

VALORACIÓN JURÍDICA SOBRE CÓMO ABORDAR LA SITUACIÓN QUE AFRONTAN LOS INTENSIVISTAS Y ANESTESISTAS QUE A DÍA DE HOY TIENEN QUE AFRONTAR DECISIONES DE TRASCENDENCIA, COMO SON QUE UN PACIENTE NO INGRESE EN CAMA DE CRÍTICOS NO POR CRITERIO CLÍNICO SINO POR FALTA DE CAMAS.

FUENTES

- Informe de fecha 23/03/2020 del Comité de Bioética de España, publicado por la OMC, en relación a la priorización de las decisiones sobre enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria.
- “*Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos*” emitido por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).
- *Marco ético pandemia COVID 19*, emitido por la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, de fecha de 20 de marzo de 2020.
- “*Recomendaciones sobre la infección por sars-cov-2 para profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de pacientes oncológicos*” emitido por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMC) de 19/03/2020 “*World Health Organization. Rational use of personal protective equipment (PPE) for conovirus disease (COVID-19) Interim Guidance 19th March 2020*”

MARCO NORMATIVO

- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo de 2020, por el que se declara el estado de alarma ara la gestión de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (artículos 4 d y art 12.1 y 2).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (artículos 20.2 Apartado 3).
- Código de Deontología Médica Guía de Ética Médica (artículo 6.2)
- Convención de Derechos de las Personas con discapacidad, de 20 de diciembre de 2017 (artículos 5, 10, 11 y 25 e.)
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tal y como abre el informe de la OMC, de fecha de 23 de marzo de 2020, citado en el encabezamiento, vivimos bajo un nivel de estrés sanitario desconocido hasta el momento que pone a prueba la capacidad de respuesta social ante unos resortes sanitarios públicos y privados que serán pronto insuficientes.

Vivimos una **crisis de salud pública**, que trae vinculada una crisis sanitaria cuyas consecuencias están ya siendo extremadamente graves.

Todos los enfermos que lo precisen deben ser atendidos de la mejor manera posible, sin embargo, ante un futuro inmediato no habrá capacidad de respuesta suficiente para atender todos los casos, de cualquier patología, que precisen cuidados intensivos y esta situación puede producir un detrimento en la atención a pacientes de otras patologías que requieren cuidados avanzados y cuidados intensivos.

La situación creada por la epidemia por el Coronavirus COVID19 requiere de **solidaridad** para compartir recursos materiales, tecnológicos y humanos, y que debe ser una prioridad entre los territorios y las unidades asistenciales de cualquier tipo, eficaz y eficiente.

Los **principios de la bioética**, y en concreto, el **principio de justicia distributiva**, consideran que se ha de procurar un reparto equitativo facilitando el acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas a los recursos disponibles, haciendo un uso eficiente de los mismos. De ahí la preocupación de los profesionales por tratar con justicia y evitar la discriminación injustificada atendiendo del mejor modo a cada uno de los pacientes.

La escasez de respiradores o de cama de cuidados intensivos durante una crisis de salud pública puede determinar que el médico deba decidir qué paciente tiene mayores posibilidades de supervivencia y asignar (o no) los recursos disponibles.

Es por ello necesario determinar cómo se van a asignar los recursos de los que se dispone durante esta **emergencia sanitaria** cuya asignación se basará en **criterios éticos** que determinen unas prioridades de clara aceptación general.

CUESTIONES BIOÉTICAS

De las fuentes citadas en el encabezamiento, extraemos las siguientes CONSIDERACIONES:

Es necesario contar con **criterios uniformes para la priorización de pacientes** y que los protocolos que se estaban aprobando de manera independiente por cada centro, sin atender a unos criterios comunes ni garantizar la participación de expertos en Bioética era una actuación éticamente no aceptable, toda vez que las diferencias de decisiones entre

centros sanitarios y territorios deben responder a una **mínima uniformidad de criterios bioéticos**. Preocupaba, singularmente, la aplicación del criterio de la edad como límite a la asistencia.

Para alcanzar el objetivo de detener la pandemia **urge dotar de medios al sistema de salud, tanto público como privado**. Esa es la prioridad: reforzar el sistema de salud y a sus profesionales porque lo que está en juego hoy es la vida y salud de muchas personas, especialmente de las más vulnerables.

Y efectúan las siguientes RECOMENDACIONES:

1. **Movilizar todos los recursos personales y materiales disponibles, públicos y privados, y allegar tantos nuevos recursos como sea posible**. Ante esta crisis sanitaria, la única manera de afrontarla es **dar prioridad a las cuestiones sanitarias**.
2. **Adoptar unos criterios en la asignación de recursos que sean comunes** para todos los españoles, de modo que no se produzcan graves inequidades asistenciales entre unos y otros.
3. El **Gobierno**, a los efectos del estado de alarma, es autoridad competente (art. 4. 1 del RD 463/2020, de 14 de marzo) y **debe crear con prontitud una comisión que apruebe esos criterios**, integrado por expertos que puedan aportar las perspectivas científica, clínica y bioética.

El **Ministerio de Sanidad**, debe ser el encargado de establecer **criterios únicos** (art 4. 2 d) RD 463/2020, de 14 de marzo) al ser la autoridad competente delegada para el ejercicio de las funciones en sus respectivas áreas de responsabilidad.

4. Cualquier criterio o protocolo que se adopte para racionar unos recursos escasos **nunca puede aplicarse de manera mecánica o automática**. Todo ser humano tiene derecho a una consideración personal, aunque ello no obste al establecimiento de criterios generales de priorización que, en todo caso, han de aplicarse de manera individualizada.
5. Ningún protocolo de priorización puede ser interpretado o utilizado como un argumento para diluir la **reflexión y deliberación ética** que conlleva una toma de decisiones trágica como la que tiene lugar cuando los recursos son escasos y el contexto de máxima tensión.

*“Un profesional sanitario, por tanto, debe comenzar por analizar qué haría con un paciente concreto si la situación de escasez no existiera (...) Por ello, la primera decisión será tratar de abstraerse, por unos segundos del contexto, y contestar a la pregunta de **¿qué haría en un contexto de normalidad?** Si la solución es, por ejemplo, no adoptar una medida de soporte vital desde la*

perspectiva del principio de no maleficencia, no estamos ante un dilema ético específico, sino ante la respuesta correcta que se produce en la asistencia diaria. Solamente los dilemas que vienen directamente provocados por el contexto concreto que estamos viviendo exigen una reflexión y deliberación específica y más compleja”

Se trata, pues, de lograr un **equilibrio** entre una norma general y la decisión individual que debe adoptarse con cada paciente.

6. Las decisiones deben adoptarse desde la perspectiva del interés de todos los pacientes ingresados y no solo de los pacientes con coronavirus. La salud de los enfermos con coronavirus es una prioridad, pero igualmente debe serlo la de otros enfermos con diferentes patologías a los que el sistema de salud tiene el mismo deber ético y legal de atender. La **priorización debe ser horizontal**, incluyendo a todos los pacientes, ingresados con coronavirus o con otra enfermedad, no vertical, otorgando prioridad a aquéllos sobre los demás, y no solo cuando del recurso a medidas de soporte vital se trate.
7. Para la toma de dichas decisiones que han de ser, necesariamente individualizadas, aunque se adopten siguiendo los criterios establecidos por protocolos y recomendaciones como soporte técnico-científico, los profesionales deben contar con la participación de los correspondientes **Comités de Ética Asistencial** que ya están implantados en la mayoría de los centros hospitalarios.
8. El criterio de asignación basado en la **mera prioridad en el tiempo**, de manera que el acceso al tratamiento no se haga depender de otros factores, **tampoco es respetuoso con el principio de igualdad y justicia**.

El criterio de la equidad parece que es el que mejor se acomoda a un caso como el que nos ocupa. Priorizar a los colectivos más vulnerables se muestra como un criterio adecuado.

9. La toma de decisiones, en este momento crítico, deben basarse en un **modelo mixto** que, tomando en consideración el criterio de utilidad social, tenga presentes los principios de equidad y de protección frente a la vulnerabilidad.
10. La **discapacidad** de la persona enferma no puede ser nunca por si misma un motivo que priorice la atención de quienes carecen de discapacidad. Ello lesionaría de forma más flagrante **principios éticos elementales**, pues supondría entender que la vida de las personas con discapacidad tiene menos calidad y por tanto merece menos la pena atenderla, lo que resulta no solo absolutamente incoherente con la visión de la discapacidad que hoy tiene la sociedad española (Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social), sino que supondría establecer una

división entre vidas humanas en función de un supuesto valor de esas vidas arbitrariamente asignado o en función de su utilidad social.

11. El criterio de la edad solo puede ser empleado, pues, para priorizar, pero no para denegar o limitar la asistencia sanitaria y el recurso a determinadas medidas de soporte vital. Sin duda, la edad, como otras circunstancias, pueden incidir en el pronóstico clínico, pero en ningún caso pueden obviarlos. Es **necesario valorar las circunstancias concretas de cada paciente**, sin excluir a nadie a priori.
12. Desechar un criterio basado eminentemente en la utilidad social no supone, renunciar a defender la necesaria asistencia prioritaria al propio **personal sanitario**, y ello, por dos razones:
 - a. En primer lugar, porque la mejor manera de proteger la salud de todos y cada uno de los individuos es proteger la salud de los profesionales cuya función directa es garantizar aquella. Protegiendo prioritariamente a los sanitarios, sobre todo a aquellos más directamente involucrados en la asistencia directa a pacientes, nos protegemos directamente a todos.
 - b. En segundo lugar, porque el principio de justicia entendemos que también exige priorizar a los que en el beneficio de terceros han expuesto más intensamente su salud. Este principio justifica dar acceso prioritario a los escasos recursos a las personas que asumen riesgos para su propia salud o vida para contribuir a los esfuerzos de respuesta ante la pandemia. Y si bien es cierto que existen muchas otras profesiones que se muestran como indispensables en el momento que estamos viviendo, tampoco es discutible que sí, entre ellas, destaca una, por el propio origen y naturaleza de la crisis, es la profesión sanitaria.
13. **Los sanitarios y otros profesionales de particular importancia para el tratamiento de la pandemia deben tener preferencia en el acceso a los recursos disponibles.**

CUESTIONES DEONTOLÓGICAS

Extraemos, igualmente, las CONSIDERACIONES efectuadas en el informe de fecha 23 de marzo de 2020 de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria en relación con las *“Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos”* emitido por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC):

Las mejores decisiones éticas suponen la aceptación del ingreso en cualquier servicio o unidad de cuidados si parten del conocimiento de las directrices éticas básicas, así como de un profundo conocimiento científico de todo ello. Decisiones que, a su vez, deben ser coordinadas y fundamentadas en el conocimiento y experiencia de los médicos intervinientes.

Cada decisión exige y requiere utilizar la prudencia junto con el buen juicio clínico y la capacidad personal para tomar decisiones conformes a la deontología profesional, que no sean contrarias a la ética ni a la legislación vigente. El juicio clínico prudente requiere ser conocedor de todo lo relevante que ocurre, envuelve y siente el paciente.

La prudencia es una cualidad necesaria siempre y no solo en el caso en que sea preciso priorizar entre pacientes, sino también, por ejemplo, cuando haya que adecuar el esfuerzo terapéutico sobre aquellos cuya expectativa de vida sea muy limitada o nula.

La valoración deontológica de cualquier priorización para el ingreso y atención a pacientes graves y críticos en situaciones de limitación de recursos requiere considerar que:

1. El criterio fundamental debe estar basado en las probabilidades de supervivencia de cada paciente.
2. No pueden ser criterios de priorización ni el orden de petición de asistencia, ni el de llegada a los servicios de urgencias hospitalarias, ni solo la edad de los pacientes.
3. Se debe extremar la prudencia si existe una dificultad de aplicación uniforme cuando son las situaciones y recursos de los diferentes dispositivos asistenciales los que son diferentes.
4. No en todas las situaciones clínicas o muy avanzadas y con carácter irreversible se debe proceder al ingreso hospitalario.
5. Establecer expectativas de vida a corto plazo es aceptable incluso para no caer en la obstinación terapéutica. Pero establecer límites a medio plazo, 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.
6. Las tomas de decisiones de tanta relevancia deben ser individuales y personales, porque, aunque los procesos puedan coincidir, cada paciente puede ser distinto. El conocimiento científico es imprescindible pero no basta para ayudar a los pacientes a curarse o a convivir con sus enfermedades lo mejor posible.
7. 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. (CDM art 6.2).

CONCLUSIONES

Todos los enfermos que lo precisen deben ser atendidos de la mejor manera posible en un Sistema Nacional de Salud (SNS) que es de todos y para todos.

Como consecuencia de la declaración del estado de alarma, la limitación de acceso a la atención sanitaria de los pacientes obliga a los profesionales a tratar con extremo cuidado sus decisiones, y al gobierno y a todas las autoridades sanitarias a hacer todos los esfuerzos posibles para habilitar camas de cuidados intensivos dotadas adecuadamente para atender los casos críticos.

En situaciones de crisis sanitarias, como la actual, deben utilizarse herramientas y procedimientos asistenciales ya desarrollados para la asistencia sanitaria, como son la consulta del registro de voluntades anticipadas/instrucciones previas, el establecimiento de un nivel de intensidad terapéutica previo al ingreso, así como la correcta y precisa evaluación del riesgo-beneficio (para él o para otros) del ingreso del paciente en la unidad de cuidados intensivos y otros dispositivos asistenciales; siempre respetando los requisitos que establece la *lex artis*.

Es imprescindible que se presenten fielmente los recursos que puedan ser necesarios y su disponibilidad, lo que obliga a médicos directivos y profesionales de la Administración Central y de las distintas áreas sanitarias del Estado a una **interlocución constante e intercambio de recursos con aquellas zonas de mayores necesidades asistenciales**.

Cada caso, cada paciente, requiere un tratamiento de información adecuado, y será el médico responsable de la asistencia quien haga partícipes a los familiares o representantes legales las decisiones clínicas y terapéuticas que les afecten.

En última instancia, y ante casos de duda, a nuestro juicio, se ha de contar con el apoyo en la decisión de la **Comisión de Ética e Investigación Clínica** del propio Hospital e instar al propio Ministerio de Sanidad para que implante norma de aplicación a estos casos, máxime cuando el artículo 4 apartado d) del Real Decreto 463/2020 por el que se promulgó el estado de alarma, establece que es autoridad competente delegada.

Cualquier criterio que se adopte deberá basarse en el pleno respeto a la dignidad de la persona, la equidad y la protección frente a la vulnerabilidad.

Es prioritario, además de contar con los **Comités de Ética Asistencial**, la creación de **gabinetes de crisis** en los centros hospitalarios, de actividad permanente, en la que se integren todas las especialidades médicas implicadas en la atención y prevención de la infección por el covid19.

De cara a futuras acciones que pudiera adoptar el enfermo o sus familiares, recomendamos que la decisión esté ratificada por estos comités de ética o gabinetes de crisis, y atendido al estado de urgencia, al menos, cuenten con el debido respaldo del responsable del servicio, director o coordinador del establecimiento sanitario.

Una decisión de tal trascendencia no debería ser asumida en solitario por el profesional. En este sentido, sería recomendable que sean al menos tres profesionales, los que respalden la decisión final.

Es mi opinión que como siempre se somete a cualquier otra mejor fundada en derecho.

Madrid, 1 de abril de 2020.