

## EDITORIAL

---

### Ética profesional ante la pandemia Covid-19

---

María José Mendoza García<sup>1</sup>

1. Médica de Familia. CS Nàpols i Sicília (València)

La autora declara no tener conflicto de interés en la realización del presente estudio.

Citar como: Mendoza García MJ. Ética profesional ante la pandemia Covid-19. fml. 2020; 25(2):4p

---

Como han señalado algunos expertos, la pandemia COVID-19 ha sido una prueba máxima de estrés para nuestro Sistema Sanitario y de Salud Pública, pero también lo ha sido para el conjunto de la sociedad, la economía, los derechos sociales y las libertades individuales. Una situación de gran complejidad que ha requerido respuestas de salud pública, atención sanitaria y socioeconómicas diferenciadas. Todas esas consecuencias de la pandemia pueden ser abordadas desde consensos sociales de valores (éticos) fundamentados, entre otras instancias referenciales, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Hay que recordar que existen consensos sociales que nos implican como profesionales más allá de nuestro propio código deontológico, código que creo debemos también tener presente pues nos ayudará sin duda a afrontar los dilemas éticos que la realidad de la pandemia nos ha planteado, y que seguirá haciéndolo.

En los próximos meses la Atención Primaria deberá responder tanto a la realidad de la persistencia en el medio de la infección SARS-COV2, pacientes COVID19 y postCOVID19, efectos psicológicos y sociales de la epidemia y del confinamiento como al resto de problemas de salud graves y menos graves, descompensaciones de patologías crónicas y atención al final de la vida de algunos de nuestros pacientes. Todo ello requiere de un compromiso profesional sereno y racional (también en cuanto a la organización de

nuestros centros), de un esfuerzo de actualización de conocimientos sobre SARS-COV2 y la COVID 19 del conjunto de profesionales de Atención Primaria, entre los que deberíamos incluir la dimensión ética y bioética de los problemas clínicos y sociales derivadas de la epidemia.

Durante estas semanas he seguido especialmente el debate sobre aspectos éticos a través de los documentos elaborados por el Ministerio de Sanidad y diferentes Sociedades Científicas, así como los debates propiciados por la Fundació Victor Grifols i Lucas y el Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona, y diversa bibliografía.

Algunos de los dilemas éticos más relevantes y difíciles que se han planteado durante la pandemia no han afectado especialmente a la toma de decisiones en nuestro trabajo cotidiano en los Centros de Salud, pero sí han sido objeto de debate social, profesional y han obligado a su resolución a través de la deliberación ética con documentos de recomendaciones consensuadas. Todo esto en un contexto hospitalario muy tensionado ya por las exigencias de un trabajo intenso y el consiguiente agotamiento físico y psíquico de los profesionales, las incertidumbres científicas y clínicas, los medios limitados, el riesgo personal de los profesionales y también su miedo a ser fuente de contagio tanto para la comunidad como para sus familiares.

## Dilemas éticos en una situación extrema

1. Así, el debate en torno a la posibilidad de excluir a determinados pacientes de algunos tratamientos no en base a los criterios que se utilizan habitualmente en las UCI de priorización y adecuación, sino en base a necesidades de racionamiento (podría no haber de todo para todos los que lo precisasen, aunque estuviera indicado). Esto último realmente no ha llegado a producirse en el territorio valenciano, tal vez sí en otras demarcaciones. A pesar del intenso debate y su manipulación en determinados medios, cabría recordar que en la práctica clínica habitual hay que decidir, y se decide, si un paciente es candidato a UCI, si es candidato o no a reanimación, si se retiran determinados tratamientos y se le deriva a unidades de cuidados paliativos (donde se prioriza el cuidado y el confort), en base a criterios objetivos que están, en la mayoría de casos, bien protocolizados. Estas decisiones se toman de forma colegiada y transmitiendo la información adecuada y suficiente a los pacientes y, en su caso, a los familiares. Existe como es bien conocido un consenso social y ético (incluido también el magisterio de la Iglesia Católica) en torno a lo que se ha denominado "evitar el ensañamiento terapéutico", que cumple con uno de los principios de la bioética: la no maleficencia. También en el mismo sentido existe un consenso en relación con el testamento vital o de voluntades anticipadas como expresión del principio de autonomía.
2. La utilización de tratamientos mal llamados compasivos en ausencia de evidencias sólidas, como la administración precoz de corticoides, hidroxiquina (aunque este es un asunto en estudio), antiretrovirales, asociaciones de hidroxiquina y azitromicina, etc., con el consiguiente incremento de efectos secundarios graves ya conocidos y los riesgos de desabastecimiento para enfermos que precisan estos fármacos por otras dolencias.
3. Las dificultades para trabajar en condiciones de máxima seguridad y

calidad (incorporación de profesionales que han tenido que reciclarse rápidamente en competencias no propias de su especialidad) o las incertidumbres clínicas sin fácil y rápida resolución.

4. La soledad de los pacientes ingresados y las limitaciones evidentes para su acompañamiento al final de la vida.

A pesar de las dificultades se ha dado respuesta en gran medida satisfactoria desde el propio sistema de salud con iniciativas institucionales y profesionales adecuadas, con el beneficio adicional de estar más preparados para un repunte de la crisis. Además, se ha recuperado el debate ético en los ámbitos profesional y social.

Si no hay cambios sustanciales en un escenario marcado por la presencia del virus y su relativamente fácil transmisibilidad, el riesgo de nuevos brotes estará presente al menos en el próximo año, dado que, como indican los estudios epidemiológicos-serológicos realizados hasta la fecha en diferentes países, el porcentaje de población susceptible a la infección es todavía muy elevado y que tanto la disponibilidad de la vacuna como de tratamientos más específicos no son inmediatos. Tendremos que afrontar como médicos de familia la infección por Sars-COV2 y los dilemas éticos concomitantes. Algunos de ellos han sido tratados en diferentes artículos científicos y no aportaría nada que yo hiciera aquí una nueva síntesis. Pero hay otros -debatidos en diferentes foros y publicaciones de forma monográfica- sobre los que considero oportuno proponer una aproximación más detallada por su especial interés social y en Atención Primaria.

## Dilemas éticos: la deliberación pendiente

1. **La ética de la información.** Ante lo que acertadamente la OMS denomina "infodemia" -epidemia de información que claramente nos afecta como profesionales-, se impone la deliberación -el debate fundamentado- a fin de gestionar adecuadamente con la ayuda de instituciones y sociedades científicas el alud de información no siempre fiable.

Esta situación afecta también a nuestros pacientes, pues las diversas informaciones les llegan sin filtros a través de redes sociales, medios de comunicación y webs que transmiten información de baja calidad, bulos y *fake news* peligrosos para la salud. Ante ello estamos obligados deontológicamente a contribuir a la información veraz y transparente de nuestros pacientes en temas como: las medidas preventivas (higiene correcta de manos, utilización de mascarillas y guantes, cortesía respiratoria, limpieza en domicilios, higiene personal, etc.); la utilidad de los diferentes test diagnósticos y su interpretación adecuada; el valor de las medidas de distanciamiento físico y de otras recomendadas durante el actual proceso de desescalada por los responsables de salud pública desde diferentes instancias: internacionales, europeas, estatales y autonómicas. Además, hay que ayudarles a entender las incertidumbres que todavía existen en relación con el virus, su difusión y tratamiento. Pero también es conveniente transmitir las **noticias positivas**, lo que sabemos que nos protege tanto individualmente como colectivamente, los avances en el conocimiento de la enfermedad, etc., la certeza de que estamos más preparados para una nueva crisis de salud pública que al principio de la pandemia.

Es verdad que nos enfrentamos especialmente a la demanda de pruebas, PCR o serología, pero no podemos transmitir incertidumbres no fundamentadas científicamente, porque generaríamos además falsas expectativas de seguridad y/o malestar psicológico por miedos infundados.

2. **El valor ético de la solidaridad y la justicia, abordar la confrontación entre libertades individuales y el bien común.** La sensación de impunidad frente a la infección (por edad, no padecimiento de enfermedades crónicas) de algunos

grupos de población que en términos estadísticos puede ser cierta (menos afectados y menos graves), pero que por otros factores individuales no conocidos sí que pueden comportar un riesgo de enfermedad grave a pesar de ser joven y no padecer patología previa. Hay un grupo que merece atención: muchos jóvenes tienen una cierta percepción de invulnerabilidad, que puede derivar en conductas imprudentes o temerarias. Esto pone en riesgo la salud y la vida de otras personas, rompe la solidaridad intergeneracional, al favorecer repuntes de la enfermedad y obligar a medidas más restrictivas para el conjunto de la sociedad. Las consecuencias son ya conocidas en términos económicos y afectan, como ya está ocurriendo, a los sectores más vulnerables (trabajadores asalariados no funcionarios, de servicios, autónomos, etc.).

La seguridad económica de ciertos sectores sociales con acceso a la sanidad privada, la educación no pública, las rentas aseguradas, las viviendas donde el confinamiento es más fácil y saludable, alimentan los argumentos en contra de las políticas sociales de protección a los sectores más vulnerables (ayudas a los alquileres y especialmente a la renta mínima de inserción). En nuestro caso, como defensores del derecho a la salud no podemos obviar que las desigualdades sociales y laborales se convierten en desigualdades en salud.

3. **El valor de la no discriminación.** Hemos podido comprobar a lo largo de estos meses muestras de solidaridad con mayores, con las personas más vulnerables socialmente (población empobrecida, migrantes, sin techo) o niños y adolescentes con dificultades para seguir la educación telemática. Así, se han puesto en marcha ayudas individuales (buenos vecinos, hogares que acogen, etc.), organizadas (institucionales), auto-organizadas en los barrios o por entidades de iniciativa

social (comedores, reparto de alimentos, acompañamiento, apoyo a estudiantes sin recursos informáticos, acogida, ayudas a la vivienda, complementos económicos, etc.). También se han producido situaciones de discriminación y rechazo que han sido noticia: a mayores, niños, personas con problemas de salud mental, familias monoparentales, sanitarios y otros trabajadores de servicios esenciales, se les ha increpado, aislado o agredido verbalmente en algunas ocasiones afortunadamente escasas, pero no estrictamente anecdóticas. Otras no han sido noticia: las dificultades para garantizar el cuidado de los hijos de familias en las que todos los adultos trabajaban en servicios esenciales, el confinamiento en infraviviendas, los niños y adolescentes que no han tenido ayudas a pesar de no disponer de medios adecuados para seguir la educación telemática, los parados sin derecho a subsidio o los autónomos que no han podido acceder a las ayudas por diversas causas.

Finalizado el periodo de "mayor confinamiento", existen riesgos reales de discriminaciones, ya presentes o nuevas, por razón de edad, género, características familiares, pertenencia a minorías étnicas, condiciones de salud y sociales que pueden tener impacto personal, laboral o en prestaciones.

Por todo lo expuesto, sería recomendable utilizar en nuestra lista de diagnósticos aquellos relacionados con la *situación socioeconómica y psicosocial*, que se pueden consultar en CIE10 Z55-Z65.

Los profesionales de la sanidad y concretamente los médicos nos debemos a los códigos deontológicos establecidos y más allá a una ética consensuada, de carácter universal y

profundamente solidaria. Es un tema complicado, sí, pero en ello estamos.

## Bibliografía

1. Documento Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia. Observatori de Bioètica i Dret de la Universitat de Barcelona disponible en <http://hdl.handle.net/2445/154297>
2. De Montalvo F, Altisent R, Bellver V, Cadena F, De los Reyes M, De la Gándara A et al. 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. [Internet]. CBE. 25 de marzo 2020. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/>
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2 de abril 2020. disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos\\_en\\_situaciones\\_de\\_pandemia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf)
4. Webimar: Fundació Grifols i Lucas. Covid19: la bioètica protagonista. Amb la participació d'Àngel Puyol, Olga Rubio, i Jordi Amblàs, [Internet] disponible en [fundaciogrifols.org](http://fundaciogrifols.org)
5. Webimar: Fundació Grifols i Lucas. Ètica de la informació en temps de pandèmia. Amb la participació d'Antoni Trilla, Mònica Terribas i Milagros Pérez Oliva. [Internet] disponible en [fundaciogrifols.org](http://fundaciogrifols.org)
6. Webimar: Fundació Grifols i Lucas. Covid-19: Llibertat individual vs. bé comú. Amb la participació de Bonaventura Clotet, Victoria Camps i Andreu Segura. [Internet] disponible en [fundaciogrifols.org](http://fundaciogrifols.org)
7. Giovanni Berlinguer. Bioética Cotidiana. Siglo XXI editores, S.A. 2002
8. Glosario códigos V de CIE9 (códigos Z CIE10). Junio 2016. [Internet] disponible en [terceriuartmón.blogstop.com](http://terceriuartmón.blogstop.com)
9. Gonzalez, Feltrer, J. Aspectos éticos de la toma de decisiones de COVID-19 en Atención Primaria [internet] disponible en [amf-semfyc.com](http://amf-semfyc.com). Más Atención Primaria menos virus...
10. Fundació Institut Català de Farmacologia. Medicaments i COVID-19 disponible en [internet] [icf.uab.cat](http://icf.uab.cat)
11. Avishai Margalit. La Sociedad decente. Paidós. 1997