada uno. La ética nos hace tomar conciencia de que el acto moral es un acto de religación con los otros. Cada día contemplamos la evidencia de que **somos interdependientes**. La búsqueda de la salud, en este caso, debe ser una tarea solidaria y compartida, sin fronteras.

La base ética de la actividad sanitaria está también condensada en la relación con los enfermos, que no son sólo cuerpos con patologías y datos, sino personas concretas. Esa experiencia es el origen de un modo de ser específico y de un rol característico: ponerse en el lugar del otro; actuar en favor de la vida; mejorar continuamente los conocimientos y habilidades; y asumir que la responsabilidad y el cuidado son los ejes de la profesión.

La tarea de cuidar, entendida como solicitud y atención para hacer bien algo a alguien, revela que lo substantivo del ser humano se encuentra en la razón y en la libertad y, al mismo tiempo, en el sentimiento y en la sensibilidad que impulsan a cuidarnos mutuamente. Demuestra que lo más valioso del ser humano es el propio ser humano y que las otras personas son la prioridad ética para cada uno de nosotros. El **cuidado** es el marco ético del mundo humano y transforma la propia vida en un don para los demás.

Así mismo, la relación ética suscita **responsabilidad**. Su clave es la respuesta y el modo de responder. Cuando la vida, la alegría y la pena, el dolor y el sufrimiento o la muerte del otro nos tienen descuidados o sin cuidado, es muy difícil que se pueda hablar de ética porque no hay alteridad, sólo existe el propio yo. Ser o estar con los otros es razonable, pero no suficiente. Lo decisivo es ser y vivir para los otros. Este es el terreno de la ética donde el cuidado de uno mismo se convierte en cuidado por los otros otorgando así sentido a la propia identidad. Somos responsables de lo que hacemos, pero, sobre todo, del hecho mismo de ser y de vivir para los demás. Decir “yo” es lo mismo que decir “heme aquí, respondiendo de todo y de todos, dar a manos llenas”.

La **autonomía** personal, como fundamento de la ética, no es absoluta, ni incondicionada. Se quiebra y se rompe en sucesivas ocasiones a lo largo de la vida. Es un valor y un principio ético prominente, pero es también relativo y condicionado. Es relativo porque está en relación directa con la vulnerabilidad personal y social. Y es también condicionado porque jamás deberíamos buscar el bien individual a costa del bien de los demás. La autonomía personal está traspasada por la relación, la solidaridad y la interdependencia.

A finales del siglo XX se reformularon los fines de la medicina, que alargan sus raíces hasta la época hipocrática. Podríamos resumirlos así: 1) prevenir las enfermedades y promover y conservar la salud; 2) aliviar el dolor y el sufrimiento humano causado por la enfermedad; 3) atender a los pacientes para curar a los que sean curables y para cuidar a los incurables; y 4) evitar la muerte prematura y buscar una muerte tranquila.

La UNESCO consagró el "principio del respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal" como un valor ético de interés universal, que implica a su vez el cumplimiento de otros principios básicos: la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como la "prioridad" de los intereses y el bienestar de la persona con respecto al interés exclusivo de la ciencia o de la sociedad.[8]

Las instituciones y los profesionales de la sanidad desarrollan su actividad habitual en dos ámbitos: uno se corresponde con la ética clínica y otro con la ética de la salud pública. Resumiendo, se podría decir que el primero otorga la prioridad a cada persona, desarrolla la responsabilidad de cuidarlas y concentra su atención en hacer el bien al enfermo (beneficencia); el segundo prioriza la salud de la comunidad asumiendo la responsabilidad de promover la igualdad moral de las personas y la equidad en la distribución de riesgos y beneficios (justicia). Estamos acostumbrados a ver el funcionamiento de esos dos ámbitos de manera diferenciada, pero en situaciones de emergencia, como la actual, se aproximan tanto entre sí que llegan a superponerse produciendo con frecuencia una gran tensión. Para conseguir que guarden equilibrio, sin confundirse, se ha propuesto el siguiente marco ético general: 1º) el deber de planificar gestionando la incertidumbre, 2º) el deber de salvaguardar apoyando a los trabajadores y protegiendo a las poblaciones vulnerables, y 3º) el deber de guiar indicando los niveles de atención de contingencia y los estándares de atención en caso de crisis.[9]

II. Ética aplicada a la asistencia

La toma de decisiones en entornos tan complejos como la actual pandemia está caracterizada por un gran aumento de la incertidumbre.

Y en este contexto la pregunta ética por excelencia es ¿qué debo hacer? ¿qué es lo correcto o lo incorrecto? Y nadie, ni las personas, ni las organizaciones creadas y dirigidas por personas, pueden dejar de hacerse esta pregunta cada vez que tienen que actuar, que tomar una decisión, ya que en toda decisión se ponen en juego valores. La ética es el arte de elegir la mejor conducta, tal y como decía Ortega, y por tanto tiene que ayudarnos a tomar decisiones correctas y buenas en situaciones como la actual crisis.

---

[8] Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos, artículo 3 y 5: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

[9] The Hastings Center, Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19: https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf

Situaciones para las que ninguno estamos preparados, situaciones en las que no todo vale y donde el respeto a la dignidad de todo ser humano debe ser el canon que guíe nuestras decisiones. Mas que nunca es necesaria la prudencia y en la medida de lo posible la deliberación colectiva, huyendo de las posiciones extremas dilemáticas (pongo o no pongo respirador, ingreso o no ingreso en UCI) sino explorar cursos de acción intermedios que permitan proteger lo mejor posible los valores que como sociedad estamos llamados a defender.

En situaciones como la presente puede existir un conflicto entre dos deberes:

1. El deber de **cuidado** que nos obliga a no abandonar al paciente, aliviar el sufrimiento, y respetar los derechos y preferencias de los pacientes.
2. El deber de **justicia** que nos obliga a la distribución equitativa de los recursos y a ponderar las decisiones teniendo en cuenta el bien común y no sólo el bien individual. Se trata de la justicia distributiva, referida a la distribución equitativa de derechos, beneficios y cargas sociales, sabiendo que los bienes son escasos y las necesidades múltiples.

Hay dos maneras de distribuir recursos[10]. El enfoque utilitarista prioriza el **criterio de eficiencia**: los recursos deben utilizarse en aquellas personas que más puedan beneficiarse de ellos. El segundo enfoque, basado en Rawls, considera que los recursos deben distribuirse de acuerdo con el **criterio de equidad** de forma que lleguen a todos por igual, o que, en caso de desigualdad, tengan preferencia aquellos que más los necesitan, es decir, los más frágiles, los más desprotegidos.

Ambos enfoques son complementarios. El criterio de equidad obliga a que los beneficios y cargas se distribuyan por igual. El principio de eficiencia ayuda a decidir qué grupos se beneficiarán más de la utilización de los recursos.

Nuestra sociedad considera que la opción más correcta es la que conjuga ambos criterios, eficiencia y equidad, buscando una postura intermedia que incorpore las siguientes garantías:

1. Principio de universalización: Que haya una distribución equitativa de las cargas y beneficios. Una vez aceptados, los criterios deben ser los mismos en todos los centros asistenciales.
2. Transparencia: En condiciones de escasez no puede haber excepciones. Los criterios deben ser conocidos por la población afectada y su implementación debe estar sujeta a estrictos criterios de transparencia y rendición de cuentas.
3. Obligación de no abandono: Se debe cuidar e implementar atención proporcionada al grupo más vulnerable al que no se puedan aplicar todas las medidas.

[10] Gracia D. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogota: Editorial El Búho, 2002

4. Gradualidad: las medidas de limitación deben activarse de forma escalonada adaptándose a los escenarios de la crisis.

El modelo adaptativo[11], fundamentado éticamente en los principios de eficiencia y equidad, es el único que permite, en condiciones de escasez, no discriminar con el criterio de orden de llegada (que perjudica a los que más podrían beneficiarse de un servicio, aunque no hayan llegado los primeros) ni con la aplicación discrecional de la regla del rescate (decisiones distintas dependiendo del profesional y/o el centro).

Cada nivel de contingencia establece unos estándares de atención que serán proporcionales a los recursos humanos y materiales (camas de UCI, ventiladores, camas de hospital o sistemas de protección) y demandas. Cuanta más demanda, menos recursos y, por tanto, para que su distribución sea eficiente y equitativa, los estándares deben cambiar.

Los niveles de contingencia deben ser establecidos de manera centralizada por una comisión pluridisciplinar y representativa, a ser posible con participación ciudadana. Una vez establecido el nivel de contingencia toda la organización debe actuar en ese marco sin excepciones.

La adecuación y aplicación proporcionada de los medios de soporte vital es una obligación de buena práctica clínica que ya existía previo a esta crisis sanitaria, y que en este momento debe implementarse de forma estricta. Por otra parte, es importante no olvidarse de la obligación de tratar de forma adecuada a aquellos pacientes que presentan otras patologías, distintas del COVID-19, que también pueden poner en peligro su vida.

Tal y como recoge el Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica[12] no es tolerable una situación de discriminación en la atención sanitaria recibida en función de la edad cronológica. La situación funcional y de fragilidad deberán ser los criterios prioritarios en la toma de decisiones y en las estrategias de asignación de ingreso en UCI.
La adecuación de la atención sanitaria incluye ofrecer unos cuidados paliativos de calidad que engloben tanto el adecuado control sintomático como otras necesidades de la persona en el final de la vida, atendiendo a sus familiares y dando apoyo psicológico o espiritual al que lo requiera o demande.

En el proceso de toma de decisiones, si surgen situaciones especialmente difíciles puede ser recomendable solicitar el asesoramiento de los Comités de Ética Asistencial (CEAS)

[11] Hasting Center Report. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/
[12] Posicionamiento SEMEG respecto de las necesidades y derechos del paciente mayor en la situación actual de pandemia por COVID-19.http://www.semeg.es/profesionales/actualidad/_/posicionamiento-semeg-respecto-de-las-necesidades-y-derechos-del-paciente-mayor-en-la-situacion-actual-de-pandemia-por-covid-19.html

disponibles en la mayoría de las áreas sanitarias, para que puedan ayudar en la prevención o resolución de conflictos de valores entre las partes implicadas (profesionales, pacientes, familiares e institución).

Las decisiones de adecuación de la intensidad terapéutica se fundamentan en el conocimiento científico, la calidad de vida del paciente y sus preferencias, las posibilidades de recuperación y los criterios de futilidad.

Posibles escenarios:

1. **Situación Urgente: actuar en mejor interés del paciente**

En los casos en los que se produzca un empeoramiento agudo o inesperado de la función respiratoria debido a la infección por Covid-19, los profesionales responsables del caso actuarán en mejor interés del paciente guiados por la evidencia científica, las recomendaciones locales y la gestión de recursos disponibles.

2. **Situación previsible: consensuar decisiones entre profesionales**

Si se dispone del tiempo suficiente para valorar la situación clínica de los pacientes infectados atendidos en Urgencias o en planta de hospitalización, es aconsejable buscar un consenso entre los profesionales sanitarios (Urgencias, Medicina Interna, Neumología y UCI, principalmente) y decidir con antelación cuáles de ellos serán ingresados en UCI en caso de empeoramiento. Este plan de actuación será reflejado en la historia clínica y explicado a los pacientes y/o familiares o representantes.

3. **Situación de escasez: priorizar recursos** (ingreso en UCI, ventilación mecánica)

En esta situación se continuará con el tratamiento en la unidad de hospitalización convencional, se informará al paciente y su familia que se administrarán los cuidados y tratamientos adecuados para aliviar el sufrimiento del paciente y su familia, incluyendo la sedación paliativa según protocolo si fuera necesario.
Si es posible, se deben habilitar espacios de atención intermedios entre la UCI y la planta de hospitalización convencional para aquellos pacientes que se puedan beneficiar de técnicas como la Oxigenoterapia de Alto Flujo o la Ventilación Mecánica No Invasiva, tomando las adecuadas medidas de prevención**.**

III. Comunicación transparente y responsable

Dada la repercusión social de la situación de emergencia sanitaria que estamos viviendo es fundamental que la expresión y la difusión de información sea fiable, fidedigna y prudente, evitando cualquier sensacionalismo que incremente una alarma social perjudicial e innecesaria. Asimismo, es recomendable que la ciudadanía acuda a fuentes fiables de información (páginas web del Ministerio de Sanidad y de las Consejerías de Sanidad Autonómicas). Las redes sociales están llenas de falsedades y bulos (*fake news*) que confunden y generan desconcierto y ansiedad.

La comunicación acerca de la mayor afectación y gravedad en las personas ancianas o la difusión de la edad como principal criterio de limitación de la intensidad asistencial, o la situación vivida en algunas residencias de mayores ha generado una inquietud adicional. No debemos olvidar la obligación de respeto y cuidado que como sociedad tenemos hacia las personas ancianas y más vulnerables y eso debe reflejarse en los mensajes que se difunden.

IV. Confidencialidad y protección de datos de carácter personal

En relación con los principios y normas relativas a los derechos a la intimidad y a la protección de datos de carácter personal, debe de señalarse que al tratarse de derechos fundamentales han de ser aplicados íntegramente, máxime en una situación como la que nos ocupa, en la que todos debemos ser exquisitos en su cumplimiento.

Dicho lo anterior, como regla general, las propias normas reguladoras de esos derechos contemplan excepciones que se materializan en forma de salvaguardas y reglas necesarias para permitir legítimamente los tratamientos de datos personales en situaciones, como la presente, en que existe una emergencia sanitaria de alcance general. La Agencia Española de Protección de Datos ha declarado que para cumplir las decisiones sobre la pandemia de coronavirus que adopten las autoridades competentes, en particular las sanitarias, la normativa de protección de datos no debería utilizarse para obstaculizar o limitar la efectividad de las medidas que se adopten en la lucha contra la pandemia. Pero, ciertamente, la propia normativa de protección de datos permite adoptar las medidas que sean necesarias para salvaguardar los intereses vitales de las personas físicas, el interés público esencial en el ámbito de la salud, la realización de diagnósticos médicos, o el cumplimiento de obligaciones legales en el ámbito laboral, incluido el tratamiento de datos de salud sin necesidad de contar con el consentimiento explícito el afectado.[13]

V. Aislamiento de las personas

En estos momentos de aislamiento de las personas en sus domicilios y en los centros sanitarios, las instituciones y los profesionales deben fomentar el contacto de los pacientes con sus familiares y allegados. Es preciso ser creativos y buscar fórmulas a través de las nuevas tecnologías para suplir el aislamiento de los enfermos, facilitar la comunicación y acompañamiento virtual con su familia y allegados. La soledad y el aislamiento social de los pacientes incrementan la morbimortalidad.
Los pacientes en situación vulnerable, que no puedan comunicarse por sí mismos con familiares y allegados, deberían tener ayuda de los centros sanitarios y sus profesionales, con medios telemáticos.

[13] Agencia Española de Protección de Datos. Informe Gabinete Jurídico 0017/2020

VI. Profesionales encargados de la atención sanitaria: retos y estrategias

Los profesionales sanitarios (y no sanitarios) están expuestos a la cara más dramática de esta epidemia de forma continua, con la carga de sufrimiento y muerte que lleva consigo y en ocasiones en condiciones desoladoras.

Los retos a los que se enfrentan son muchos y muy diferentes, entre ellos[14]:

1. Proporcionar apoyo y atención sanitaria con frecuencia ante una demanda asistencial desbordada.
2. Equipos insuficientes e incómodos y miedo a contraer la enfermedad y transmitirla.
3. Ansiedad tanto en la atención directa al enfermo como por la exposición al desconsuelo de las familias.
4. Dilemas éticos y morales.

Esto se traduce en gran estrés emocional que requiere especial atención a las necesidades de apoyo psicológico de todas las personas implicadas en la asistencia a estos pacientes. Cuidarse a sí mismo y animar a otros a autocuidarse mantiene la capacidad de seguir cuidando y contagiando salud. Reconocer los síntomas de agotamiento y pedir ayuda favorece la estabilidad en tiempos de dificultades mantenidas. La competencia profesional y la fortaleza no son incompatibles con sentir inquietud, miedo, tristeza, culpa o impotencia y compartir estas emociones transmite seguridad y confianza ayudando a regularlas. Es importante no perder la esperanza y recordar que a pesar de los obstáculos o las limitaciones se está cumpliendo una gran misión cuidando a los más necesitados.

Por otra parte, exigir garantías, además imposibles, de riesgo cero en el cuidado de estos pacientes durante la epidemia o no adaptarse a los medios con los que se cuenta en una situación de escasez de recursos cuando se distribuyen equitativamente las cargas, es negar la esencia de las profesiones implicadas en la atención sanitaria. La forma en que equilibran estos profesionales sus propios intereses con los del paciente o la sociedad demuestra la ética de los mismos.[15]

Por supuesto, la sociedad, a su vez, tiene dos obligaciones con estos profesionales:

1. Máxima reducción de los riesgos. Las instituciones deben esforzarse en proporcionar el material de protección necesario para su trabajo cotidiano.
2. Si existe racionamiento, por ejemplo, por falta de material adecuado, hay obligación de repartir las cargas de forma transparente y equitativa.

[14] Novoa A. ¿Deben los profesionales sanitarios correr riesgos en la epidemia del COVID-19? **http://www.nogracias.org/2020/03/15/deben-los-profesionales-correr-riesgos-en-la-epidemia-del-covid-19-por-abel-novoa**

[15] Pellegrino ED. Altruism, Self-interest, and Medical Ethics. JAMA. 1987;258(14):1939–1940. doi:10.1001/jama.1987.03400140101036

En las crisis, solo la solidaridad, la generosidad y la búsqueda del bien común, sirven. Y esto vale, para los ciudadanos y para los profesionales. Todos debemos cuidarnos, cuidar, y mantenernos no sólo unidos sino coordinados.

La CABEPA quiere manifestar su solidaridad con las personas fallecidas a causa de esta pandemia, así como a sus familiares y amigos, y mostrar su apoyo a las personas enfermas. Igualmente, desea agradecer públicamente la competencia y generosidad de los profesionales encargados de la atención sanitaria y sociosanitaria, quienes, junto a otros muchos que realizan actividades esenciales, quedarán grabadas para siempre en la sociedad asturiana.

Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias

Oviedo, 31 de marzo de 2020