



## PUNTO DE VISTA

# Una crisis de ética dentro de la crisis sanitaria por la COVID-19

## An ethics crisis within the health crisis due to COVID-19

A. Hernández-Tejedor<sup>a,\*</sup> y M.C. Martín Delgado<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Junta Directiva de SEMICYUC, SAMUR-Protección Civil, Madrid, España

<sup>b</sup> Junta Directiva de SEMICYUC, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

Recibido el 16 de febrero de 2021; aceptado el 15 de marzo de 2021

Disponible en Internet el 26 de marzo de 2021

La pandemia por el SARS-CoV-2<sup>1</sup> está poniendo a prueba nuestro sistema sanitario y la madurez de nuestra sociedad para afrontar una crisis de excepcionales dimensiones. En este contexto agradecemos la reflexión bioética y los comentarios constructivos sobre la priorización de recursos. Sin embargo, también estamos en disposición de debatir y argumentar frente a una serie de afirmaciones poco objetivas de De Montalvo Jääskeläinen et al.<sup>2</sup>, en referencia al documento de recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por la pandemia de COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos<sup>3,4</sup>, firmado por varias sociedades científicas (SSCC) y que consideramos son fruto de una interpretación muy alejada de los objetivos y contenidos del documento, con desconocimiento de la realidad asistencial en primera línea a los pacientes graves con COVID-19. El documento pretendía ser una guía para la toma de decisiones inevitables y complejas en una situación excepcional de colapso sanitario. Se basa en criterios científicos, respeta la legislación vigente y, como han expresado sus redactores, lejos de estar impregnado de utilitarismo, intenta cubrir un gran vacío existente, partiendo de posiciones más cercanas al humanismo, el personalismo y el principialismo. En este escenario *hubiera sido muy conveniente la anticipación y la participación de otros organismos*

*e instituciones en la elaboración de recomendaciones que guiaran nuestras actuaciones.*

El triaje hace referencia a la necesidad de priorizar unos recursos insuficientes para todos los pacientes que los necesitan. En nuestro sistema sanitario existen antecedentes sobre la priorización de recursos limitados, como las listas de pacientes para el trasplante de órganos, pero hasta la llegada de esta pandemia realmente no se había puesto en evidencia, con tal magnitud, el concepto de triaje.

Esas recomendaciones se elaboraron con una urgencia evidente por profesionales con amplia formación bioética no solo teórica, sino también aplicada a la práctica asistencial, que trabajaban sin descanso. Fueron las primeras en España (ya había unas en Italia) y hay puntos que proponemos definir de otra forma. Sin embargo, no podemos compartir la crítica desmesurada de quien no se ha acercado a los autores para aclarar términos, proponer otra redacción o, más importante aún, discutir los criterios a seguir. El juicio bioético no puede limitarse a considerar buena o mala una propuesta o acción, sino que debe también aportar alternativas al problema, quizá iluminar sobre posibles cursos de acción intermedios<sup>5</sup>. En definitiva se trata de construir juntos en beneficio de todos.

Compartimos con De Montalvo Jääskeläinen et al.<sup>2</sup> que solo el Estado puede limitar derechos. Los documentos de las SSCC no tienen valor legal, no limitan derechos, no imponen actuaciones. Por ello, cuestionamos la sugerencia de que el Ministerio de Sanidad vigile las recomendaciones que emiten las SSCC, especialmente sabiendo que la relación entre aquel y estas es continua<sup>6</sup>. Como el Comité de

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [albertohmed@hotmail.com](mailto:albertohmed@hotmail.com)

(A. Hernández-Tejedor).



Bioética de España (CBE) sentencia, las SSCC son unos actores fundamentales para proveer a la autoridad pública de los conocimientos necesarios para establecer unos criterios nacionales de priorización<sup>7</sup>.

A mediados de marzo de 2020 muchas regiones sufrían una terrible escasez de recursos. Morían 1.000 pacientes diarios y fallecieron decenas de profesionales atendidos<sup>8</sup>. Como ejemplo, en Madrid las camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) se triplicaron con la incorporación de otras áreas, llegando a incluir quirófanos y espacios nuevos con apenas lo básico, pero el número de ingresos en UCI aumentaba en unos 100 diarios<sup>9</sup>. No todos los pacientes críticos eran atendidos por profesionales con la misma experiencia ni ingresaban en unidades con los mismos recursos, pero todos aportábamos lo que teníamos, y no recordamos un debate ético sobre la unidad de ingreso de los pacientes, que quizá sería deseable. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias publicó documentos de recomendaciones<sup>10,11-13</sup>, incluido un plan de contingencia para la distribución y multiplicación de recursos<sup>14,15</sup>, asunto competencia de la administración, pero tampoco tenemos constancia de que haya sido criticado por abordarlo, al contrario.

A pesar de acabar incluso con los respiradores de transporte y los equipos de anestesia, seguía habiendo decenas de pacientes que los necesitaban. Esto no dejaba de ocurrir porque los poderes públicos no hubieran dado instrucciones para afrontarla, lo que llevaba inexorablemente a que cada profesional o cada UCI resolviera de forma independiente. El informe del CBE menciona que no trataron este tema tan importante como inevitable en su primera sesión de marzo de 2020 porque consideraron que el estado de la cuestión no planteaba aún problemas específicos de relevancia bioética. *Hubiera sido deseable que la autoridad pública emitiera unas instrucciones de priorización siguiendo unos criterios concretos facilitados por el CBE, pero no disponemos de ellos. Cuando no hay recursos disponibles para los pacientes que los necesitan, la decisión de a quién aplicárselos es ineludible.*

Tres aspectos han sido criticados: primero, la limitación de recursos por motivo de la edad. Sin embargo, *en las recomendaciones en ningún momento se considera la edad, por sí sola, criterio para asignar recursos.* Al contrario, hay numerosos criterios para que la decisión pueda ser individualizada, de acuerdo también con el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos del 23 de marzo<sup>16</sup>, que entiende aceptable —incluso inevitable— establecer expectativas de vida a corto plazo. La experiencia y la literatura confirman que la edad, las enfermedades que implican bajo nivel de conciencia y muchos otros son factores que reducen las probabilidades de superar periodos prolongados de ventilación mecánica<sup>17,18</sup>. Solo a modo de ejemplo, la edad y las comorbilidades también intervienen en la selección de candidatos a recibir un trasplante<sup>19,20</sup>, no se considera utilitarista y es ampliamente aceptado. *Sugerimos eliminar el criterio que menciona el deterioro cognitivo por uno más apropiado que considere, globalmente, enfermedades o condiciones que impliquen peor pronóstico en ventilación mecánica o mayor dificultad de liberación del paciente de la ventilación mecánica (por supuesto solo en este contexto de ausencia de recursos), con mención explícita de que la edad no es criterio único.*

Se puede colegir fácilmente que los criterios enumerados buscan aplicar el escaso recurso a quienes más probablemente se beneficiarán del mismo, eliminando categorías excluyentes, como los autores comparten citando a Wakam et al.<sup>21</sup> De Montalvo Jääskeläinen et al. critican el documento de recomendaciones por la que consideran la peor interpretación imaginable del mismo, y a pesar de reconocer que la edad, ni siquiera la mayor de 80 años, resultaría en una exclusión explícita ni absoluta según el texto criticado. Subyace en su visión un reproche general a la profesión cuando reproducen la cita de Bagenstos: «existe una amplia evidencia de un sesgo generalizado contra la discapacidad entre los profesionales médicos». Se critica una aparente discriminación a personas con discapacidad. *El único momento en el que aparece el término discapacidad en las recomendaciones no tiene nada que ver con seleccionar o discriminar personas con o sin discapacidad, sino que habla de supervivencia, entendiendo supervivencia libre de secuelas graves. Comprendemos la dificultad de redactar de forma sencilla un criterio que, desde el punto de vista del clínico es fácil de comprender, pero que puede dar lugar a interpretaciones erróneas en la población general. Toda la argumentación orientada a defender los derechos de las personas discapacitadas por las diferentes organizaciones es relevante, necesaria y compartida por nosotros, por lo que no la vemos apropiada como crítica a las recomendaciones de SSCC que nunca fueron destinadas a generar tal discriminación.*

El «valor social» ha sido el término que más controversia ha generado. Entendemos que así expresado, sin concreción, es campo abonado para interpretaciones. Del diálogo con los autores no se desprende ningún fin utilitarista. *La persona es digna en tanto que persona*<sup>22</sup>. Compartimos la crítica por la inconcreción, pero la diatriba es desproporcionada en tanto que *el propio CBE sugiere criterios o valores sociales que deben tenerse en cuenta en la priorización: «puede ser ético priorizar a las personas que son esenciales para manejar un brote», a «otros profesionales de particular importancia en el tratamiento de la pandemia» y «el principio del interés superior del menor exige dar prioridad a la asistencia a niños y adolescentes».* Por ello parece inapropiado tacharlo de utilitarista cuando solo se reprocha su inconcreción. De hecho, la consideración de que los profesionales sanitarios (globalmente) merecen un tratamiento prioritario en el acceso a los recursos sanitarios cuando los precisen no parece consecuente con las reflexiones previas de los autores. Podrá ser un criterio de priorización, pero no el único, como no lo es la edad.

Finalmente, no entendemos la crítica a la recomendación de fomentar procedimientos que faciliten la liberación de la ventilación mecánica según la medicina basada en la evidencia y evitar el encarnizamiento terapéutico. La ventilación mecánica tiene complicaciones que resultan en morbimortalidad, y constantemente se investiga para poder reducir el tiempo que los pacientes reciben este tratamiento, y se procura cada día en cada UCI en la práctica habitual. Es erróneo concluir de esa frase que se esté recomendando la retirada del tratamiento ya instaurado a unos pacientes en beneficio de otros.

En conclusión, las mencionadas recomendaciones surgieron ante una situación de excepcional falta de recursos y falta de instrucciones de la autoridad pública y de

orientaciones del CBE que ocasionaba una inevitable selección de pacientes sin criterios uniformes. Buscaban orientar en la decisión de asignar los insuficientes recursos a los pacientes en función de la probabilidad de beneficiarse de ellos, intentando maximizar el número de personas salvadas y sin discriminación por razones de edad, discapacidad u otras. Aportamos sugerencias para evitar interpretaciones inapropiadas e inconcreciones y animamos a un debate abierto cuyo resultado final permita disponer de las herramientas necesarias para la priorización de recursos en situaciones de pandemia.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. 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 [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>.
- De Montalvo Jääskeläinen F, Bellver Capella V. Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. *Derecho y Salud*. 2020;30:58–73.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: [https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf).
- Rubio O, Estella A, Cabré L, Saralegui-Reta I, Martín MC, Zapata L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva*. 2020;44:439–45.
- Gracia Guillén D. Bioética mínima. Madrid: Triacastela; 2019. p. 105–15.
- Ministerio de Sanidad. Enfermedad por el coronavirus COVID-19. Documentos técnicos para profesionales [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>.
- 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 [consultado el 30 de enero de 2021]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
- Ministerio de Sanidad. Enfermedad por el coronavirus COVID-19. Situación actual [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>.
- Sánchez-García M. The Critical Care Response to the COVID-19 Pandemic in Madrid (Tetrix) [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04393324>.
- Cinesi Gómez C, Peñuelas Rodríguez Ó, Luján Torné M, Egea Sentaolalla C, Masa Jiménez JF, García Fernández J, et al. Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2. *Med Intensiva*. 2020;44:429–38.
- Ballesteros Sanz MÁ, Hernández-Tejedor A, Estella Á, Jiménez Rivera JJ, González de Molina Ortiz FJ, Sandiumenge Camps A, et al. Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2020;44:371–88.
- Martín Delgado MC, Avilés-Jurado FX, Álvarez Escudero J, Aldecoa Álvarez-Santuyano C, de Haro López C, Díaz de Cerio Canduela P, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC) y la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR) sobre la traqueotomía en pacientes con COVID-19. *Med Intensiva*. 2020;44:493–9.
- Rodríguez Yago MA, Alcalde Mayayo I, Gómez López R, Parias Ángel MN, Pérez Miranda A, Canals Aracil M. Recomendaciones sobre reanimación cardiopulmonar en pacientes con sospecha o infección confirmada por SARS-CoV-2 (COVID-19). Resumen ejecutivo. *Med Intensiva*. 2020;44:566–76.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19 [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Plan-Contingencia-COVID-19.pdf>.
- Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega Á, Catalán González M, et al. Junta directiva de la SEMICYUC Junta directiva de la SEEIUC. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva*. 2020;44:363–70.
- Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Informe de la Comisión Central de Deontología en relación con la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/coronavirus\\_n.p.comision.central.de.deontologia.en.relation.a.la.priorizacion.de.las.decisiones.sobre.los.enfermos.23.03.20.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/coronavirus_n.p.comision.central.de.deontologia.en.relation.a.la.priorizacion.de.las.decisiones.sobre.los.enfermos.23.03.20.pdf).
- Añón JM, Gómez Tello V, González-Higueras E, Córcoles V, Quintana M, García de Lorenzo A, et al. Pronóstico de los ancianos ventilados mecánicamente en la UCI. *Med Intensiva*. 2013;37:149–55.
- Lim ZJ, Subramaniam A, Reddy MP, Blecher G, Kadam U, Afroz A, et al. Case fatality rates for patients with COVID-19 requiring invasive mechanical ventilation. A meta-analysis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2021;203:54–66.
- Pardo F, Pons JA, Castells L, Colmerero J, Gómez MA, Lladó L, et al. VI documento de consenso de la sociedad española de trasplante hepático (SETH). *Cir Esp*. 2018;96:326–41.
- Reig Mezquida JP, Sales Badía G, Tudela Cuenta C. Limitación por edad en trasplante de pulmón. Aspectos éticos. *Cuad Bioética*. 2020;31:43–56.
- Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not dying alone — modern compassionate care in the COVID-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382:e88.
- Martínez JP. La dignidad de la persona humana en Santo Tomás de Aquino. Una lectura moral acerca de la ancianidad. *Intus-Legere Filosofía*. 2012;6:141–58.