

Los principios bioéticos en el prelude de la COVID 19: ¿respetados o marginados?

Rebeca Suárez Fuentetaja¹, Manuel Lorenzo López Reboiro², José López Castro²

¹ Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Público de Monforte. Lugo

A finales de 2019 se identifica en Wuhan (China) una enfermedad infecciosa emergente (COVID 19) causada por el virus SARS-CoV2, elevada a categoría de pandemia y emergencia sanitaria por la OMS el 11 de marzo de 2020. Esta pandemia por COVID 19 ha generado una enorme brecha no sólo a nivel sanitario, sino también en la esfera social y económica, incrementando los problemas ya existentes en la injusticia y desigualdad social.

Vaya por delante que la finalidad primera en la lucha contra la COVID 19 siempre ha sido disminuir la reproducción del virus, la incidencia de la enfermedad y la tasa de letalidad del mismo; sin embargo conseguir estos objetivos podría acarrear un precio muy alto para usuarios del Sistema Nacional de Salud pues priorizar una atención médica que minimice la transmisibilidad del virus y garantizar su contención podría atentar contra la voluntad individual al no poder respetarla en aras de la salud pública.

Es por ello que la pandemia actual ha conseguido que la bioética clínica vuelva a ser una preocupación global. Por medio de la bioética intentamos resolver los dilemas que surgen en la práctica clínica analizando los posibles riesgos y beneficios derivados de nuestras decisiones, influenciadas por nuestra escala de valores y delimitadas siempre por la legislación vigente. La ética no debe dejarse de lado a pesar de la envergadura de la hecatombe: ahora más que nunca, es necesario aplicar el marco ético de referencia para la planificación y la toma de decisiones lo más homogéneas posible, alejándonos de tomas de decisión arbitrarias e injustas.

La bioética actual tiene su fundamento en el informe de Belmont y en los Principios de Ética Biomédica en los cuales se establecían las bases de la bioética principialista utilizada a día de hoy. Se basa en cuatro principios: la no maleficencia (obliga a no hacer daño al paciente intencionadamente con el acto médico), la beneficencia (procurar el mayor bien posible al paciente, extremar los beneficios y minimizar los riesgos), la autonomía (respetar la voluntad y libertad del paciente reconociendo el derecho de la persona a elegir y a realizar acciones basadas en los valores y creencias personales) y la justicia (la equidad, dar a cada cual según sus necesidades).

Estos cuatro principios básicos se han visto en peligro en las primeras olas de la pandemia debido a la alta demanda de enfermos graves por COVID 19 que precisaron atención médica, a la limitación de recursos sanitarios, la necesidad de reorganizar los mismos e incluso a la necesidad de utilizar medios extrahospitalarios no homologados inicialmente para la atención sanitaria (respiradores o Equipos de Protección Individual (EPI) de fabricación "casera"). A pesar de todos los esfuerzos, muchos pacientes, sobre todo aquellos que pertene-

cían a grupos especialmente vulnerables con enfermedades crónicas, incurables o terminales, han llegado a situación de últimos días y fallecido como consecuencia de la infección por COVID 19 sobreañadida a su enfermedad principal.

El escenario devastador de la primera ola de COVID puso sobre la mesa un sinfín de preguntas sin respuestas universales. Sin embargo, la toma de decisiones clínicas debían estar más justificadas y argumentadas que nunca y ejemplo de ello fue la adjudicación de los recursos limitados. Pero, ¿lo hemos hecho respetando los principios bioéticos? Es una cuestión debatible.

A pesar de que el grado máximo de salud que se pueda lograr es un derecho fundamental de todo ser humano, la disponibilidad de recursos limitados que fueron imprescindibles en situaciones vitales extremas, condicionó, inevitablemente, una selección de aquellos pacientes en los que se esperaba una mayor efectividad del tratamiento. Siguiendo el principio de justicia distributiva: un uso racional de los recursos sanitarios permite salvar un mayor número de vidas así como la mayor cantidad de años de vida posible evitando criterios discriminatorios que condicionen decisiones injustas para que todos aquellos que lo necesiten reciban una atención proporcionada a sus necesidades.

Si lo aplicamos al prelude de la pandemia donde los recursos eran limitados deberíamos pensar en priorizar la atención en UCI y asistencia respiratoria, entre otras, para aquellos pacientes que tuviesen una mayor probabilidad de supervivencia y menor riesgo de secuelas previsibles, no siendo la edad, la discapacidad ni su momento de llegada al hospital un absoluto para su atención. Ningún parámetro por sí solo debería limitar la asignación equitativa de recursos escasos ya que una asignación justa requiere un marco ético multivalor. Es por ello que los grupos de particular preocupación moral en las primeras olas de la pandemia incluían personas de edad avanzada, pluripatológicas o con enfermedades progresivas avanzadas y aquellos con discapacidades, por riesgo a ser sometidos a juicios discriminatorios. Multitud de sociedades científicas y asociaciones se preocuparon por el posible riesgo de discriminación por edad, discapacidad o deterioro cognitivo, quebrantando con ello el principio básico de justicia: selección en función de las posibilidades de supervivencia sin secuelas graves, independientemente de sus circunstancias. Así mismo todas las sociedades científicas respaldaron el criterio etario en relación con la edad biológica, desterrando la edad cronológica como criterio de selección. Y esto es de especial importancia ya que en las primeras olas la población que vivía en geriátricos representaban un elevado porcentaje de muertes relacionadas con COVID-19, probablemente en relación con la elevada fragilidad y comorbilidad de los residen-

Tabla 1. Principios bioéticos en la Bioética principialista

Beneficencia	Procurar el mayor bien posible al paciente, extremar los beneficios y minimizar los riesgos
No maleficencia	Obligación de no hacer daño con el acto médico
Autonomía	Respetar la voluntad y libertad del paciente reconociendo el derecho de la persona a elegir y a realizar acciones basadas en los valores y creencias personales
Justicia	Entendida como equidad, dar a cada cual según sus necesidades

tes lo que motivó que muchos de ellos no fueran subsidiarios de UCI (principios de justicia y no maleficencia). Esto nos invita a pensar en la posibilidad de que algunos pacientes hubieran tenido posibilidad de recuperarse si los recursos fueran suficientes pero que con medios limitados no se han considerado tributarios de los mismos por sus bajas expectativas de supervivencia a la luz de los principios de no maleficencia y justicia llevados al máximo exponente.

No hay que perder de vista que no sólo los pacientes con patología por COVID 19 se han visto perjudicados desde el inicio de la pandemia. El incremento de aprovisionamiento de medios sanitarios, sociales y económicos destinados a la COVID19 ha condicionado una disminución de recursos destinados a la problemática sanitaria no COVID, afectando de lleno al principio de beneficencia.

Como reflexión final destacamos que a pesar de que las primeras olas de la pandemia por COVID19 han puesto de manifiesto el desequilibrio entre los medios disponibles y las necesidades de atención médica, este desequilibrio se ha solventado por medio de criterios bioéticos sólidos buscando alternativas y reinventando el ámbito sanitario, social y económico para lograr una atención médica segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas y en su problemática en particular.

FINANCIACIÓN

Los autores no han recibido patrocinio para llevar a cabo este artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio no incluye pacientes.