

CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS ESCASOS DURANTE LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS

Ethical-legal considerations in the allocation of scarce resources during the coronavirus pandemic.

TRABAJO FIN DE GRADO

AUTORA: Lara Alonso Revilla.

TUTORA: Tamara Silió García.

Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria.

Curso 2020-2021.



AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

INDICE

1. Resumen.....	3
2. Abstract	4
3. Introducción	5
a) Justificación	6
b) Objetivos	7
c) Metodología	7
d) Estructura.....	9
4. CAPITULO 1: Características de las pandemias más importantes del último siglo y de las estructuras actuales de vigilancia mundial.	10
5. CAPITULO 2: Etiología, características y consecuencias del COVID 19.	14
6. CAPÍTULO 3: Aspectos legales en la asignación de recursos escasos durante la pandemia de COVID 19.	18
7. CAPITULO 4: Consideraciones éticas en la asignación de recursos escasos durante la pandemia de COVID 19.	23
8. Conclusión	28
9. Referencias bibliográficas	30

RESUMEN

A lo largo de los siglos han sido múltiples las enfermedades infecciosas que se han extendido por diversos países y continentes causando importantes cambios sociales, económicos, éticos y sanitarios. Desde finales de 2019 se está propagando a nivel mundial un patógeno conocido como CORONAVIRUS, el cual presenta una elevada y rápida capacidad de transmisión por lo que el 11 de marzo de 2020 se declaró la situación de pandemia.

La inesperada instauración de la pandemia y la rápida evolución de los hechos provocaron una importante cifra de contagios lo que derivó en la llegada masiva de pacientes a los hospitales, produciendo un desequilibrio entre la demanda de asistencia y la oferta de cuidados. Dicho desequilibrio obligó a las autoridades sanitarias a adoptar medidas de contención y a desarrollar protocolos de triaje con el objetivo de evitar el colapso sanitario y aliviar la presión asistencial.

El objetivo del presente trabajo es conocer las consideraciones éticas necesarias en el desarrollo de los protocolos de triaje con el objetivo de evitar desigualdades e injusticias en la asignación de recursos, tratando de tomar decisiones justas y éticamente aceptables, así como de respetar los derechos humanos, las leyes y los convenios internacionales.

Palabras clave: Bioética, pandemia, coronavirus, escasez de recursos.

ABSTRACT

Over the centuries, multiple infectious diseases have spread along several countries and continents causing important social, economic, ethic and sanitary changes. Since the end of 2019, a pathogen known as CORONAVIRUS is spreading at a global scale, with a high and quick transmission rate; due to this, it was declared a pandemic on the 11th March 2020.

The unexpected development of the facts caused a high number of infections which derived to a massive increase in patients attending the hospitals. This created a disequilibrium between the supply of treatment and the demand of assistance. Said disequilibrium forced the sanitary authorities to adopt containment measures and develop triage protocols in order to avoid the sanitary collapse and alleviate the healthcare pressure.

The objective of this project is to acknowledge the necessary ethical considerations in the triage protocol development with avoiding the inequality and injustice of resource assignation as a goal, thriving to make fair and ethically acceptable decisions whilst honouring human rights, laws and international conventions.

Key words: Bioethics, pandemics, coronavirus infections, resource shortage for health

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia se han sucedido múltiples enfermedades que se han extendido mundialmente afectando a multitud de países y continentes. Estas expansiones se conocen como pandemias y están originadas por nuevos agentes patógenos, bacterianos o víricos, ante los cuales la población no presenta inmunidad, lo que deriva en un elevado registro de contagios y muertes.

Una pandemia se define, según la Real Academia Española (RAE) ⁽¹⁾, como *“una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región”*, y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁾, como *“la propagación mundial de una nueva enfermedad”*.

Todas las pandemias conocidas han destacado como crisis sanitarias de rápida propagación, elevado índice de contagios y millones de vidas humanas perdidas, además de las importantes dificultades sanitarias, sociales, éticas y económicas ocasionados ⁽³⁾.

Desde el punto de vista sanitario, las pandemias pueden provocar carencia de recursos humanos y materiales, y por consiguiente un colapso del sistema sanitario ⁽³⁾. En los momentos de mayor incidencia de las enfermedades a escala mundial, muchos sistemas de salud pueden verse desbordados ante la alta demanda de asistencia, teniendo que establecer medidas de asignación adaptadas a la oferta de la que se dispone.

Actualmente, desde finales de 2019, se está propagando un virus conocido mundialmente como CORONAVIRUS o COVID-19. La rápida difusión de este virus, así como su virulencia y letalidad, están obligando a desarrollar protocolos de triaje y priorización ante el riesgo de imposibilidad de atención a todos los pacientes que lo requieran, limitando de este modo el derecho constitucional a favor de la protección a la salud ⁽⁴⁾. Esto se debe al desequilibrio existente entre la alta demanda de asistencia y la limitada oferta de recursos humanos y materiales, lo que imposibilita atender a las necesidades del conjunto de la población.

Este trágico escenario hace necesario el desarrollo de unos criterios consensuados y transparentes en la priorización de la atención que sirvan de apoyo a los profesionales y garanticen la toma de decisiones justas y equitativas. Dichos criterios deberán estar basados en el progreso del conocimiento científico pero también en una profunda reflexión ética que garantice el respeto a los derechos humanos y de los pacientes, así como ser ética y legalmente aceptables.

JUSTIFICACIÓN

El mundo se encuentra sumido en la lucha contra una pandemia causada por el coronavirus. Desde su inicio a finales del año 2019 son múltiples e importantes las consecuencias que ha ido dejando a su paso, desde muerte y discapacidad hasta el declive de la economía, lo que conlleva el desamparo de muchas familias y hogares ante la falta de rentas a fin de mes así como la falta de los bienes necesarios para la protección de salud del conjunto de la población.

Durante estos meses, la gran capacidad de transmisión y propagación del virus ha puesto a los sistemas de salud de todo el mundo al borde de sus capacidades, con dificultades en la prestación de servicios al gran volumen de pacientes que acuden a las instituciones sanitarias. Ante esta situación las autoridades competentes se han visto obligados a implementar medidas de contención así como a valorar el desarrollo de métodos de cribado para decidir, entre todos los usuarios, quien recibirá o no la asistencia necesaria.

Cabe destacar, ante la rápida evolución de los hechos, la ausencia de protocolos consensuados y comunes que sirvan de ayuda y faciliten a los profesionales sanitarios la toma de decisiones, con el objetivo de aliviar la presión asistencial, favorecer unos cuidados de calidad y evitar el abandono de pacientes dentro del complejo contexto en el que se encuentra el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto. Dichos protocolos deberían estar basados, no solo en los avances del conocimiento científico, sino también en una profunda reflexión ética que asegure el respeto a los derechos de los pacientes y garantice la toma de decisiones justas basadas en consideraciones éticas comunes, transparentes y equitativas, así como ajustadas a la legalidad vigente.

OBJETIVOS

- Objetivo general:
 - Identificar las consideraciones ético-legales de la asignación de recursos sanitarios escasos durante la pandemia de COVID-19.
- Objetivos específicos:
 - Describir las pandemias más importantes del último siglo.
 - Describir las estructuras actuales de vigilancia y protección de salud pública a nivel mundial, europeo y nacional.
 - Describir las principales características del virus COVID-19.
 - Describir las medidas de contención llevadas a cabo y las consecuencias derivadas de la situación de pandemia a nivel nacional.
 - Describir la legislación vigente en la asignación de recursos sanitarios escasos.
 - Describir los principios bioéticos empleados en la asignación de recursos sanitarios escasos.
 - Identificar la importancia de la participación y asesoramiento de los comités de bioética en las decisiones sanitarias.

METODOLOGÍA

A la hora de realizar el presente trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva a través de revistas científicas y bases de datos: Google Académico, Scopus, Pubmed, Dialnet, Elsevier, Scielo o NCBI.

La búsqueda se ha realizado empleando el operado booleano “AND” y los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeCS/MESH):

- “Bioética/Bioethics”: Una rama de la ética aplicada que estudia las implicaciones de valor de prácticas y desarrollos de las ciencias de la vida, medicina y atención en salud.
- “Pandemia/Pandemics”: Epidemias de enfermedades infecciosas que se han extendido a muchos países a menudo más de un continente, y por lo general afectar a un gran número de personas.
- “Coronavirus/Coronavirus infections”: Enfermedad viral causada por el género CORONAVIRUS.
- “Escasez de recursos/Resource shortage for health”: La ausencia, indisponibilidad o suministro reducido de cualquier recurso natural crudo o procesado, o cualquier

producto o servicio de cualquier tipo que tenga una relación sustancial con la salud, la seguridad, el bienestar y el bienestar económico de los ciudadanos.

Dada la reciente aparición de la situación de pandemia y la falta de información veraz acerca del virus causal, se ha realizado una búsqueda, además de en las bases de datos previamente mencionadas, en páginas web de organismos oficiales nacionales e internacionales: Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad, Comité de Bioética Español, Instituto Nacional de Estadística (INE), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Asociación Española del Bioética y Ética Médica (AEBI), Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), etc.

Se trata de una búsqueda y revisión bibliográfica realizada desde el campo de la bioética y la legalidad. Los artículos, documentos e informes han sido leídos detenidamente, comprobando su veracidad e idoneidad y seleccionando la información necesaria. Además, se han priorizado aquellos artículos más recientes, desde 2015 en adelante, pero a pesar de ello se pueden identificar algunos documentos anteriores a dicha fecha.

Dada la rápida evolución del conocimiento disponible acerca de este nuevo patógeno y sus continuos rebrotes y propagaciones, puede resultar necesaria una búsqueda y actualización en un breve periodo de tiempo si surgen nuevas evidencias científicas.

ESTRUCTURA

Este trabajo está estructurado en una introducción, con cuatro capítulos y una conclusión final.

Dichos capítulos se encuentran divididos en:

- ❖ Capítulo 1: Características de las pandemias más importantes del último siglo y de las estructuras actuales de vigilancia mundial.
- ❖ Capítulo 2: Etiología, características y consecuencias del COVID 19.
- ❖ Capítulo 3: Aspectos legales en la asignación de recursos escasos durante la pandemia de COVID 19.
- ❖ Capítulo 4: Consideraciones éticas en la asignación de recursos escasos durante la pandemia de COVID 19.

CAPITULO 1: Características de las pandemias más importantes del último siglo y de las estructuras actuales de vigilancia mundial.

El mundo ha sufrido, y sufrirá, enfermedades epidémicas y pandémicas a lo largo de los siglos de forma recurrente provocadas por distintos patógenos. Estas enfermedades tienen una serie de características en común ⁽⁵⁾:

- El origen se encuentra en zonas con elevada actividad humana.
- La rápida propagación de los patógenos eleva rápidamente la curva de contagios.
- Los cambios en el medio ambiente y en los ecosistemas favorecen la aparición de nuevas enfermedades. Además, la contaminación atmosférica y la construcción de grandes ciudades favorece de forma negativa la propagación del virus, ya que facilita la difusión de las partículas por vía aérea.

Las consecuencias provocadas por las pandemias pueden llegar a ser a nivel global incalculables, originando cambios sociales y económicos, costando cientos de millones de vidas y provocando cambios en las estructuras y funcionamiento de los sistemas sanitarios ⁽⁶⁾.

La aparición de enfermedades emergentes continúa siendo un riesgo, ya que no se puede descartar la mutación de un agente patógeno que pueda provocar una nueva pandemia de magnitudes desconocidas ⁽⁶⁾.

Muy pocos acontecimientos a lo largo de la historia han afectado tanto esta sociedad como lo han hecho los brotes de enfermedades infecciosas, entre otras:

- **Peste negra.**

Se reconoce como una de las mayores catástrofes de la historia de la humanidad. Esta provocada por una bacteria, la *Yersinia Pestis*, que se multiplica en los ganglios linfáticos de las axilas y las ingles, provocando una inflamación conocida como “bubones”, de los cuales posteriormente derivan manchas negras en la piel. La enfermedad se propaga a través de pulgas, que pican a las ratas que habitan en las ciudades, las cuales se lo transmiten al ser humano. La peste bubónica no se puede transmitir de persona a persona, sin embargo, si la bacteria llega al pulmón (peste neumónica) se puede diseminar por vía aérea infectando a otras personas. La mortalidad es de alrededor del 50% en la peste bubónica no tratada y casi del 100% en la peste neumónica ⁽⁷⁾. La peste continúa siendo endémica en algunas regiones como Madagascar, Republica Democrática del Congo y Perú ⁽³⁾, pero con los tratamientos antibióticos se consiguen evitar las complicaciones y el 85% de las defunciones ⁽⁶⁾.

- **Cólera.**

Es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria, *Vibrio Cholerae*, que cursa con diarreas profusas y deshidratación grave y que sin el adecuado tratamiento puede derivar en un shock, llegando a producir la muerte ⁽³⁾. Las principales causas de propagación del cólera son la ausencia de agua potable y la eliminación inadecuada de los excrementos humanos. Los principales brotes de cólera se produjeron entre 1817 y 1923 y en la actualidad continúa siendo endémica, siempre debido a la persistencia de deficiencias higiénicas, la falta de lavado de manos o el inadecuado tratamiento del agua previo a la ingesta ⁽⁷⁾.

- **Viruela.**

Es una enfermedad causada por el *Variola Virus* y se caracteriza por erupciones en la piel (pústulas) y una mortalidad del 30%. Esta infección ha sido responsable de cientos de miles de muertes a lo largo del siglo XX ⁽⁸⁾. Gracias a la campaña de vacunación de la OMS, la enfermedad fue erradicada en 1980. El último brote endémico fue en Somalia en 1977 ⁽³⁾.

- **Gripe.**

Esta patología es causada por el *Influenzavirus*, el cual se puede clasificar en tres cepas: A (infectan humanos y animales), B (infectan humanos) y C (porcinos y humanos). Las cepas potencialmente pandémicas son las que presentan reservorios animales, pudiendo transmitirse al hombre y este a su vez diseminarlo por vía aérea. A lo largo de la historia se han sucedido distintas epidemias y pandemias atribuibles a la cepa A, siendo la peor la conocida como “Gripe española”. Dicha gripe se desarrolló entre los años 1918-1920, con una tasa de mortalidad de hasta un 27%, estimándose entre 20-50 millones de defunciones ⁽⁵⁾. Es considerada por muchos autores como la mayor catástrofe sanitaria del siglo XX ⁽³⁾.

Actualmente, en el siglo XXI, en los años 2009-2010, se registró una nueva pandemia de gripe A (H1N1), subtipo de virus muy similar al causante de la pandemia de 1918, pero con consecuencias menos devastadoras ⁽³⁾, en la cual se infectó sobre un 10% de la población global, con aproximadamente 201.200 defunciones ⁽⁸⁾.

- **Ébola.**

Es una enfermedad provocada por el *Ébolavirus* y cuya manifestación clínica predominante son las fiebres hemorrágicas. Es uno de los virus más peligrosos conocidos actualmente, se transmite por fluidos corporales y presenta una tasa de mortalidad del 90% ⁽⁵⁾. Continúa siendo

una enfermedad endémica en África central y oeste. Esta enfermedad infecciosa ganó notoriedad a nivel mundial en 2014 tras la infección de un pasajero estadounidense que regresaba de Libia, el cual enfermó y falleció a causa de la enfermedad ⁽⁸⁾.

- **Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).**

El VIH comenzó en la década de los 80 en el Congo. Desde su inicio ha evolucionado lenta y progresivamente afectando diferentes países y continentes, dando como resultado una pandemia. Representa un grave problema de salud pública y predomina en Europa oriental, Asia central, Oriente medio y África oriental ⁽³⁾. En la actualidad hay 37,9 millones de personas infectadas por VIH y desde su aparición se han notificado más de 30 millones de defunciones ⁽⁷⁾. Actualmente no existe vacuna ni tratamiento curativo pero su tratamiento mediante antirretrovirales ha conseguido cronificar la enfermedad ⁽⁵⁾.

- **Coronavirus.**

Es una enfermedad vírica causada por el *Orthocoronaviridae* que cursa con afecciones principalmente respiratorias. Es un virus zoonótico, es decir, se transmite de animales a personas. Este virus presenta una gran capacidad de recombinación genética, lo que le otorga un importante potencial pandémico ⁽⁵⁾. Entre otros coronavirus epidémicos detectados en este siglo destacan ⁽⁵⁾:

- Síndrome Respiratorio Agudo (SARS-CoV), que apareció en España en 2002.
- Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), que apareció en España en 2012.

Globalmente existen estructuras dirigidas a la detección y notificación precoz de nuevos agentes patógenos con potencial epidémico y pandémico (PPP) que puedan suponer una amenaza para la salud del conjunto de la población mundial.

A nivel mundial existen dos estructuras de respuesta ante epidemias y pandemias: El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN):

- RSI (2005) representa la única estructura internacional vinculada a la salud pública en la que se encuentran suscritos 196 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la OMS. Su finalidad es prevenir la propagación internacional de enfermedades,

proporcionar protección frente a ellas y controlarlas mediante una respuesta de salud pública proporcionada a los riesgos que supongan ⁽⁹⁾.

- La GOARN es producto de la colaboración entre instituciones científicas. Su objetivo es ayudar a mantener la seguridad sanitaria internacional combatiendo la difusión transfronteriza de patógenos infecciosos y garantizando que los recursos necesarios estén disponibles en los momentos y lugares en los que se requieran ^(6,10).

A nivel europeo se reconoce el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) fundado en 2005 y cuya función principal es fortalecer los mecanismos de defensa europeos contra las enfermedades infecciosas ⁽¹¹⁾. El centro colabora estrechamente con la OMS y presenta diversos sistemas para el control de las enfermedades, entre los que se encuentra el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta de Salud Pública (SAPR) ⁽¹¹⁾, el cual permite mantenerse en comunicación permanente con los países pertenecientes a la Unión Europea (UE), con el objetivo de notificar las amenazas transfronterizas que supongan un riesgo para la salud ⁽¹²⁾.

A nivel nacional la vigilancia epidemiológica se sustenta en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), gestionado por el Centro Nacional de Epidemiología, y el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), dependiente de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ⁽¹³⁾:

- La RENAVE es una estructura descentralizada e integrada por profesionales y técnicos de salud pública local, autonómica y estatal. Esta Red da respuesta a las necesidades de información de las autoridades de salud que requieren conocer la presentación, patrones de riesgo y distribución de las enfermedades transmisibles en la población, orientando de ese modo las medidas de prevención y el control de las enfermedades ⁽¹³⁾.
- El CCAES tiene como objetivo la coordinación y el apoyo de la respuesta ante situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional que supongan un riesgo para la salud de la población y, además, es la encargada de desarrollar planes de respuesta ante amenazas de salud pública ⁽¹⁴⁾.

CAPITULO 2: Etiología, características y consecuencias del COVID 19.

El COVID-19 es una nueva enfermedad notificada por primera vez el 31 de diciembre de 2019 tras la aparición de varios casos de neumonía vírica en la ciudad china de Wuhan. Desde china se comenzó a extender mundialmente hasta que el día 11 de marzo de 2020, ante su propagación masiva y el elevado número de contagios y muertes producidas, se proclamó como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁷⁾.

El genoma del virus (conjunto de toda su información genética) fue descubierto el 7 de enero por las autoridades chinas, identificando al SARS-CoV-2 como agente causal. Gracias a la detección del genoma se ha permitido obtener información acerca de las diversas mutaciones del virus, así como su forma de propagación entre humanos, lo que facilita a las autoridades sanitarias la toma de decisiones en relación a la prevención de contagios y a la contención de la propagación del virus ⁽¹⁵⁾.

Es un virus perteneciente a la familia del orthocoronaviridae. Dicho patógeno se encuentra emparentado con dos virus epidémicos que provocaron brotes en este siglo: el síndrome respiratorio agudo (SARS-CoV) en 2002-2003 y el síndrome respiratorio de oriente medio (MERS-CoV) en 2012 ^(5,16).

Este nuevo virus es el séptimo representante de la familia del coronavirus con capacidad de infectar a humanos. Se estima que el 20% de los resfriados comunes son causados por diferentes especies de coronavirus ⁽¹⁶⁾.

Se trata de un virus zoonótico ⁽⁵⁾ y son múltiples las teorías sobre cómo esta nueva especie de coronavirus paso de animales a humanos, pero solo existen dos teorías plausibles y ambas refieren la transferencia desde un murciélago o desde un pangolín, en ambos detectadas secuencias del SARS-CoV2 ⁽¹⁶⁾.

El SARS-CoV2 tiene una elevada capacidad para infectar numerosos órganos y tejidos, presentando una gran diversidad de manifestaciones pero el órgano diana por excelencia al cual afecta en mayor medida es el pulmón, pudiendo ser este el punto de partida para diseminarse por el resto del organismo ⁽¹⁷⁾.

Dicho agente se transmite de persona a persona a través de las secreciones de sujetos infectados, mediante gotitas de saliva que desprende la persona infectada al toser, estornudar, respirar o hablar. También se puede transmitir a través del contacto de mucosas de la nariz, boca u ojos con objetos contaminados (fómites) con secreciones de personas infectadas ⁽¹⁸⁾.

El periodo de incubación es de entre 4 a 14 días, apareciendo síntomas, aproximadamente, a los 5 días desde la exposición. En la fase presintomática, el virus se replica activamente en el organismo del huésped, pudiendo ser contagioso desde varios días antes del inicio los síntomas hasta días después de su desaparición ⁽¹⁷⁾.

La OMS estima que la tasa de contagio (R_0) es de 1.4 a 2.5, siendo esta una tasa de infección elevada, es decir, que una persona puede infectar hasta a 2.5 personas. Para controlar una epidemia la R_0 debería de situarse por debajo de 1 ⁽¹⁹⁾.

Alrededor del 80% de los contagiados muestran cuadros clínicos leves de la enfermedad o asintomáticos, pero en un 20% de los casos la enfermedad se agrava, desarrollando diversas manifestaciones que podrían incluso llegar a causar la muerte a un 2-3% de los mismos ⁽¹⁷⁾.

La aparición de los síntomas no se produce al mismo tiempo ni con la misma intensidad; entre los síntomas más destacados de la enfermedad están: fiebre, fatiga, disnea, tos seca, anosmia, ageusia, dolor muscular, etc ⁽¹⁷⁾. Si el sistema inmunitario no es capaz de frenar la diseminación del virus y este alcanza los pulmones puede llegar a producir alteraciones inflamatorias con la consiguiente producción de líquido y pus, dando como resultado una neumonía y la disminución del intercambio gaseoso. En estos casos el paciente requiere de un aporte extra de oxígeno mediante oxigenoterapia no invasiva, y en caso de progresión y empeoramiento, ventilación mecánica ⁽¹⁷⁾.

Se sabe que el virus no afecta a todas las personas por igual, desarrollándose ante una misma exposición diversos cuadros clínicos que pueden ir desde la ausencia de síntomas hasta el ingreso en unidades de cuidados críticos. Los principales factores que influyen en la evolución de la enfermedad son la presencia de comorbilidades previas y la edad, presentando una peor evolución con un mayor riesgo de desarrollo de afecciones graves y muerte ⁽²⁰⁾.

Los factores de riesgo más destacados, los cuales pueden contribuir a una peor evolución, son ⁽²⁰⁾:

- Edad.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Diabetes.
- Enfermedad obstructiva crónica pulmonar (EPOC).
- Enfermedades renales.
- Cáncer.

- Inmunosupresión.
- Enfermedades neurológicas.
- Sobrepeso/obesidad.
- Tabaquismo

Se trata de una crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud dado el gran riesgo de contagios y el elevado número de ciudadanos afectados. La rápida evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, llevó a la declaración de la situación de pandemia el 11 de marzo de 2020 ⁽⁷⁾ y a la adopción de medidas urgentes de contención a escala mundial.

A nivel nacional, el día 14 de marzo, mediante la aprobación del Real Decreto 463/2020 ⁽²¹⁾, se declaró el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, con el objetivo de adoptar medidas eficaces para hacer frente a esta extraordinaria situación, protegiendo la salud y seguridad de los ciudadanos, conteniendo la propagación del virus, reforzando el sistema de salud pública y reduciendo la presión sobre los servicios sanitarios ⁽²¹⁾.

Este nuevo decreto, principalmente, limitaba la libertad de circulación además de otras medidas de contención que afectaban a distintos ámbitos sociales, como son el educativo, las actividades recreativas y culturales, la actividad laboral y comercial, lugares de culto... ⁽²¹⁾ A pesar de las medidas adoptadas, la situación de emergencia evolucionó con enorme rapidez, obligando a prolongar el estado de alarma hasta el 21 de junio.

Además de las medidas impuestas por el estado de alarma, el 9 de junio, mediante la aprobación del Real Decreto 21/2020 ⁽²²⁾, se establece el mantenimiento de medidas de prevención e higiene, como es el uso obligatorio de mascarilla en la vía pública, en espacios al aire libre y en espacios cerrados de uso público.

La nueva normativa derivada del estado de alarma ha producido consecuencias en términos de costes sociales y económicos, ya que han supuesto la reducción de la actividad económica y social de forma prolongada, paralizando el trabajo en numerosos sectores, lo que ha derivado en la pérdida de rentas para muchas personas y familias ⁽²²⁾. Por otro lado, también se pueden observar consecuencias en términos sanitarios, como la suspensión de la asistencia programada, con la posterior repercusión en la salud de la población general, o la falta de recursos para la atención de los pacientes o la protección de los profesionales. Sin olvidar la consecuencia más importante, el elevado número de vidas humanas perdidas a causa de la infección, siendo las personas mayores y las más vulnerables las peor paradas, situándose a finales de marzo con casi 21.000 defunciones semanales ⁽²³⁾.

A finales de 2020 Europa es el segundo continente del mundo más golpeado por las consecuencias de la COVID-19, con un total de 20.309.247 contagios. España es el quinto país del continente más afectado por la pandemia, presentando 1.720.050 contagios y 47.344 defunciones en lo que llevamos de año ⁽²⁴⁾.

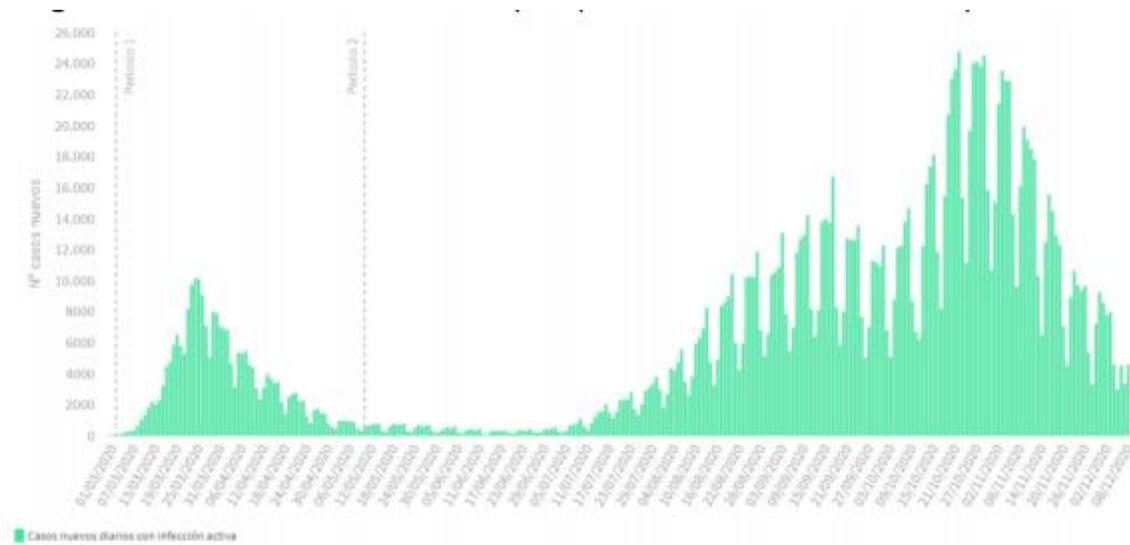


Imagen 1. Casos nuevos diarios con infección activa a 09.12.2020. Ministerio de Sanidad ⁽²⁴⁾.

A pesar de las medidas de contención adoptadas nada impidió la rápida propagación del virus, lo que conllevó, en la fase más álgida de la pandemia, la llegada masiva de pacientes a los hospitales. La demanda de asistencia y la necesidad de ingreso hospitalario y en las unidades de cuidados críticos situaron al sistema sanitario, escaso de los recursos materiales y humanos, al borde del colapso.

Las sociedades científicas españolas y el Ministerio de Sanidad, ante el riesgo de colapso e imposibilidad de asistencia de toda la población, comenzaron a valorar posibles criterios de triaje y de asignación de recursos, cuyo máximo objetivo se centraba en salvar el mayor número de vidas posibles con los medios de los que se disponían.

CAPÍTULO 3: Aspectos legales en la asignación de recursos escasos durante la pandemia de COVID 19.

El 14 de marzo de 2020 entró en vigor el Real Decreto 463/2020 ⁽²¹⁾ por el cual se declaraba el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, permaneciendo vigente hasta el 21 de junio. Su objetivo era establecer medidas eficaces para la contención del virus y la protección del conjunto de la población. Dicha ley establecía limitaciones en la libre circulación así como restricciones en diversos ámbitos sociales, además de medidas para reforzar el sistema nacional de salud y asegurar el suministro de bienes y servicios necesario para la protección de la salud pública.

Las facultades para la declaración del estado de alarma vienen reflejadas en el artículo 116 de la Constitución Española ⁽⁴⁾ en el cual se establece que deberá estar regulado legislativamente y ser acordado en el Consejo de Ministros. Asimismo, la Ley Orgánica 4/1981 de estados de alarma, excepción y sitio ⁽²⁵⁾ habilita al gobierno a declarar el mencionado estado en todo o parte del territorio nacional cuando se produzcan alteraciones graves de la normalidad tales como crisis sanitarias. Tanto en la Constitución Española como en la Ley Orgánica 4/1981 se establece que el estado de alarma no habrá de superar un tiempo máximo de 15 días, y solo podrá ser prorrogado bajo la autorización del Congreso de los Diputados ⁽⁴⁵⁾.

El 5 de junio de 2020 se promulgó el Real Decreto 555/2020 ⁽²⁶⁾, por el que se prorroga el estado de alarma, en el que se regulaban las tres fases de levantamiento o desescalada de las medidas de contención, de modo gradual y asimétrico, coordinado con las comunidades autónomas y adaptables a los cambios epidemiológicos, sanitarios, sociales, económicos y de movilidad; tras la superación de todas las fases, las medidas derivadas del estado de alarma quedarán sin efecto. En vista de la superación de todas las fases de la desescalada y la consiguiente expiración de la vigencia del estado de alarma, el 11 de junio entró en vigor el Real Decreto 21/2020 ⁽²²⁾ en el que se establecen medidas de higiene y prevención, como el uso obligatorio de mascarilla en la vía pública, con el objetivo de prevenir posibles rebrotes.

A nivel de la Unión Europea (UE) se desarrolló una hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19 ⁽²⁷⁾ en la que se establecían recomendaciones para la planificación de las fases de la desescalada por todos los estados miembros. El objetivo primordial era la recuperación de la actividad económica y social de modo que se minimizase cualquier riesgo sobre la salud de las personas y se evitase la sobrecarga del sistema sanitario. Con dichas recomendaciones se pretendía proporcionar un

marco a escala de la UE que garantizase la coordinación transfronteriza mediante una comunicación efectiva y recíproca con los estados miembro y la comisión europea.

La pandemia causada por el COVID-19 ha provocado graves problemas de disponibilidad de recursos materiales y humanos para hacer frente a la alta demanda de asistencia ante las importantes olas de contagios. Estas circunstancias ponen en riesgo el derecho constitucional a la protección de la salud, el cual se encuentra recogido en el artículo 43 de la Constitución Española ⁽⁴⁾, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud de toda la población española. La Ley General de Sanidad ⁽²⁸⁾, desarrollada en 1986, tiene por objeto regular todas aquellas acciones orientadas al cumplimiento del artículo 43 de la Constitución Española, siendo titulares de derecho a la protección de la salud todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Asimismo, reconoce el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad para toda la población española, tratando de evitar desequilibrios territoriales y sociales, así como fenómenos de discriminación.

En 2002 se elaboró la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ⁽²⁹⁾, en la cual se desarrollan y reconocen los principios básicos de los pacientes:

- Dignidad de la persona humana.
- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere de un previo consentimiento por parte del usuario tras haber recibido una información adecuada, pudiendo decidir libremente sobre las opciones clínicas disponibles o negarse a recibir las mismas, respetando de esta forma su derecho de autonomía y su propia voluntad.

Asimismo, reconoce el derecho de los usuarios al desarrollo de un documento de instrucciones previas en el cual quede registrada su voluntad sobre los cuidados y tratamientos pertinentes en el caso de que el interesado no estuviese en circunstancias de expresar sus preferencias y decidir personalmente. Dichas voluntades deberán ser aplicadas únicamente en los supuestos en los que dicho paciente haya previsto en el momento de su realización.

Igualmente, como recoge el artículo 6 de la misma, los ciudadanos tienen derecho a conocer información verdadera, comprensible y adecuada acerca de aquellos problemas sanitarios colectivos cuando impliquen un riesgo para la salud pública e individual, así como aquella información relacionada con los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos, como se indica en el artículo 12.

La Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos ⁽³⁰⁾, publicada el 19 de octubre de 2005, trata sobre las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos. Entre sus objetivos destaca el respeto y protección de la dignidad y derechos humanos, velando por la vida y las libertades fundamentales de los seres humanos. Cabe destacar varios artículos de la misma ⁽³⁰⁾:

- Artículo 3: Dignidad humana y derechos humanos.

Hace referencia al pleno respeto de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

- Artículo 5: Autonomía y responsabilidad individual.

Alude a la facultad de toda persona de tomar decisiones asumiendo la responsabilidad de las mismas, respetando así el derecho de autonomía.

- Artículo 6: Consentimiento.

Hace referencia a la necesidad de un consentimiento libre e informado para la realización de toda intervención médica preventiva, diagnóstica y/o terapéutica.

- Artículo 10: Igualdad, justicia y equidad.

Destaca la importancia de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en términos de dignidad y derechos, de modo que sean tratados con justicia y equidad.

- Artículo 11: No discriminación y no estigmatización.

Se rechaza la discriminación y/o estigmatización de cualquier grupo o individuo, respetando de esa forma la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Asimismo, la Constitución Española ⁽⁴⁾ reconoce, en su artículo 10, el respeto a la dignidad humana, a los derechos de los demás y al libre desarrollo de la personalidad y, en su artículo 14, a los españoles como iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

La Ley General de Salud Pública ⁽³¹⁾, aprobada en octubre de 2011 tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos. En su artículo 3

desarrolla los principios generales de acción de salud pública en los que alude al principio de equidad y de transparencia⁽³¹⁾:

- Principio de equidad: todas las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población deberán de promover la disminución de las desigualdades sociales en términos de salud.
- Principio de transparencia: el conjunto de la población deberá ser informado sobre las actuaciones de salud pública de forma clara, sencilla y comprensible.

Dicha ley también recoge los derechos de los que goza el conjunto de la población en materia de salud pública como son el derecho a la información, derecho a la participación, derecho a la igualdad y derecho a la intimidad, confidencialidad y respeto a la dignidad, así como los deberes de colaboración y comunicación.

Ante la falta de recursos, algunas sociedades científicas españolas, como es la SEMYCIUC⁽³²⁾, propusieron la negación de asistencia a la población vulnerable, como son los pertenecientes a la tercera edad o personas con discapacidad, lo cual fue rechazado por el Ministerio de Sanidad⁽³³⁾, el Comité de Bioética Español⁽³⁴⁾ y por múltiples sociedades científicas^(35,36,37,38).

La Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social⁽³⁹⁾ desarrollada en diciembre de 2013 tiene por objeto garantizar el respeto de los derechos de las personas con discapacidad en términos de libertad, igualdad y dignidad, a través de la promoción de su autonomía, la accesibilidad universal, la inclusión en la comunidad y la vida independiente, erradicando todo tipo de discriminación.

En su artículo 10 hace referencia al derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención y protección de la enfermedad, así como la promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por razones de discapacidad. Asimismo, el artículo 22 alude al derecho de toda persona con minusvalía al acceso universal y en condiciones de igualdad con las demás personas a los entornos, procesos, bienes, productos, servicios, etc.

Además, cabe destacar el convenio internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad⁽⁴⁰⁾ cuyo objetivo es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Dentro del mismo es importante subrayar varios artículos⁽⁴⁰⁾:

- Artículo 5: Igualdad y no discriminación.

Reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

- Artículo 10: Derecho a la vida.

Se reafirma el derecho inherente a la vida de todos los seres humano y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás.

- Artículo 11: Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.

Se alude a la disposición de todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgos.

- Artículo 25: Salud.

Hacen referencia al derecho de igualdad de acceso a una atención sanitaria de la misma calidad que el resto de la población, así como rechazo a la negación de servicios de salud de manera discriminatoria.

CAPITULO 4: Consideraciones éticas en la asignación de recursos escasos durante la pandemia de COVID 19.

La ética se define como la ciencia del comportamiento moral, estudia y determina cómo deben actuar los miembros de una sociedad. Se refiere a los valores y normas que habrían de respetarse para tener una conducta verdaderamente humana ^(41,42).

La bioética se basa en el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida y el ambiente, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre y sus futuras generaciones ^(41,42).

La ética más aceptada y extendida en el mundo sanitario es la ética principialista en la que se distinguen cuatro principios básicos de la bioética ⁽⁴³⁾:

- Autonomía: define el derecho de toda persona a decidir por sí misma en todas las materias que la afecten de una u otra manera, con conocimiento de causa y sin coacción ninguna, siguiendo sus propios valores y creencias. Requiere de conocimiento y libre consentimiento.
- No-maleficencia: derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas. Determina el deber de no hacer daño: *“primum non nocere”*.
- Beneficencia: derecho de toda persona a vivir de acuerdo a sus ideales de perfección y felicidad. Deber de actuar buscando el bien común.
- Justicia: derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas. Consiste en el reparto equitativo de recursos, evitando discriminar en el acceso a los recursos. Justicia distributiva. Se trata de la distribución de recursos limitados e insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y demandas ⁽⁴³⁾.

“Este principio impone límites a la autonomía, ya que pretende que la vida, libertad y derechos básicos de otras personas no se vean afectados ante la autonomía del resto” ⁽⁴³⁾. Todos los seres humanos somos iguales en dignidad y derechos lo que lleva a que ante situaciones similares se actuará de forma parecida y frente a circunstancias diferentes se obrará de forma distinta y que ante situaciones de limitación de cualquier tipo de recurso entrarán en juego los criterios de eficiencia y equidad ⁽⁴⁴⁾.

Al inicio de la pandemia provocada por el COVID-19, en la cual el número de hospitalizados aumentaba drásticamente, los recursos sanitarios resultaban insuficientes para la atención de

todos los pacientes que lo demandaban, lo que puso al sistema sanitario al borde del colapso. Esta escasez llevó a pensar en la justicia distributiva, como principio ético básico, así como en aquellas consideraciones éticas que serán necesarias a la hora de abordar la actual crisis sanitaria ⁽⁴⁵⁾. Como dice el Ministerio de Sanidad: *“ante una situación que esta conllevando la restricción de los derechos individuales de la población a favor del bien común, nuestro punto de partida es que la ética no puede dejarse de lado durante una catástrofe de salud pública, en el que es aún más importante articular orientaciones éticas para circunstancias extraordinarias”* ⁽³³⁾.

Este desequilibrio entre la oferta y la demanda en el ámbito sanitario obligó a las autoridades competentes a valorar posibles criterios de priorización, racionamiento de recursos y triaje. Únicamente resultará legítimo acudir a dichos criterios cuando se haya tratado de disponer de la máxima cantidad de medios posibles, movilizandolos todos los recursos personales y materiales disponibles, y conseguir tantos nuevos medios como sea posible ^(32-34,45-47). La priorización no se debe basar solo desde un punto de vista clínico, sino también desde una perspectiva de consideraciones éticas basadas en la justicia distributiva, orientándose a la igualdad, a la distribución equitativa de riesgos/beneficios y al bien hacer ^(46,48). No existe ningún criterio ético suficiente por sí mismo para determinar a quién le correspondería asignar esos recursos escasos, por lo que se requiere de múltiples valores éticos que se pueda adaptar de forma individual para hacer esa determinación ⁽⁴⁶⁾. Como dice el Comité de Bioética español en su informe *“habrá que adoptar unos criterios en la asignación de recursos que sean comunes para todos los españoles, de modo que no se produzcan graves inequidades asistenciales entre unos y otros”* ⁽³⁴⁾.

El principal criterio para la asignación de recursos es la transparencia. La sociedad debe conocer el origen y las circunstancias para el desarrollo de las medidas extraordinarias, así como comunicar cuanto de escasos son los recursos disponibles y los criterios que se van a seguir en la asignación de los mismos, garantizando así un trato igualitario al conjunto de la población ^(32-36,45-47).

Todos los criterios adoptados deberán estar basados en el pleno derecho a la dignidad humana, recogido en el artículo 3 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos ⁽³⁰⁾, *“considerando a todo ser humano como un fin en sí mismos, portador de una singularidad y valor esencial, que lo hacen un ser único e irrepetible”* ⁽⁴⁵⁾. Todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, rechazando criterios de asignación ajenos a la esencia personal, tales como edad, discapacidad, valor social, etc. Rehusando de esta forma

criterios fundados en la discriminación a favor del principio de justicia ^(33,34,36-38,45,47). El Ministerio de Sanidad en su informe sobre aspectos éticos en situación de pandemia indica que: *“no se puede discriminar por ningún motivo ajeno a la situación patológica del paciente y las expectativas objetivas de supervivencia”* ⁽³³⁾.

En este sentido, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) ha publicado múltiples comunicados en el transcurso de la pandemia cuyo objetivo es luchar por los derechos de las personas con discapacidad ante un trato discriminatorio por parte de las sociedades científicas: *“Han de ofrecer a los pacientes con discapacidad o edad avanzada garantías de un trato adecuado, respetuoso con los derechos humanos y el igual valor de toda vida, sin apreciaciones personales sesgadas o prejuiciosas acerca de determinados grupos sociales”* ⁽⁴⁹⁾.

Tanto el CERMI como fundaciones dirigidas a la protección de los derechos de las personas mayores instan a que las sociedades científicas revisen sus protocolos con el fin de eliminar cualquier indicio de desigualdad que resulte irrespetuoso con el marco de derechos humanos que rige en España. *“No se puede negar asistencia a nadie por razones de edad o discapacidad ya que todas las vidas tienen el mismo valor y merecen el mismo respeto”* ⁽⁵⁰⁾.

Asimismo, Francisco Fernández Marugán, defensor del pueblo en funciones, refirió que *“el combate contra la enfermedad no puede dejar de lado en ningún momento los principios básicos sobre los que se cimenta nuestra sociedad democrática, garantizando en todo momento la dignidad de las personas, cualquiera que sea su condición, y el respeto a sus derechos y libertades consagrados en la Constitución”* ⁽⁵¹⁾.

En contraposición, cabe destacar el informe redactado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) sobre *“Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos”*. Este informe hace referencia a recomendaciones específicas para la asignación de recursos limitados, rechazando el acceso a los mismos por parte de las personas mayores de 80 años y/o las personas con deterioro cognitivo, demencia o enfermedad degenerativa, vulnerado la dignidad de las personas mayores y/o con discapacidad, así como los principios éticos de justicia y no-maleficencia ⁽³²⁾.

La proporcionalidad como criterio de asignación hace plantearse este reparto en circunstancias normales en las que la negación o prestación de un servicio no resultaría trágica ya que respondería a los criterios de beneficencia, no-maleficencia y autonomía. Sólo si en un

contexto normal fuese apropiado el uso de unos recursos concretos tendrá sentido plantearse opciones de triaje y priorización. La aplicación de un procedimiento determinado como medio de mantenimiento de la vida debe considerarse proporcionado, es decir, equilibrar los beneficios esperados con los posibles riesgos de daño, atendiendo así al principio de no-maleficencia y beneficencia ^(32-35,37,38,45,46). Si recibir el bien no ayudara al fin terapéutico, es decir, su utilidad terapéutica no estuviese demostrada, sería inapropiado asignar dicho recurso, considerándose intervenciones fútiles, las cuales no son éticamente admisibles ^(37,46,47,52).

La justicia y la equidad son principios esenciales para la asignación de recursos en circunstancias de escasez, de modo que se respete la igualdad de todos los seres humanos ⁽⁴⁵⁾. La justicia como criterio de asignación en el ámbito de la salud es compartida por muchos autores y se entiende como el reparto equitativo de los recursos disponibles ^(36-36,38,43,45-48). Dentro de la asignación justa de recursos, cabe destacar la asignación a favor del paciente con mayor necesidad y en circunstancias de mayor vulnerabilidad, descartando la asignación al azar o por orden de llegada, lo cual podría dar como resultado la atención prioritaria de personas en circunstancias clínicas de menor gravedad, vulnerando los mencionados principios éticos ^(33,34,45-47).

Además, el comité de bioética propone un modelo mixto basado en la equidad, la utilidad terapéutica y la protección frente a la vulnerabilidad como marco ético ante la toma de decisiones, lo cual ha sido compartido por muchos autores ⁽³⁴⁾. La utilidad terapéutica obliga a considerar la proporcionalidad y la eficiencia (lograr mayores beneficios al menor coste posible) ⁽⁴⁶⁾.

Por otra parte, el principio de reciprocidad implica el deber de apoyar a las personas que asumen un riesgo desproporcionado a favor de la protección del bien público. Este valor justifica la prioridad de acceso a los recursos de aquellas personas que asumen riesgos para su propia salud en respuesta ante la actual situación de pandemia ^(34,38,46,48).

Ante esta situación de crisis sanitaria, la justicia prevalece sobre la autonomía del paciente ⁽⁴⁵⁾. Esto significa que se les debe comunicar de forma clara el diagnóstico y pronóstico, así como los recursos disponibles acordes a su estado de salud, ya que a pesar de no poder recibir determinados recursos escasos se les permite ejercer su derecho de autonomía, pudiendo elegir, según su escala de valores, entre los recursos que se les ofrece e incluso el deseo a no ser sujeto a determinadas intervenciones ^(35,38,47,52). Además, de esta forma se asegura el deber

ético al no abandono, ofreciendo cuidados de apoyo y/o paliativos. Por otro lado, cabe destacar la importancia de las voluntades previas como documento a tener en cuenta a la hora de la asignación de recursos y con el objetivo de respetar la voluntad del paciente ^(32,35,37,47,52).

“No se puede ofrecer un recurso del que no se dispone, pero siempre ha de ofrecerse aquel que reconforte, y allí radica la condición mínima a fin de velar por la dignidad de los pacientes y del personal de salud” ⁽⁴⁵⁾.

Los criterios de priorización nunca deben ser aplicados de forma automática, cayendo en la despersonalización, sin tener en cuenta la situación clínica y la singularidad de cada paciente, sino que deben ser aplicados en base a juicios clínicos de las circunstancias particulares de cada persona ^(33,35). *“No existen enfermedades, sino enfermos”* ⁽⁴⁵⁾.

Finalmente, la atención de los pacientes enfermos por coronavirus es una prioridad, pero igualmente debe serlo la atención de pacientes con distintas patologías, los cuales tienen los mismo derechos que el resto de usuarios y cuya atención no debe verse perjudicada ante esta nueva enfermedad, por lo que la priorización debe ser siempre horizontal ^(33,34,37,47).

Los criterios de priorización y triaje requieren de una valoración continuada por dos motivos ^(33,45,46,48).

1. Dado el carácter dinámico de la pandemia, con el objetivo de ajustarlos a las situaciones reales de distribución de la enfermedad, recursos disponibles y a los avances en el conocimiento.
2. Los cambios en el estado clínico del paciente, evaluando la idoneidad y proporcionalidad de los procedimientos, así como de modificar los objetivos establecidos para cada paciente.

Conclusión:

En los últimos meses la pandemia causada por el virus COVID-19 se ha extendido por todo el mundo causando serios problemas sanitarios, sociales y económicos principalmente, lo cual ha supuesto un gran reto para las poblaciones mundiales, poniendo en riesgo el derecho de protección de la salud recogido en la constitución española ⁽⁴⁾ y requiriendo adoptar medidas de contención por parte de las autoridades sanitarias.

En el día a día asistencial surgen importantes dilemas éticos que requieren de profundas reflexiones con el objetivo de buscar el mejor curso de acción, tomando decisiones justas en las que todas las partes implicadas salgan beneficiadas o los daños ocasionados sean los menos posibles. La inesperada instauración de esta difícil situación y la rápida elevación de la curva de contagios, junto al desconocimiento de este nuevo patógeno por parte de la comunidad científica, llevó a las instituciones sanitarias al borde de sus capacidades, viéndose obligados a desarrollar protocolos que permitiesen gestionar de forma adecuada la gran demanda de asistencia. Este difícil contexto puso de manifiesto la importancia de los comités éticos en la práctica clínica así como en el desarrollo e incorporación de consideraciones bioéticas en dichos protocolos, con el fin de aportar una visión más humanitaria y de garantizar el respeto de los derechos de los pacientes, facilitando la toma de decisiones y aliviando la presión asistencial. El COVID-19 acentuó el hecho de que nuestros recursos son siempre limitados y debe ser la bioética la que justifique y dote de claridad y coherencia a las decisiones de asignación de recursos, llevándola a cabo de la forma más equitativa, justa y transparente posible.

Entre las funciones de los comités de bioética cabe destacar ⁽⁵³⁾:

- a) Emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico en asuntos con implicaciones bioéticas relevantes.
- b) Emitir informes, propuestas y recomendaciones sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud que el Comité considere relevantes.

En el contexto de la carencia de recursos dentro de la pandemia cabe destacar el derecho de la población a ser informados de forma veraz y comprensible de aquellos problemas sanitarios que impliquen riesgo para la salud pública así como de los recursos disponibles y de las medidas adoptadas por parte de las autoridades sanitarias, conociendo de esta forma los protocolos desarrollados y los criterios incluidos en los mismos. Asimismo solo será legítimo

acudir a sistemas de triaje cuando se hayan agotado todos los medios disponibles y se hayan adoptado todas las medidas de adquisición, distribución y organización de recursos de la forma más eficiente posible.

Dentro de las consideraciones a tener en cuenta cabe destacar la aplicación individualizada de los protocolos, realizando una valoración clínica integral de cada paciente evitando caer en la automatización y despersonalización, adjudicando a cada uno de ellos los recursos de forma proporcional a su estado de salud. Por otro parte, es imprescindible garantizar la igualdad de acceso por parte de toda la población, rechazando cualquier tipo de discriminación o consideración ajena a la situación clínica del paciente y asegurando el tratamiento de todo aquel que lo requiera, respetando así el derecho constitucional de protección de la salud y evitando el abandono de aquellos que lo requieran.

La asignación de recursos es inherente a cualquier sistema de salud, viéndose más acentuada en situaciones de alta demanda de asistencia como es la ocasionada por la actual pandemia. De igual manera, todas las decisiones dentro del ámbito sanitario deberían de estar basadas en el respeto a los derechos de los pacientes mediante el cumplimiento de la legislación vigente y la consideración de las implicaciones bioéticas:

- Transparencia.
- Dignidad de las personas.
- Proporcionalidad de la práctica clínica.
- Justicia y equidad.
- Reciprocidad.
- Autonomía del paciente.

Debido al gran impacto sanitario ocasionado por el CORONAVIRUS se han visto acentuadas las graves carencias de comités bioéticos en las instituciones sanitarias así como su importancia y gran necesidad en las mismas. El presente trabajo tiene como objetivo exponer los derechos de los que los pacientes disfrutaban dentro del ámbito sanitario, los cuales se han visto amenazados y vulnerados por la situación actual, así como las consideraciones bioéticas que son necesarias para garantizar el respeto de los mismos en todas las decisiones clínicas y en el proceso asistencial, siendo exigible su aplicación tanto en tiempos de pandemia como en periodos de normalidad.

Referencias bibliográficas:

- (1). *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed [Internet]. Madrid: rae.es; 2014 [actualizada 2020; acceso 15 de diciembre de 2020]. Pandemia [1]. Disponible en: <https://dle.rae.es/pandemia?m=form>
- (2). Organización Mundial de la Salud [sede Web]. OMS; 2010 [acceso 15 de diciembre de 2020]. ¿Qué es una pandemia? [1]. Disponible en: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- (3). Gullot CC, Serpa GR. Principales pandemias en la historia de la humanidad. 2020;92:1–24.
- (4). Constitución Española. Ley 311/1978 de 29 de diciembre. Cortes Generales, nº 311, (29-12-1978). Disponible en: [https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229#:~:text=Se%20garantiza%20la%20libertad%20ideol%C3%B3gica,p%C3%ABlico%20protegido%20por%20la%20ley](https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229#:~:text=Se%20garantiza%20la%20libertad%20ideol%C3%B3gica,p%C3%ABlico%20protegido%20por%20la%20ley. BOE-A-2978-31229). BOE-A-2978-31229.
- (5). Balletti RP. Enfermedades epidémicas y pandémicas: causas, cronología e implicaciones socioculturales. 86(2020):189–213. Disponible en: https://analesranf.com/wp-content/uploads/2020/86_03/8603_04.pdf
- (6). Carreño Ibañez LV. Capítulo cuarto: La capacidad de la respuesta española frente a las pandemias: 189–206. Disponible en: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_informativos/2020/DIEEEI04_2020LARCAR_pandemias.pdf
- (7). Tomasi SN. Historia de las pandemias mundiales y la economía. 2020;(1):1–37. Disponible en: <https://www.magatem.com.ar/HISTORIA-DE-LAS-PANDEMIAS-MUNDIALES-Y-LA-ECONOMIA.pdf>
- (8). Leal Becker R. Breve historia de las pandemias. 2020;24: 1 -19. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Breve%20historia%20de%20las%20pandemias.pdf>
- (9). Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra: Informe de un grupo científico de la OMS; 2016. 3ª ed. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf?sequence=1>
- (10). Organización Mundial de la Salud [sede Web]. OMS; 2010[acceso 15 de diciembre de

2020]. Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos [1]. Disponible en: https://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/es/

(11). Unión Europea [sede Web]. UE; 2020 [Acceso el 15 Diciembre de 2020]. Centro Europeo Para La Prevención Y El Control De Las Enfermedades (ECDC). Disponible en: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_es

(12). Decisión del Parlamento Europeo sobre las amenazas transfronterizas grave para la salud y por la que se deroga la Decisión nº 2119/98/CE. Decisión 1082/2013/UE. Unión Europea, nº 293, (5-11-2013). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2013-82307>
DOUE-L-2013-82307.

(13). Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Renave [Internet]. 2015;680. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf

(14). Cortés García M. Funciones Del Ccaes Marco Normativo. Madrid; 2012; 18. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/queEsCCAES/docs/funcMarNor11.pdf>

(15). Díez-Fuertes F. EVOLUCIÓN DEL CORONAVIRUS SARS-CoV-2. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2020 [Acceso 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-07/EVOLUCI%C3%93N%20DEL%20CORONAVIRUS%20SARS-CoV-2.pdf>

(16). Díez-Fuertes F. ORIGEN DEL SARS-COV2. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2020 [Acceso 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-05/origen-sars-cov-2.pdf>

(17). Coiras M, Serrano S. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD COVID-19. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2020 [Acceso 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-05/Manifestaciones-clinicas-covid-19.pdf>

(18). Pérez-Gómez B, Rodríguez FD. TRANSMISIÓN DEL VIRUS. Madrid: Instituto de Salud

Carlos III; 2020 [Acceso 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-05/transmision-sars-cov-2.pdf>

(19). Sarukhan A. El nuevo coronavirus: algunas respuestas y muchas preguntas. Instituto de salud global. Barcelona. 2021 [1]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/coronavirus#>

(20). Pérez C. FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD POR SARS-CoV-2 (COVID-19). Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2020 [Acceso 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-06/FACTORES%20DE%20RIESGO%20EN%20LA%20ENFERMEDAD%20POR%20SARS-CoV-2%20%28COVID-19%29_2.pdf

(21). Real Decreto por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, nº 67, (14-3-2020). Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463_BOE-A-2020-3692 BOE-A-2020-3692.

(22). Real Decreto de medidas urgente de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Real Decreto 21/2020 de 9 de junio. Jefatura del Estado, nº 163, (10-6-2020). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/06/09/21/con> BOE-A-2020-5895.

(23). Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Ine.es: 2020 [Acceso 15 de diciembre de 2020]. Estimación del número de defunciones semanales durante el brote de covid-19 [1]. Disponible en: https://www.ine.es/experimental/defunciones/experimental_defunciones.htm

(24). Ministerio de Sanidad. SITUACIÓN EN ESPAÑA. Madrid: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias; 2020. Actualización nº 268. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_268_COVID-19.pdf

(25). Ley orgánica de los estados de alarma, excepción y sitio. Ley 4/1981 de 1 de junio. Jefatura del Estado, nº 134, (05-06-1981). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1981-12774> BOE-A-1981-12774.

(26). Real Decreto por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020., de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la

situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Real Decreto 555/2020 de 5 de junio. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, nº 159, (06-06-2020). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-5767> BOE-A-2020-5767.

(27). Von der Leyen U, Michel C. Hoja de ruta común europea para el levantamiento de las medidas de contención de la COVID-19. 2020; 1-18. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint_eu_roadmap_lifting_covid19_containment_measures_es.pdf

(28). Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Jefatura del Estado, nº 102, (19-04-1986). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> BOE-A-1986-10499.

(29) Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Jefatura del Estado, nº 274, (15-11-2002). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188> BOE-A-2002-22188.

(30). UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París. Resolución 33 C/15 (21-11-2005). Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

(31). Ley General de Salud Pública. Ley 33/2011 de 4 de octubre. Jefatura del Estado, nº 240, (5-10-2011). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623> BOE-A-2011-15623.

(32). Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. España: SEMICYUC; 2020. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

(33). Romeo Casabona R, Urruela Mora A. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia 2020: 1-12. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documento/s/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf

(34). Montalvo Jääskeläinen F, Altisent Trota R, Bellver Capella V, Cadena Serrano F, de los

Reyes López M, de la Gándara del Castillo Á, 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. Com Bioética España [Internet]. 2020;1–13. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe CBE- Priorizacion de recursos sanitarios-coronavirus CBE.pdf>

(35). CGCOM LCC de D del CG de CO de M. Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. 2020; Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/informe-de-la-comision-central-de-deontologia-en-relacion-la-priorizacion-de-las-decisiones>

(36). Vivanco L. UNESCO SOBRE EL COVID-19 : DIRECTRICES ÉTICAS PARA UNA RESPUESTA GLOBAL. 2020;31(102):269–73. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2020/31/102/269.pdf>

(37). Consideraciones bioéticas ante el Covid-19 de AEBI. 2020;2020. Disponible en: http://aebioetica.org/archivos/Consideraciones_2.pdf

(38). World Health Organizatios. Guidance for Managing Ethical Issues In Infectious Disease Outbreaks. 2016; 1-68. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250580/9789241549837-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(39). Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, nº 289, (3-12-2013). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632> BOE-A-2013-12632.

(40). Convenio internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Convenio internacional 2007 de 23 de noviembre. Ministerio de asuntos exteriores y cooperación, nº96, (21-4-2008). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>

(41) Antón P. Ética y legislación en Enfermería. Barcelona: Masson-Salvat; 2003.

(42) Medicina C. Ética y legislación. Madrid: DAE; 2000.

- (43). Gómez Sánchez I. Principios básicos de bioética. *RPGO*. 2009; 55(4) :230–233.
- (44). Ángel M, Pérez G. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. *Adam Sanit*. 2006; 4(2): 345-356.
- (45). Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M et al. Guías Éticas para la Atención durante la Pandemia COVID-19. 2020;80(3):45–64. Disponible en: https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/destacado/revision_7183.pdf
- (46). Yepes-Temiño MJ, et al. Un momento para la reflexión. Aspectos éticos en la pandemia SARS-CoV- 2/COVID-19 en nuestra práctica clínica. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.09.004>
- (47). Rivas García F. Bioética y profesionales sanitarios en el abordaje de la pandemia provocada por COVID-19 en España. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2020; (13)1–14. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/download/12615/12203/>
- (48). Montalvo Jääskeläinen F, Bellver Capella V. UNA CRISIS BIOÉTICA DENTRO DE LA CRISIS SANITARIA PROVOCADA POR LA COVID-19 : UNA REFLEXIÓN SOBRE LA PRIORIZACIÓN DE PACIENTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA. 2020;30: 58–73. <https://doi.org/10.18042/cepc/lgdES.3.02>
- (49). Comité español de representantes de personas con discapacidad [Internet]. Madrid: CERMI; 2020 [acceso 15 de enero de 2020]. CERMI insta a los comités de bioética de CCAA a dictar criterios de atención sanitaria no discriminatorios. Disponible en: <https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/cermi-insta-los-comit%C3%A9s-de-bio%C3%A9tica-de-ccaa-dictar-criterios-de-atenci%C3%B3n>
- (50). Comité español de representantes de personas con discapacidad [Internet]. Madrid: CERMI; 2020 [acceso 15 de enero de 2020]. CEOMA, UDP y CERMI piden que no se discrimine a las personas mayores o con discapacidad en la atención sanitaria por coronavirus. Disponible en: <https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/ceoma-udp-y-cermi-piden-que-no-se-discrimine-personas-mayores-o-con-discapacidad>
- (51). Comité español de representantes de personas con discapacidad [Internet]. Madrid: CERMI; 2020 [acceso 15 de enero de 2020]. El defensor del pueblo dice que “no es aceptable” que sociedades científicas recomienden el sacrificio de personas con discapacidad por falta de medios. Disponible en: <https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/el-defensor-del-pueblo->

[dice-que-no-es-aceptable-que-sociedades-cient%C3%ADficas](#)

(52). Medina Arrellano MJ, Palacios-González C. Guía Bioética para Asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situaciones de Emergencia. 2020;2: 1–17. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/11747/11909/46370>

(53) Ley de Investigación biomédica. Ley 14/2007 de 3 de julio. Jefatura del Estado, nº 159, (05-07-2007). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?lang=eu&id=BOE-A-2007-12945> BOE-A-2007-12945.