

Decisiones difíciles: gestionant l'ètica i els valors personals.

Dra. Emilia Cortés. Vocal Comitè Científic SoCMUE. GdT Bioètica SoCMUE

Dr. Oriol Yuguero. Vocal Comitè Científic SoCMUE. GdT Bioètica SoCMUE

Data recepció: 20.06.2020 Data acceptació: 30.06.2020

mail: emiliacorteslopera@gmail.com

Forma citació: Cortés E, Yuguero O. *Decisiones difíciles: gestionant l'ètica i els valors personals.* SoCMUE.c@t 2020;7(1):7-8

Esta pandemia ha puesto de manifiesto diversos dilemas éticos, algunos retos por afrontar y también elementos positivos que merece la pena destacar.

El primer planteamiento ético que surge es respecto al triaje de pacientes y la necesidad vivida de tener que racionar los recursos porque no había para todos. Había que escoger el mal menor, y basados en una ética utilitarista que intenta favorecer el bienestar para el mayor número de personas posible, se optó por excluir los pacientes con peor pronóstico para destinar los recursos disponibles a los pacientes con más posibilidades de supervivencia, salvar primero a los jóvenes para darles la oportunidad de completar un ciclo vital que los ancianos han completado. Tal vez una definición previa de qué se considera "bienestar" hubiese evitado algunas situaciones complejas. De hecho, por primera vez, todas las sociedades científicas realizaron documentos con recomendaciones éticas para el manejo de los pacientes, para ayudar en la toma de decisiones ante una situación compleja.

Esta desproporción entre los recursos disponibles y los necesitados ha puesto a algunos profesionales de primera línea en situaciones muy difíciles, y en ocasiones incluso ha llevado a conflictos entre aquellos que trataban a pacientes con criterios de ventilación mecánica (urgencias y plantas de hospitalización) y los que habían de asumir a dichos enfermos y no disponían del recurso necesario (uci, unidades de críticos,...). O entre los médicos de un hospital de nivel intermedio que tenían pacientes que requerían traslado a uno de mayor complejidad y los profesionales encargados de coordinar dichos traslados en el Sistema de Emergencias Médicas (SEM). Una vez más ha quedado demostrada la importancia de usar correctamente los términos ante la situación de final de vida. Los profesionales del ámbito de la ética, siempre hemos defendido la importancia de usar el término *adecuación*, en lugar de *limitación* del esfuerzo terapéutico. Solo cabe recordar el revuelo que generó el documento del SEM en el que se hablaba de limitar recursos.

Así se hace difícil sentir que se respeta la igualdad de

trato, incluso recordar que todos los pacientes son dignos, y que esa dignidad debíamos asegurarla los profesionales sanitarios, y más ante la ausencia de acompañamiento de familiares en momentos cruciales y con decisiones muy trascendentes.

Tampoco ha ayudado en absoluto la escasez de equipos de protección individual, de reactivos para el diagnóstico o la velocidad con la que se producían modificaciones en las guías de actuación. La voluntad de curar y tratar de los profesionales ha hecho que se expongan sin protección, siendo España uno de los países con más profesionales contagiados.

Y aún quedan por añadir algunos planteamientos que esta situación ha hecho aflorar:

¿Es ético confinar a la población en su domicilio y evitar su acceso al sistema sanitario cuando no hay capacidad para dar respuesta a domicilio? Hay pacientes que han esperado durante más de 10 días a que algún dispositivo (Primaria, SEM...) se pudiera poner en contacto con ellos para realizar un seguimiento (ni siquiera telefónico), y en alguna desgraciada ocasión ello ha provocado incluso el fallecimiento del enfermo.

¿Es ético desde el punto de la seguridad clínica utilizar fármacos cuya eficacia no está demostrada para el tratamiento de esta enfermedad? Pocas veces como ahora hemos asistido a publicaciones científicas en revistas prestigiosas con una base tan poco sólida, urgidos por la ansiedad colectiva. Sabemos que en la mayoría de casos se solicitaba el consentimiento informado, o al menos la autorización verbal, y que algunos medicamentos solo eran de uso compasivo. ¿Pero hasta qué punto no estábamos tratando nuestro propio malestar -por la sensación de no estar haciendo nada por nuestros pacientes-? Recordemos la máxima de *Primum non nocere*. Y en el supuesto que esos tratamientos utilizados a nivel hospitalario (hidroxicloroquina, lopinavir/ritonavir, tocilizumab ...) con pocas garantías de efectividad se acabasen demostrando útiles ¿por qué no se han utilizado también con los pacientes ancianos confinados en las residencias geriátricas?

También son evidentes la inequidad de recursos entre centros de la misma comunidad, o entre las distintas comunidades autónomas y la escasa coordinación entre comunidades cuando las camas de Cuidados Intensivos estaban vacías a un lado y a rebosar en el otro.

Y nos quedan temas como la ética deontológica en lo que respecta a competencias y capacitación de profesionales que con la mejor voluntad han estado en primera línea atendiendo pacientes COVID (cirujanos, oftalmólogos, traumatólogos, etc.). Así como el uso indiscriminado de imágenes de pacientes, fotos en grupo con EPIS que en ocasiones parecían frivolar la gran tarea realizada en estos meses de extrema dificultad.

Pero también hay elementos positivos que han quedado más evidentes que nunca, como ha sido la solidaridad civil con pacientes aislados o para fabricar EPIS, el trabajo en equipo incluso con personal de otras unidades, los éxitos celebrados (pacientes dados de alta a los que se les hacía el pasillo), la aportación de voluntarios y jubilados, la capacidad de auto organización a través de redes sociales entre distintos centros hospitalarios de alguna comunidad autónoma donde los dirigentes sanitarios no han hecho su trabajo de planificación y coordinación a la velocidad requerida, o el reconocimiento social hacia los sanitarios que de golpe se ha puesto de manifiesto de forma incansable cada tarde a las 8.

Y entre los retos pendientes, la labor ingente que tenemos por delante en lo que a gestión emocional y tratamiento del burnout se refiere. Pero el más importante es el deber ético de realizar una buena planificación, transparente, democrática, coherente entre hospitales y comunidades autónomas. Es fundamental que de forma anticipada se prevea la adecuación de recursos humanos y técnicos, y que desde luego no será posible si no se sanean de una vez por todas las cuentas de una sanidad pública a la que el coronavirus ha causado un test de estrés que el sistema difícilmente aguante por segunda vez. Tal y como dijo el secretario general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus “la salud no es un gasto; es una inversión”. ¿Será la ética la clave de bóveda del sistema?