



REFLEXIONES BIOÉTICAS SOBRE LOS CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19

Irapuato, 28 abril 2020

En este momento complicado, en medio de la pandemia de Covid-19, es necesario mirar y analizar como los varios Países se están organizando para enfrentar la situación. En los años pasados se han reducido – en la mayoría de los casos – los recursos de personal y de medios para el cuidado de las personas. Y ahora ¿Qué criterios optarán cuando, inevitablemente, será necesario elegir si y a quién proporcionar cuidados intensivos, habiendo muchos pacientes y pocos recursos?

En los Estados Unidos, donde la pandemia ha comenzado a causar muchas muertes, han decidido cuales criterios deben establecerse en caso de cuidados intensivos. Todo esto nos hace pensar que una de las potencias del mundo, que generalmente presta atención médica solo a aquellos que tienen seguro privado, ahora agrega otro criterio adicional para aquellos a los cuales se les puede ofrecer una oportunidad de vida y a los que no. Somos testigos de una selección de la especie humana. Muchos estados han preparado pautas para los profesionales de la salud. Muy a menudo en ellos vemos una discriminación alarmante. Por ejemplo, en las disposiciones del estado de Alabama, leemos que "a las personas con discapacidades mentales no se les tiene que brindar asistencia respiratoria". Según la OMS, existen muchos

trastornos mentales los cuales van de los menos graves a los más incapacitantes para las personas. Esto nos hace reflexionar que no podemos comparar una enfermedad como el trastorno bipolar (que afecta a 60 millones de personas en todo el mundo) o como la esquizofrenia (trastorno mental grave que afecta a 21 millones de personas) con un retraso mental poco grave. En otros estados como Pennsylvania y Maryland están excluidos "aquellos con problemas neurológicos severos", ellos podrán acceder a las terapias en un segundo momento (después de las personas sin problemas neurológicos). En Tennessee, los pacientes con atrofia muscular espinal no tienen derecho a cuidados intensivos. Estos ejemplos nos hacen comprender que nos enfrentamos, no solamente con una emergencia de salud, sino también con una emergencia antropológica en la cual existen personas de "clase A" y personas de "clase B" o incluso C. Se trata de "vidas menores", que tienen menos importancia que otras y el estado decide a quién seleccionar para el cuidado en estos momentos de emergencia.

En Europa, donde la atención médica se organiza de manera diferente, no faltan los criterios de "selección" vinculados a la emergencia. En Inglaterra, que enfrenta una emergencia importante en estos días, las personas con discapacidades cognitivas y autismo, solamente podrán ser atendidas en un segundo momento, después de todos los demás. Otra vez se ve como el estado elige el criterio de selección cuestionable en el caso de estas enfermedades. En cambio, en los Países Bajos, los médicos de familia someten a las personas mayores a un consentimiento informado, donde se les pide que elijan, en caso de complicaciones de Covid-19, entre una intubación prolongada o la abstención del tratamiento. También en este caso, la selección se lleva a cabo entre los ancianos, que son llevados de una manera poco profesional a elegir la abstención de la atención médica y, por lo tanto, a la muerte. En España, el Comité de Bioética español se ha pronunciado buscando el bien de todas las personas: "(...) en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso, se debe de prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. El término «utilidad social» (...) nos parece extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque, todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana".

¿Y en México? El Consejo de Salubridad General anunció una *Guía de Bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica* que, después del rechazo de la UNAM, se ha convertido en un *Proyecto de Guía* definida como "(...) no definitiva, sino dinámica (...)" la cual será publicada en el Diario Oficial de la Federación solo en el caso de ser aprobada por el Consejo de Salubridad General. La UNAM criticó la Guía por priorizar a los pacientes jóvenes sobre los mayores y los enfermos crónicos. Recordemos que México, como miembro de la CIDH (Corte Interamericana de Derechos Humanos) tiene la obligación de aplicar medidas rápidas y diligentes para prevenir distorsiones al derecho de la salud, de la integridad personal y de la vida de cada paciente. Las medidas deberán, en primera instancia, evitar los contagios y brindar tratamiento médico en un enfoque de derechos humanos de igualdad y de no discriminación. La CIDH señaló también que, en los protocolos médicos, en las disposiciones

sobre recursos médicos y en los tratamientos en relación con Covid-19 no se deben aplicar discriminaciones en razón de la edad sino prestar especial atención a las personas mayores. La Guía violó el principio de no discriminación, al establecer criterios que atentan contra el derecho a la salud, el cual debe ser garantizado siempre por el Estado. Es muy complicado dejar todo a la resolución de una “rígida guía”. El día 24 de abril de 2020, se publicó la “Guía de acción para los centros de trabajo ante el Covid-19” en la cual han corregido las faltas éticas de la primera Guía eliminando la edad como criterio para brindar atención de cuidados intensivos. Además, se subraya que el principio rector de la nueva Guía es el de salvar al mayor número de vidas posible. Los médicos son llamados a seguir buscando las mejores alternativas para salvar vidas, siempre. Los casos de Covid-19, son casos de personas enfermas, cada una con su historial clínico. El criterio de elegir *a priori* cual es la vida más digna de ser vivida conlleva una responsabilidad decisional muy complicada. Lo que éticamente es oportuno hacer, sería llegar todos juntos a una decisión solamente después de haber hecho un coloquio sobre la real situación clínica del paciente con el mismo enfermo o con los familiares/tutores, el médico y el gerente de la estructura. La estrategia que se debería adoptar será una elección tomada en plena alianza terapéutica. Solo hay dos criterios que se tendrían que tomar en consideración: evitar dañar el paciente prolongando las curas en una situación ya muy comprometida y brindar oportunidades a quien realmente tenga más posibilidades de vivir, todo esto sin discriminaciones.

Esperemos que esta grave situación debida a la pandemia de Covid-19 represente una oportunidad renovada para reflexionar sobre cuestiones Bioéticas que afectan a todos y que, a menudo, no se perciben como importantes. Mientras tanto, es deber de la Bioética destacar y estimular nuevas soluciones éticas compartidas para respetar y proteger la dignidad de la persona: de todas las personas.

Dra. Laura Tortorella
Coordinadora del Departamento de Bioética y del Secretariado de Investigación
Universidad Quetzalcóatl – Irapuato, Guanajuato. México.