

EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ

LA PRIORIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL ACOMPAÑAMIENTO DE LAS PERSONAS VULNERABLES ANTE LA SITUACIÓN DE LA COVID-19

1. *La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*

A principios de 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertaba sobre la posibilidad de que una bacteria o un virus pudieran causar una infección mundial generalizada. Esta alarma se ha hecho realidad. El brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), que se originó en Wuhan, China, en diciembre de 2019 se ha extendido por todo el planeta. La OMS¹, preocupada por los inquietantes niveles de propagación, gravedad y la inacción de los gobiernos, el 11 de marzo de 2020, cuando solo había unos 118.000 casos en 114 países y 4291 fallecidos, la caracterizó como una pandemia. Desde entonces la COVID-19 nos ha llevado a una realidad difícil de creer y nuestro presente sigue marcado por trágicas cifras de contagiados, ingresos en hospitales y en unidades de cuidados intensivos y fallecidos, en un entorno de excepcionalidad y de incertidumbre.

La pandemia significa un antes y un después, no solo en el ámbito sanitario, sino también en la vida cotidiana de la población. Pensábamos que nuestro desarrollo evolutivo en la sociedad del conocimiento nos dotaba del poder suficiente para tener todo bajo control, pero la evidencia ha demostrado que esa creencia era una ilusión. Nos ha recordado que la vulnerabilidad es consustancial a la propia esencia humana y nos acompaña durante todas las etapas de nuestra vida.

1 Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

2. Vulnerabilidad

Nuestro origen biológico nos hace frágiles. La enfermedad, el dolor, la posibilidad de nuestra extinción, biológica o biográfica, nos amenazan, y nos hacen débiles. El ser humano no sólo muere, sino que sabe que muere y la conciencia de dicha amenaza, que siempre va a estar presente, le convierte en doblemente vulnerable. La posibilidad de nuestra propia muerte, pero también la de la muerte ajena nos recuerda nuestra fragilidad. Esta condición la llamamos “vulnerabilidad antropológica” y es inevitable e imposible de erradicar en su totalidad, dada nuestra característica corpórea, por lo que estamos continuamente expuestos a acontecimientos que nos pueden afectar negativamente y que se escapan a nuestro control. Podremos, tal y como indica Fineman², “tratar de reducir el riesgo o mitigar el impacto de esos eventos, pero no eliminar su posibilidad”. Aceptarla nos permite reconocer la dimensión relacional y dependiente del ser humano que necesita de la asistencia de otros individuos y de las instituciones³. Por tanto, somos también dependientes como consecuencia de nuestra condición social. En conclusión: vulnerables y dependientes.

La concreción de la vulnerabilidad en una persona determinada y en una situación particular hace nacer la vulnerabilidad “contextual”, que varía de una persona a otra, y que va cambiando según los riesgos a los que nos exponemos y de la adquisición o pérdida de capacidades para el afrontamiento de las perturbaciones, las dificultades y de las situaciones adversas. Se trata de espacios de vulnerabilidad que tienen una estrecha relación con las injusticias y con los abusos de poder, que tienen su origen en estructuras y comportamientos de carácter inmoral y que atentan contra la dignidad de las personas⁴. Al respecto, el ser humano es más digno cuanto más vulnerable⁵. La dignidad, común a todos los seres humanos, se hace más presente ante el ser humano en una situación de debilidad y de vulnerabilidad: el niño, el anciano, el discapacitado, el desplazado, el enfermo, etc. y en el contexto sanitario es necesario intensificar su protección.

2 M.A. Fineman, *The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition*, *Yale Journal of Law & Feminism*, 2008; 20: 1-24

3 M.A. Fineman, *The Vulnerable Subject and the Responsive State*, *Emory Law Journal*, 2010; 60: 251-275.

4 E. Martínez Navarro, *Ética de la vulnerabilidad en tiempos de pandemia*, *VERITAS* 2020; 46: 77-96.

5 G. Marcel, *La dignité humaine et ses assises existentielles*, Aubier-Montaigne, Paris, 1964, p. 9.

3. *La vulnerabilidad del anciano*

El envejecimiento forma parte de la vida y es inevitable. A lo largo de toda la historia se ha reflexionado sobre su existencia. En épocas muy pretéritas alcanzar edades avanzadas era un privilegio que no podía lograrse sin la ayuda de los dioses, por tanto, la longevidad equivalía a una recompensa divina dispensada a los justos. La vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad. Actualmente, el envejecimiento está ligado a diversos estereotipos negativos y erróneamente se suele asociar a situaciones de incapacidad y dependencia. La edad avanzada condiciona la vulnerabilidad del individuo, que puede verse incrementada como consecuencia de la pluripatología propia del anciano y, en algunos casos, de la institucionalización del sujeto que introduce elementos adicionales en los que pueden constatarse dificultades para poder hacer efectivos sus derechos⁶. La vulnerabilidad puede ser todavía más acusada ante el final de la vida.

Como señala Feyto⁷, la relación entre el profesional sanitario y el paciente surge del mutuo reconocimiento como seres vulnerables y se sustenta en aspectos interpersonales del cuidado, en la capacidad de percibir la necesidad y comprender la situación de fragilidad en la que se encuentra el paciente, lo que genera una responsabilidad que implica respeto y protección de esa condición común. En efecto, la relación clínica, como relación interpersonal debe estar presidida por la comunicación y la confianza que permiten al paciente integrar su enfermedad⁸. El cuidado del enfermo se acompaña de la comunicación que le ayuda en su vivencia de enfermedad⁹ que incluso cuando no hay dolor físico, conlleva sufrimiento. La propia incertidumbre ante el diagnóstico y la ansiedad que genera todo el proceso, contribuye a esta situación de vulnerabilidad. Más aún, cuando nos enfrentamos a una enfermedad con grandes incógnitas, como la infección por la COVID-19.

Hablamos de una “actitud de cuidado” que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano y si se entiende de un modo impersonal podemos llegar a deshumanizarla. El cuidado se nutre

-
- 6 E. Osuna, *La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables*, En: Andreu Martínez B. y Salcedo Hernández JR., *Autonomía del paciente mayor*, Tirant lo Blanch, Valencia. 2018, pp: 125-148.
 - 7 L. Feito, *Vulnerabilidad*, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2007, 30: 7-22.
 - 8 E. Osuna, *Relación Sanitaria e Información*, En: Salcedo JR. *Derecho y Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia. 2013, pp: 83-105.
 - 9 E. Osuna, *La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberación clínica*, Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Discurso de ingreso, Diego Marín Editor, Murcia. 2013.

de la comunicación, de la verbal y no verbal, para evitar el vacío y desamparo a quien padece, que deposita su confianza en el profesional sanitario, tanto por su saber hacer técnico, su competencia profesional, como por su dimensión de relación y cuidado. En ocasiones la enfermedad es la última enfermedad. Podríamos inicialmente pensar que poco puede aportar la actuación sanitaria, ya que sólo espera la muerte. Sin embargo, se trata de un gran error, ya que no podemos abandonar a la persona en el momento final. El acompañamiento y la comunicación con la palabra, o simplemente con una mirada o gesto, en la medida que el enfermo vaya demandándola serán de gran valor¹⁰.

4. Muerte en soledad

Todo ser vivo es mortal. Lo único que nos iguala a todos los humanos es la certeza de la muerte. Aunque nos espera a todos, morir les ocurre a otros. La muerte entendida como proceso podremos vivirla de forma incompleta y una vez consumada no va poder ser comentada¹¹. Sin embargo, es posible vivir y participar del contexto de la muerte de los demás, pero también de forma limitada, puesto que no la percibimos en sentido propio. Podemos llegar a intercambiar sensaciones y vivencias desde un enfoque externo al individuo que muere, e incluso ver reflejado en la muerte ajena, de forma imaginativa nuestro propio final. En este sentido, la muerte de un ser querido es también algo nuestro, en la medida de que nos priva de su compañía y origina una cierta sensación de pérdida y la tristeza que nos surge, suele generar necesidad de contacto para compartir sentimientos y un ritual más o menos establecido, según el contexto donde sucede¹². En nuestro devenir convivimos con nuestros semejantes, es decir, interactuamos. La persona no es un ser aislado, sino que se forma en interacción con otras. El sentido de vida, como el sentido de muerte no pueden separarse del de quienes existen con él, ya que tanto la vida como la muerte suceden en relación con quienes nos acompañan. Por esta razón, para morir en paz, es necesario morir en compañía, morir arropado. En suma, no morir solo. Pero, la com-

10 E. Osuna, *La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables*, En: Andreu Martínez B. y Salcedo Hernández JR, *Autonomía del paciente mayor*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, pp: 125-148.

11 A. Garza Saldivar, *La muerte del otro*, *Andamios. Revista de Investigación Social*, 2017; 14: 15-22.

12 J. Ortega y Gasset, *En la muerte de Unamuno*, *Obras completas V*. Fundación Ortega y Gasset, Madrid. 1937.

pañía no se puede improvisar. Lo ideal es que quienes convivan en nuestra muerte, sean quienes han convivido con nosotros¹³.

En épocas de epidemia, sobre todo en los momentos en los que el pico de muertes era más elevado, el rito se modificaba y el miedo al contagio condicionaba la atención al moribundo y el posterior manejo del cadáver. Durante el período más álgido de la pandemia que vivimos, hemos sido testigos de situaciones que nos han remontado a relatos de epidemias pasadas, en las que los enfermos eran despreciados. Una de las situaciones más terribles que han tenido que afrontar los enfermos de coronavirus tristemente fallecidos ha sido la ausencia de acompañamiento de familiares y amigos durante la despedida, por lo que han sufrido la privación del afecto y de la cercanía y del apoyo espiritual o religioso conforme a sus convicciones y creencias, lo que se ha convertido en un dilema ético en la atención médica. Se ha partido de una regla general que se ha aplicado de manera taxativa a todos los casos, sin plantearse la individualización de la situación y las posibilidades de facilitar un mínimo acompañamiento o asistencia espiritual¹⁴ y sin tener en cuenta que uno de los principales rasgos que caracteriza la relación clínica es la personalización en la atención, puesto que cada caso es diferente. El conocido aforismo “no hay enfermedades sino enfermos”¹⁵, da sentido a la configuración de la enfermedad, desde una perspectiva clínica, pero también ética.

El miedo a morir solo es casi universal, un hecho del que ha sido testigo cualquiera que haya atendido a un paciente grave. La mayoría de las veces se hace todo lo posible para que los familiares lleguen y se despidan. Sin embargo, ante lo sucedido, debemos reflexionar sobre el modo de facilitar un entorno más compasivo en el morir de estos pacientes, lo cual forma parte del concepto de humanización asistencial y de muerte digna. Algunas Comunidades Autónomas, así como hospitales y residencias de mayores, aprobaron protocolos y guías para que el paciente pudiera estar acompañado al final de su vida, sin poner en riesgo ni a los acompañantes ni al equipo

13 J.C. Siurana, J. Conill, *Con-vivir y con-morir*, En: Couceiro A., *Ética en cuidados paliativos*, Triacastela, Madrid. 2004, pp: 63-76.

14 F. de Montalvo Jääskeläinen, *Pandemias, política y ciencia: el papel de la ciencia y los científicos en la solución de los conflictos derivados de la pandemia de la COVID19*, Cuadernos de Bioética, 2020; 31: 151-165.

15 Este axioma procede del eminente fisiólogo francés Claude Bernard para describir el comportamiento particular de la enfermedad. Años después, Marañón retomó estas palabras, para destacar la necesidad de estudiar cada caso de forma personalizada.

sanitario¹⁶. En este sentido, el distanciamiento físico y social no tiene por qué significar aislamiento o soledad. Hay que tener en cuenta que muchas personas mayores, especialmente las que padecen enfermedades crónicas, tienen una relación muy especial con sus cuidadores (sean familiares o no) y este apoyo, especialmente en pacientes críticamente enfermos inmersos en el proceso de muerte, constituye una medida que dignifica la atención médica y responde a la atención personalizada y las necesidades sociales de los pacientes de acuerdo con sus capacidades físicas y cognitivas. Cuando la muerte no es aceptada se muere mal, también cuando no cuidamos al moribundo, cuando no le acompañamos. Debemos, por tanto, reclamar una ética de la muerte acercándonos al “arte del morir”, es decir, conseguir una muerte humanizada y personalizada atendiendo a los deseos, valores y creencias del individuo. Así pues, es imperioso rechazar la muerte que ha ocurrido en miles de enfermos por coronavirus. No podemos abandonar a la persona en el momento final de la soledad suprema. Puede que no permitan a los familiares que tomen las manos o abracen a los pacientes, pero en estos momentos la palabra, una simple mirada o un simple gesto se constituyen en herramientas de ayuda incalculable y todo ello compatible con la adopción de medidas de protección que la emergencia sanitaria y la salud pública requieren.

En 2014 el Consejo de Europa, en la Recomendación CM/Rec (2014) del Comité de Ministros¹⁷, estableció que los Estados deben tomar las medidas adecuadas para promover, proteger y asegurar el pleno e igual goce

16 El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia fue uno de los primeros en aprobar una Guía de acompañamiento a pacientes ingresados por “COVID19”, siguiendo lo establecido en la Ley 3/2009 de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. En el art. 22 reconoce que “usuarios y pacientes de los servicios sanitarios tienen derecho a estar acompañados por, al menos, un familiar o persona de su confianza, excepto en los casos en que esta presencia, según criterios médicos, sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria”. El art. 19 establece que el derecho al acompañamiento debe garantizarse especialmente a los pacientes que pertenezcan a colectivos necesitados de especial protección y en los supuestos de enfermos con procesos terminales previos al fallecimiento que se encuentren hospitalizados. En la guía se establece la posibilidad del acompañamiento a familiares, después de ser informado sobre los riesgos que conlleva y las medidas que debe adoptar una vez finalice su labor de acompañamiento y la firma de un documento de consentimiento informado.

17 Recomendación CM/Rec (2014) del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores. Adoptada por el Comité de Ministros el 19 de febrero de 2014 durante la 1192ª reunión de viceministros.

de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas mayores y promover el respeto de su dignidad. De forma concreta, indica que “se debe alentar a los familiares y amigos a que acompañen a las personas mayores que se encuentran en fase terminal o agonizantes”. En abril de 2020, el Comité de Bioética de España publicó una Declaración 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 vulnerabilidad¹⁸. Recordaba que, tanto el acompañamiento como el apoyo espiritual o religioso, son derechos recogidos en diferentes regulaciones y como tales “deben procurarse siempre que su limitación no solo esté justificada ética y legalmente, sino que, además, no sea de tal intensidad que acabe, de facto, por convertirse en una absoluta privación”, por lo que, si bien es imperiosa la adopción de medidas muy estrictas para prevenir la transmisión de este virus, no es óbice para facilitar un entorno compasivo en el momento del fallecimiento de estos pacientes.

5. La priorización en la asignación de recursos sanitarios limitados

En los momentos más álgidos de la pandemia, la escasez de recursos sanitarios se ha traducido en la adopción de medidas drásticas de priorización de asignación, entre las que se encuentra el ingreso limitado de pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y el acceso a soportes respiratorios adecuados, lo que ha generado un intenso debate desde el punto de vista bioético. Los procesos de triaje se encargan de valorar y clasificar a pacientes para determinar la prioridad de su atención y el lugar más apropiado para el tratamiento. Son habituales en la atención sanitaria y no indican necesariamente una situación de crisis sanitaria. Todo, para todos y en cualquier momento no es posible en cualquier servicio de salud, por ejemplar que pueda ser. Aún menos, cuando nos referimos a un sistema universal como es el de nuestro país.

Lógicamente, en situaciones de emergencia de salud pública es necesaria la priorización. En el contexto vivido como consecuencia de la COVID19, totalmente extraordinario, la priorización ha tenido consecuencias trágicas por la intensísima presión asistencial, la premura con la que se han tenido que adoptar las decisiones y las consecuencias que han originado.

18 Informe del Comité de Bioética de España. Declaración del 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. 15 de abril de 2020

La pregunta no es si se deben establecer prioridades, sino cómo hacerlo de manera ética y consistente. Al respecto, es preciso destacar que las decisiones de triaje deben ser aplicables a todos los pacientes que puedan requerir cuidados intensivos, no solo a quienes padecen la COVID19 evitando lo que se ha denominado como “efectos colaterales de la pandemia por la COVID19” que se traduce en el fallecimiento por otras patologías diferentes a la infección como consecuencia de problemas en el seguimiento de su enfermedad, ocupación de hospitales, cancelaciones de intervenciones quirúrgicas, o situaciones de confinamiento en el domicilio o en una residencia. Tampoco las decisiones tomadas acerca de la provisión de maniobras de reanimación cardiopulmonar o sobre el acceso a la ventilación asistida deben limitar el acceso de un paciente a otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, ni debe haber diferencias en la asignación de recursos escasos entre pacientes con la COVID19 y aquellos con otras patologías que los necesiten. La maximización de los beneficios debe aplicarse, sin distinción, a todos los pacientes que necesitan recursos.

Como punto de partida, es importante señalar que en la actividad asistencial diaria la aplicación de las decisiones de triaje les corresponden a los profesionales sanitarios^{19,20}. La responsabilidad derivada de esta decisión surge como consecuencia del contrato social que se establece con la sociedad en su conjunto. A través de este pacto se instaura cierto consentimiento social mediante el cual se asume una pérdida individual de autonomía con el fin de proteger el acceso de todos a recursos limitados, con justicia y equidad de oportunidades²¹. Los procedimientos de priorización deben ser transparentes y ser expuestos públicamente para garantizar la confianza pública en su equidad, evitando que los médicos se enfrenten de forma individual y aislada a la terrible labor de improvisar decisiones sobre a quién

-
- 19 D. Real de Asúa, J.M. Galván, J. Iglesias, J. Fernández en representación del Grupo de Trabajo sobre triaje durante la epidemia de COVID del Hospital Universitario de La Princesa. *Criterios de triaje para reanimación cardiopulmonar y soporte vital avanzado durante la epidemia COVID-19, Medicina Clínica* (Barcelona). 2020; 155: 215-219.
 - 20 J. Savulescu, M. Vergano, L. Craxi, D. Wilkinson, *An ethical algorithm for rationing life-sustaining treatment during the COVID-19 pandemic, British Journal of Anaesthesia* 2020; 125:253-258. doi: 10.1016/j.bja.2020.05.028. Epub 2020 Jun 2.
 - 21 R.L. Cruess, S.R. Cruess, *Expectations and Obligations: Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. Perspectives in Biology and Medicine* 2008;51:579–598.doi: 10.1353/pbm.0.0045.

se debe tratar y a quién no²², por lo que las decisiones se pueden apoyar en los comités de ética asistencial.

Los criterios de triaje deben ser flexibles, ajustados a cada caso y contexto clínico, en la medida de lo posible, situando al individuo en el centro de la decisión, prestando una especial atención a la dignidad del individuo, y basándose en los principios de proporcionalidad y de justicia distributiva, “para maximizar el beneficio del mayor número posible de personas”. Para ello, es necesario tener en cuenta el pronóstico de vida del sujeto si recibe el tratamiento, lo que puede significar dar prioridad a los pacientes más jóvenes y a aquellos con menos patologías o complicaciones. Esto es consistente con las pautas españolas o italianas que potencialmente asignan una mayor prioridad para el acceso a cuidados intensivos a pacientes más jóvenes con enfermedades graves que a pacientes de edad avanzada. También, la priorización debe ser diferente, según la intervención, si es curativa o preventiva, y siempre en función de la evidencia científica, como ocurre con los tratamientos experimentales (antivirales y otros medicamentos) que se están ensayando frente a la COVID19.

El triaje debe sustentarse en las siguientes premisas²³. En primer lugar, deben maximizarse los beneficios. Los protocolos persiguen garantizar el mayor bien para el mayor número de pacientes a través de criterios médicos y éticos que permitan una toma de decisiones rápida y eficaz en circunstancias que, desafortunadamente, obligan a alejarse del proceso deliberativo ideal de toma de decisiones compartidas entre el paciente y el profesional. Así pues, se debe beneficiar al mayor número posible de pacientes o tener en cuenta la mayoría de los años de vida al dar prioridad a los pacientes que probablemente sobrevivan más tiempo después del tratamiento. En el caso concreto, de la COVID19, es preciso identificar aquellos pacientes con un pronóstico más favorable derivado del soporte vital avanzado y a quienes, además, la recuperación es alcanzable en el menor plazo de tiempo, para que otros pacientes puedan recibir esta medida de tratamiento. Por tanto, lo más importante es salvar el mayor número de vidas y el mayor número

22 N. Berlinger, M. Wynia, T. Powell, M. Hester, A. Milliken, R. Fabi, *Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19*,. Hastings Center Report 2020. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

23 E.J. Emanuel, G. Persad, R. Upshur, B. Thome, M. Parker, A. Glickman, C. Zhang, C. Boyle, M. Smith, J.P. Phillips. JP., *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, *The New England Journal of Medicine* 2020; 382:2049-2055. doi: 10.1056/NEJMs2005114. Epub 2020

de años de vida. Esta consideración es consistente tanto desde una perspectiva utilitarista, que destaca los resultados en la población, como desde un punto de vista no utilitarista que destaca el valor primordial de cada vida humana. Maximizar los beneficios significa que las personas que están enfermas, pero que podrían recuperarse si reciben tratamiento, tengan prioridad sobre aquellas en las que es poco probable la recuperación, incluso recibiendo tratamiento y sobre aquellas que probablemente se recuperen sin tratamiento. La maximización de los beneficios es primordial en una pandemia y retirarles un ventilador o sacar a un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para que se beneficie otro paciente es justificable. No obstante, se trata de una decisión extremadamente traumática para quien la decide y todo sujeto debe ser consciente de esta posibilidad cuando ingresa en un hospital. Una adecuada asignación de camas y de ventiladores puede ayudarnos a evitar medidas tan sensibles como estas.

En segundo lugar, debemos tratar a las personas de forma igualitaria. Para ello, podemos acudir a la selección aleatoria o a la asignación por orden de llegada. En los casos de la COVID19 es preferible la asignación aleatoria, puesto que los tratamientos frente al coronavirus son urgentes, lo que significa que un enfoque por orden de llegada beneficiaría injustamente a determinados pacientes (por ejemplo, los que viven cerca de un centro sanitario, o en la ciudad a diferencia de un pueblo lejano). O perjudicaría, por ejemplo, a quienes han cumplido de forma más estricta medidas de protección pública y han enfermado más tarde.

En tercer lugar, debemos promover y recompensar el valor instrumental, dando prioridad a los profesionales sanitarios que se encuentran en primera línea y a las personas que atienden a pacientes enfermos, que se enfrentan a un alto riesgo de infección y cuya capacitación dificulta que sean reemplazados. Es decir, aquellos que pueden salvar o han salvado a otros en momentos anteriores. Se les debe priorizar, no porque sean más dignos, sino por su valor instrumental, puesto que son esenciales para dar respuesta a la pandemia. La enfermedad o muerte de los profesionales sanitarios, no solo repercutirá sobre los pacientes afectados por la COVID19, sino sobre cualquier paciente. También, se debe priorizar a quienes participan en proyectos de investigación o ensayos clínicos relacionados con medicamentos y vacunas, ya que asumen el riesgo de infectarse, por lo que deben ser recompensados por su contribución. Queda claro, que no se debe mermar la confianza de la población priorizando a personas de relevancia pública o política.

La perspectiva utilitarista en la priorización de los recursos permite una respuesta moral casi inmediata, sin la necesaria reflexión ética sobre los

valores que entran en conflicto²⁴ optando en la mayoría de las veces por lo dicotómico renunciando a los posibles cursos intermedios que proporcionan una gran riqueza al debate ético. Durante la pandemia hemos optado por soluciones rápidas evitando la contextualización de la situación y su consiguiente personalización. Al respecto, el Comité de Bioética de España en su informe de 25 de marzo de 2020²⁵, señala que “cualquier criterio o protocolo que se adopte para racionar unos recursos escasos nunca puede aplicarse de manera mecánica o automática, teniendo en cuenta que todo ser humano tiene derecho a una consideración personal”. En igual sentido, se pronunció la Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial dos días antes (en su informe sobre la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria)²⁶ que destaca la importancia del uso del modelo deliberativo en la relación clínica atendiendo a la singularidad de cada paciente.

En España, diversas sociedades médicas, publicaron documentos de recomendaciones que fueron objeto de debate desde un punto de vista ético. La mayoría de estos documentos tenían como referencia el documento de la Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), publicado el 6 de marzo²⁷. En dicho protocolo se insta al criterio clínico para la instauración de las medidas, pero ante la escasez de recursos se inclina por un enfoque utilitarista, considerado como “suave”²⁸ reconociendo que, en última instancia, es posible que sea necesario establecer un límite de edad para el ingreso en la UCI, por lo que, con la finalidad de conseguir la maximización de los beneficios para el mayor número de personas, los recursos pueden reservarse para quien tenga una probabilidad mayor de supervivencia, y, secundariamente, para quien pue-

24 L. Feito, *Neuroética. Cómo hace juicios morales nuestro cerebro*, Plaza y Valdés. Madrid, 2019; p. 166.

25 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. 25 de marzo de 2020.

26 Informe sobre la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial. 23 de marzo de 2020.

27 Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). 6 de marzo de 2020.

28 L. Rosenbaum, *Facing Covid-19 in Italy. Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line*, *The New England Journal of Medicine* 2020; 382:1873-1875. doi: 10.1056/NEJMp2005492.

dan beneficiarse del tratamiento en términos de más años de vida salvados (Raccomandazione 3).

A partir de este momento me voy a centrar en las recomendaciones publicadas el 20 de marzo de 2020, por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)²⁹, pocos días después de la declaración del estado de alarma en nuestro país. La primera pregunta que debemos plantearnos es si una sociedad científica se considera legitimada para establecer una priorización en el acceso a los recursos disponibles que afectan a prestaciones sanitarias comprendidas en un sistema público de salud y que están amparadas por el artículo 43 de la Constitución Española. Coincido con varios autores^{30,31} en que, partiendo de los criterios científicos consensuados en el seno de una sociedad científica, el reparto de los recursos sanitarios es una función que corresponde a la autoridad sanitaria, todavía más, en una situación tan extraordinaria, como en la que nos encontramos, en la que se debe garantizar el respeto a los derechos fundamentales. Según señala De Montalvo “por mandato constitucional, la tutela del derecho a la salud no puede quedar en manos de una asociación de Derecho privado, creada al amparo del derecho que se consagra en el artículo 22 de la Constitución”³².

Volviendo al documento de la SEMICYUC, entre las recomendaciones para priorizar se incluyen los criterios edad y presencia de deterioro cognitivo. Al respecto, establece que dependiendo de la edad y de la comorbilidad, los pacientes recibirían ventilación mecánica invasiva o no invasiva o similar según disponibilidad. Añade que cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva. No obstante, el documento establece que “el criterio médico en cada paciente está por encima de estas recomendaciones generales, siempre que sea razonado, argumentado y se consensue en la sesión clínica diaria o por el Comité de Ética asistencial”.

-
- 29 Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). 20 de marzo de 2020.
 - 30 Bellver Capella V., Bioética, derechos humanos y Covid-19, *Cuadernos de Bioética*, 2020; 31: 167-182.
 - 31 Albert M., *Vulnerabilidad y atención sanitaria. Derecho y protocolos médicos*, *Cuadernos de Bioética*, 2020; 31: 183-202.
 - 32 F. de Montalvo Jääskeläinen, *Pandemias, política y ciencia: el papel de la ciencia y los científicos en la solución de los conflictos derivados de la pandemia de la COVID19*, *Cuadernos de Bioética*, 2020; 31: 151-165.

El documento se inclina por una planificación de acuerdo con el principio de justicia distributiva y la maximización del beneficio global, priorizando la “mayor esperanza de vida”, y opta por el empleo de criterios de idoneidad que tengan en cuenta “la edad, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos y la reversibilidad”. Estas consideraciones han sido objeto de un intenso debate ético, a semejanza de lo ocurrido en Italia con el documento de la SIAARTI.

En su informe de 25 de marzo de 2020³³, el Comité de Bioética de España destaca que la adopción de criterios debe basarse en la recuperación del paciente atendiendo al pleno respeto a “la dignidad de la persona, la equidad y la protección frente a la vulnerabilidad” y alerta sobre la necesidad de “prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista, o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad” manifestando su posición crítica con la utilización del criterio “utilidad” o “valor social” de la persona enferma. Destaca que todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. El Ministerio de Sanidad el día 2 de abril publicó un documento en el que se establecían unos criterios generales para la distribución de recursos considerando como principios básicos para la toma de decisiones los de “equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia”³⁴. Considera que la exclusión de pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos, por ejemplo, por razón únicamente de una edad avanzada o de discapacidad, “resulta contrario, por discriminatorio, a los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 de la Constitución Española)”. Añade que “los pacientes de mayor edad en caso de escasez extrema de recursos asistenciales deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a criterios clínicos de cada caso en particular. Cualquier manifestación de discriminación en este aspecto contradice el reconocimiento de la igual dignidad intrínseca de todo ser humano por el hecho de serlo”.

La edad se relaciona de forma clara con los potenciales años de vida esperables y no incluye juicios de valor sobre la calidad de la vida o el valor

33 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. 25 de marzo de 2020.

34 Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. 2 de abril de 2020. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf

de la vida en los pacientes que pertenecen a un determinado grupo etario. Las consecuencias de la ventilación mecánica prolongada son difícilmente superables en situaciones de elevada fragilidad clínica, como puede ser en el caso del paciente mayor, sin embargo, como anteriormente hemos señalado, las situaciones son particulares y no debemos caer en la generalización, ya que es extraordinariamente difícil definir todas las variedades de enfermedad, sufrimiento, pronóstico y tratamiento con la precisión necesaria, como para que estos aspectos sean de gran ayuda en muchas de las situaciones reales. ¿Podemos recurrir a la edad para decidir cuándo dejarlo o cuando decir que no se debe hacer más? La situación es complicada y es difícil tener la certeza moral cuando se toma la decisión a la cabecera del enfermo. La equivocación puede ser adoptar la edad como criterio médico o técnico de una forma equivalente a otros parámetros físicos mensurables como el peso o la presión arterial. La edad debemos tenerla en cuenta como criterio centrado en la persona, contextualizándola en su historia, en su biografía, dentro de los rasgos y características que la definen. Es lo que Callahan³⁵ define como su “estándar biográfico”. Cuando en un sujeto conocemos que tiene 70 o 80 años y ningún dato más, lo único que sabemos es que la mayor parte de su vida cronológica descansa en el pasado y que se encuentra mucho más cerca del ocaso que del principio. Pero nada sabemos de su carácter, de sus aficiones, de sus pasiones, de su amor o desprecio por la vida. Es la edad en combinación con otras cualidades individuales o sociales lo que le hacen ser persona. Despojar a una persona de estos atributos y limitarnos solo a la edad lo desnuda de su biografía pasada y de su presente.

Ahora bien, las situaciones no son rígidas, sino ambiguas e indeterminadas. Hay pacientes mayores en quienes la muerte no es inminente, pero debido a su patología crónica se encuentran en fase de decadencia y la medicina curativa tiene menos efecto. En estas situaciones debemos evitar una idolátrica esclavitud hacia la tecnología y debemos pensar en una asistencia diferente a la estrictamente curativa acompañando al paciente en su proceso que le encamina hacia su final. La historia de estos pacientes está llegando a su fin y la atención médica debe ir acompañada a esta realidad y no negarla. Por tanto, no es la edad la variable que determina la actuación, sino la persona como un todo y el contexto en el que se encuentra.

Tampoco podemos olvidar que el protagonismo en la toma de decisiones le corresponde al paciente, por lo que no podemos vulnerar el principio

35 D. Callahan, *Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece*, Triacastela. San Sebastian, 2004; p. 217.

de autonomía de las personas, implícitamente ligado a la dignidad humana, hurtándole a las personas mayores el derecho a la autodeterminación cuando tengan capacidad para ejercerlo³⁶. Todo ser humano por el mero hecho de serlo, independientemente de la edad y de las características que presente, es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. Recurrir al concepto de valor social de los individuos significa que unos tendrán más valor que otros. Bajo un enfoque utilitarista, los derechos de los individuos pueden ser vulnerados porque sus beneficios individuales se agregan para constituir los beneficios colectivos.

Por otra parte, la recomendación de la SEMICYUC de que los pacientes con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva, es incompatible con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁷. Actuaciones de este tipo vulneran nuestro ordenamiento jurídico, pero también van contra principios éticos elementales, puesto que implican entender que la vida de las personas con capacidades diferentes es de menor calidad y por tanto merece menos la pena ser atendida.

6. Conclusión

La aspiración a la absoluta invulnerabilidad para el ser humano es absurda y su completa eliminación es incompatible con la naturaleza humana. La enfermedad y la muerte son realidades ineludibles que forman parte de la propia vida y la crisis sanitaria que estamos viviendo nos lo ha vuelto a recordar. En una sociedad en la que impera la falsa creencia de que la me-

36 E. Osuna, *La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables*, En: Andreu Martínez B. y Salcedo Hernández JR., *Autonomía del paciente mayor*, Tirant lo Blanch, Valencia. 2018, pp: 125-148.

37 <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>. El art. 5 proclama que los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y que, en virtud de ella, tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. El art.11 se refiere a las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, disponiendo que los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales. Añade el art. 25 que los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad.

dicina puede hacer frente a toda amenaza sanitaria la extensión de la pandemia de la COVID19 a toda la geografía mundial, sin distinción alguna de grupos o clases sociales ha restituido la reflexión sobre la vulnerabilidad del ser humano. Pensábamos que podíamos tener todo bajo control y la evidencia ha demostrado que esa creencia era una ilusión y que en realidad nunca tuvimos esta posibilidad.

La pandemia ha mostrado su perfil más trágico en las personas mayores. Las circunstancias vividas en las residencias de ancianos y las cifras sobre el número de afectados y de fallecidos han sido estremecedoras, lo que ha puesto de manifiesto la fragilidad del sistema de cuidados para los colectivos vulnerables que se han quedado, aún, en una situación de mayor vulnerabilidad. Desde el bioderecho debemos intensificar la protección de las personas mayores mediante la instauración de medidas que fomenten el empoderamiento y la protección de este colectivo para hacer frente a posiciones de hostilidad, más allá de la crisis sanitaria y de la crisis social en la que nos encontramos.