



Bioética y profesionales sanitarios en el abordaje de la pandemia provocada por COVID-19 en España

Bioethics and Health Professionals in the Approach to the COVID-19 Pandemic in Spain



Autor

Francisco Rivas García

Excmo. Ayuntamiento de Guadix

E-mail: f.rivas.garcia@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4488-8262>

 **Resumen**

La actual pandemia provocada por COVID-19 ha supuesto un desafío global que ha irrumpido de una forma abrupta en todos los países. Esta pandemia se logrará superar, como cualquier otra patología, cuando exista un tratamiento concreto que ahora es inexistente. Hasta que ese momento no sea una realidad, el agente infeccioso está generando un grave problema de salud pública que está obligando a una limitación de los derechos constitucionales en favor de la protección de la salud, y a una potencial incapacidad de los sistemas sanitarios para ofrecer la asistencia deseada con sus mejores estándares de calidad, sobre todo en aquellos estadios más graves en los que puede manifestarse la enfermedad. La bioética no puede estar al margen de esta pandemia y debe ser el mejor garante para ofrecer protección en aquellas situaciones difíciles tanto para profesionales sanitarios como pacientes.

 **Abstract**

The current pandemic caused by COVID-19 has posed a global challenge that has erupted abruptly in all countries. This pandemic will be overcome, like any other pathology, when a specific treatment is found, but for now that remains non-existent. Until that becomes a reality, the infectious agent is generating a major public health problem that is forcing a limitation of constitutional rights in favour of health protection, and a potential inability of health systems to offer the assistance requires with the best quality standards, especially in the more serious stages of the disease. Bioethics cannot be excluded from this pandemic and must be the best guarantor to offer protection in difficult situations for both healthcare professionals and patients.

 **Key words**

COVID-19; pandemia; bioética.

COVID-19; pandemic; bioethics.

 **Fechas**

Recibido: 30/03/2020. Aceptado: 17/05/2020



1. Un nuevo desafío global llamado COVID-19

El año 2019 finalizaba con el conocimiento, a través de los medios de comunicación, de una epidemia que emergía en China, y que *a priori* podía considerarse como otro de los múltiples problemas de salud pública que azotan a Oriente. Quizás, en aquel momento el resto del mundo se hallaba inmerso en su frenética actividad que suele sucederse con el final de cada año y no era interesante realizar un seguimiento a la crónica de una epidemia que se sucedía a más de 9.000 km de distancia de nuestro país.

El 13 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó su primer comunicado sobre la existencia de un nuevo coronavirus

El 13 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó su primer comunicado sobre la existencia de un nuevo coronavirus e instaba a China a investigar sobre la fuente del brote y la identificación de los posibles hospedadores. También en ese comunicado se indicaba que:

La detección de casos en otros países no es un suceso inesperado y confirma la importancia del control y la preparación activos en otros países, como recomienda la OMS, que ha publicado orientaciones sobre el modo de detectar y tratar a las personas que se enfermen por el nuevo virus. (WHO, 2020)

Si analizamos ese primer comunicado, se esboza un toque de atención a los distintos países sobre un nuevo virus para el cual había que comenzar a controlar las posibles personas infectadas y “preparar activos”. No obstante, es probable que se infravalorase dicha advertencia, pues los países seguían con su devenir diario y no percibían, a tenor de las medidas iniciadas, el virus como una amenaza.

Revisando los distintos comunicados de prensa, emitidos en los siguientes meses por la OMS, se hace evidente que aparte de denominar al nuevo virus como COVID-19, perteneciente a la familia de coronavirus con los cuales comparte algunas semejanzas y muestra diferencias, se hacía evidente que el nuevo virus tenía una alta capacidad de propagación e infección sobre distintas ciudades de China llegando en aquellos instantes hasta los 14.000 contagios en un día (WHO, 2020).

El 3 de Marzo, la OMS, ante la propagación de la COVID-19, emite un nuevo comunicado en el cual alerta del riesgo al cual se enfrentaban los profesionales sanitarios ante la escasez de equipos de protección personal y lo desprotegidos que se podían encontrar ante el abordaje de pacientes con COVID-19 (WHO, 2020).

Los meses transcurrían y el número de infectados y fallecidos se sucedían por diferentes lugares del mundo hasta que el 11 de marzo, con 18.000 casos en 114 países, la OMS declara a COVID-19 como pandemia (WHO, 2020). Epidemiológicamente, supone un grave problema de salud pública que amenaza prácticamente a la totalidad de los países del mundo, aunque no todos sufren la misma intensidad y posibles situaciones de colapso. No obstante, existe un denominador común a esta pandemia y es su capacidad para mermar la economía mundial y la de cada uno de los países hospedadores de COVID-19.



Carece de relevancia citar el número de personas infectadas y fallecidas porque dicha cifra no supondría un dato real ya que varía a cada minuto y día, lo que si es cierto es la existencia de 188 países afectados que tienen que hacer frente al desafío que supone esta pandemia (Zhang, 2020).

Aparte del problema de salud pública, COVID-19 plantea el escenario para una desafiante crisis económica, pues actualmente muchos países, y en especial España, tiene interrumpida su actividad económica y productiva (cierre de fronteras, reducción del servicio de transportes, cierre de centros de enseñanza públicos y actividad comercial, disminución del turismo y la inversión extranjera) por la necesidad de frenar la expansión del virus. No obstante, es evidente que esta nueva crisis dejará unas secuelas que mermarán la economía y los sistemas productivos en los países, algo similar o peor a lo sucedido en la Segunda Guerra Mundial. No obstante, y como afirmaba Mill (1848) no se puede subestimar la capacidad de las economías desarrolladas para recuperarse.

Por lo que respecta a la internacionalización de la pandemia, es un deber de los diferentes países ayudarse en estos casos a equilibrar los compromisos con la comunidad internacional, para así poder proteger a su ciudadanía

Por lo que respecta a la internacionalización de la pandemia, es un deber de los diferentes países ayudarse en estos casos a equilibrar los compromisos con la comunidad internacional, para así poder proteger a su ciudadanía.

España no ha sido ajena a la pandemia sino que está siendo golpeado con mucha dureza desde el pasado mes de marzo, aunque atendiendo a los datos por fecha de notificación y a los datos de infectados (ISCIII, 2020) ya se atisbó en el mes de febrero el comienzo de la pandemia, identificados inicialmente como casos importados, en nuestro país.

Esta pandemia ofrece numerosos aspectos de reflexión moral que sobrepasan los límites de la bioética relacionados con la calidad asistencial, los profesionales sanitarios, las autoridades sanitarias y la investigación de potenciales tratamientos con pacientes. Por ello, las circunstancias actuales, que a rasgos generales, requieren de un análisis desde la bioética se pueden concretar en:

- Conflicto entre la protección de la salud y la limitación de derechos fundamentales en la Constitución Española.
- Priorizar la asistencia, ante la incapacidad del sistema sanitario, para proporcionar una distribución equitativa de los recursos sanitarios.
- Compatibilizar, por parte de los profesionales sanitarios, entre los dilemas bioéticos por su trabajo y sus miedos ante la ausencia de elementos de protección para desarrollar adecuadamente su trabajo y protegerse de la infección.
- La autorización de ensayos clínicos con humanos con objeto de investigar sobre posibles tratamientos para el control de la pandemia.

Por ello, el presente artículo de revisión pretende identificar algunos de los aspectos bioéticos que ayuden a comprender el abordaje de esta pandemia, ya que con independencia de la urgencia, sensación de miedo y potencial incapacidad del sistema sanitario, no se pueden menoscabar los principios de la Bioética.



2. Bioética y profesionales sanitarios ante la COVID-19

Los profesionales sanitarios deben garantizar una adecuada práctica clínica en el abordaje de personas infectadas por la COVID-19, aunque esta afirmación, puede ser difícil de atender si atendemos a la complejidad asistencial que se ha producido en España como consecuencia de la pandemia, pues ¿cómo vamos a exigir un comportamiento ético a los profesionales si la Administración Sanitaria no proporciona los adecuados medios de protección y herramientas para una óptima calidad asistencial de los pacientes? Esta cuestión, que puede surgir a modo de reflexión, no debe ser el principio que guíe la acción de los profesionales ya que ello podría atentar, entre otros aspectos, contra la *lex artis*, el Código Deontológico e incluso contra los más elementales principios de la bioética. No obstante, es obligación de las instituciones, ofrecer a los trabajadores sanitarios, todas las medidas de seguridad para no infectarse (CAMFIC, 2020).

Los profesionales gozan de la confianza de la sociedad en esta pandemia, a la vez que ellos responden asumiendo un riesgo mortalidad en su labor de cuidado. Así, mientras que hace un siglo los profesionales sanitarios ejercían su labor de un modo altruista, actualmente esta labor de cuidado ha sido reemplazado en gran medida por la vista del contrato social del deber de cuidar (Minkoff, 2014).

Así, mientras que hace un siglo los profesionales sanitarios ejercían su labor de un modo altruista, actualmente esta labor de cuidado ha sido reemplazado en gran medida por la vista del contrato social del deber de cuidar

Algunos autores argumentan que donde el riesgo se reduce efectivamente, el deber de cuidar debe tener un carácter de obligatoriedad (Yakubu et al., 2012). Así, el cumplimiento de un deber recíproco por parte de profesionales y Administración Sanitaria exige proporcionar seguridad en las condiciones de trabajo, disminuyendo así los riesgos a los que se enfrentan en situación de pandemia (Minkoff, 2014).

Las distintas profesiones sanitarias tienen roles diferentes pero comparten una misma base común basada en el ofrecimiento que deben mostrar al paciente y que se sustentan en la virtud de su actividad asistencial y la inquietud ante la incertidumbre reconocida como la compasión (Fuks, Brawer, & Boudreau, 2012), la dignidad, autenticidad, integridad, transparencia, solidaridad, generosidad y resiliencia (Ventres, 2016). A todo ello, se deben unir los principios básicos en la atención que se requieren en emergencias sanitarias, entre los que se encuentran la justicia, los deberes de cuidar y administrar recursos, transparencia, consistencia, proporcionalidad y responsabilidad (US, 2017). Se aprendieron muchas lecciones durante la planificación sanitaria gubernamental como respuesta a la pandemia de Gripe A, al terremoto en Haití, el virus del Ébola en África occidental y al huracán María que podrían aplicarse a la planificación para este emergente coronavirus (Hick, 2020).

La infección por COVID-19 puede suponer desde el desarrollo de sintomatología leve hasta la muerte, todo ello en función de numerosos factores inherentes a la idiosincrasia de las personas afectadas (Raoult et al., 2020). Para ello, el Ministerio de Sanidad (2020) ha elaborado un documento de información científica y técnica para los profesionales sanitarios sobre la COVID-19 que debe servir como un análisis de situación



Tan importante es luchar contra una pandemia como hacerlo con el rigor ético que debe caracterizar la práctica asistencial, de ahí que no se debe olvidar que se requiere prudencia y cercanía con los enfermos en un escenario donde existe bastante incertidumbre

actualizado sobre el virus. Anexo a esta publicación existe otra relativa al procedimiento de actuación frente a casos por COVID-19 (Ministerio de Sanidad, 2020) y sorprende el documento relativo a criterios éticos, en el cual quedan abordados aspectos muy generales que dejan un amplio marco interpretativo (Ministerio de Sanidad, 2020). De hecho, tan importante es luchar contra una pandemia como hacerlo con el rigor ético que debe caracterizar la práctica asistencial, de ahí que no se debe olvidar que se requiere prudencia y cercanía con los enfermos en un escenario donde existe bastante incertidumbre (CAMFIC, 2020).

Atendiendo al enfoque que la bioética puede aportar a los profesionales sanitarios, estos deberán considerar, con carácter general:

- Principio de no maleficencia. No realizar por acción y omisión ninguna acción que perjudique a la persona enferma.
- Principio de justicia. Proporcionar de una manera equitativa e igualitaria el acceso a todos los medios disponibles en el ámbito sanitario.
- Principio de beneficencia. Garantizar que el tratamiento administrado es el adecuado y provocará una potencial recuperación de la enfermedad.
- Principio de autonomía. Considerar que el paciente puede tener la capacidad de decisión sobre la opción de rechazo de tratamiento en caso de necesitar ventilación mecánica.

Aparte de los principios citados anteriormente, existen una serie de protocolos de actuación que se han generado hasta la actualidad y que pueden ser bastante útiles a los profesionales sanitarios, y entre los que se destacan : a) Dilemas éticos de la COVID-19 (CAMFIC, 2020); b) Informe del Comité de Bioética de España sobre priorización de aspectos bioéticos (Comité Bioética España, 2020); c) Documento Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC 2020) y la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña (AIFiCC); d) Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y del Dolor (Sociedad Española Anestesiología, 2020); e) Sociedad Italiana de Anestesia, Reanimación y Terapia Intensiva (SIAARTI); f) Colegio de Médicos de Cataluña; h) Comité Consultivo Nacional de Ética de Francia (2020); h) Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2020); i) Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES, 2020); j) Recomendaciones para la gestión de cuestiones éticas en epidemias (OMS, 2009); Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia (Ministerio de Sanidad, 2020); Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia de COVID-19 (SEMICYUC, 2020). De toda la documentación se pueden extraer, de interés para la bioética, las siguientes consideraciones generales:

- Los protocolos de triaje a los pacientes infectados en el momento de acceso a los centros hospitalarios que se adopten para racionar unos recursos escasos deberán adaptarse a las consideraciones personales del paciente y no establecerse como un proceso mecánico o automático.



Los recursos sanitarios se asignarán sin que ello provoque inequidades asistenciales entre diferentes enfermos

- La asignación de recursos durante la toma de decisiones, deben incluir criterios de idoneidad y considerar la edad, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos y la reversibilidad.
- Los protocolos asistenciales hospitalarios deberán incorporar criterios y consideraciones éticas para ayudar a tomar decisiones de forma justa y transparente.
 - Se debe realizar una adecuación del esfuerzo terapéutico y establecer el plan de cuidados paliativos siempre y cuando los criterios científicos y éticos se cumplan de manera complementaria.
 - Si un enfermo candidato a ventilación mecánica por complicación de la infección dispone de voluntades anticipadas, se deberán seguir las instrucciones, consultando a los representantes designados en el documento de voluntades anticipadas.
- Establecer objetivos terapéuticos durante el ingreso. Si se observa futilidad del mismo se podrá retirar el tratamiento y se instaurará un plan de cuidados paliativos.
- Los recursos sanitarios se asignarán sin que ello provoque inequidades asistenciales entre diferentes enfermos.
- La tensión en el sistema sanitario, la emergencia y la demanda de asistencia no pueden ser aspectos que justifiquen el desarrollo de protocolos de atención que eviten o enmascaren la reflexión ética que debe producirse en situaciones de pandemia.
- La ausencia de un protocolo estatal, establecido por la Autoridad Sanitaria, que unifique los criterios y protocolos de actuación ante la asistencia en UCI y que implique la participación del Comité de Bioética de España, obliga a que cada centro elabore sus propios protocolos asistenciales por COVID-19 para lo cual se recomienda la incorporación y la participación de profesionales de los comités de ética hospitalarios.
- La limitación de potenciales recursos no puede justificar una bioética desde la perspectiva utilitarista.
- Garantizar la equidad como acceso a la atención de la salud y la distribución equitativa de los recursos disponibles.
- Considerar, en la actividad asistencial, los aspectos psicosociales de las personas enfermas.
- Valorar la necesidad de sustituir, siempre que sea posible, el seguimiento domiciliario por un seguimiento en centro de apoyo a la hospitalización convencional que conlleve monitorización clínica presencial.
- Es prioritario la protección del personal sanitario que atiende a los pacientes, para evitar mermar los recursos humanos necesarios durante la pandemia.
- En el proceso de toma de decisiones, si surgen situaciones complicadas e incertidumbre, puede ser útil contactar con el Comité de Ética Asistencial para que pueda ayudar en la prevención o resolución de conflictos de valores entre profesionales, pacientes, familiares e institución.



- Los comités de ética deben considerarse como una herramienta clave para ayudar y proporcionar el soporte necesario para adoptar decisiones complejas sobre posibles priorizaciones en la atención y disposición de recursos.
- Reflexión ética en la atención a pacientes graves y la reorganización de servicios sanitarios ante la gestión de los recursos escasos.
- Si el paciente está en aislamiento hay que seguir atendiendo las necesidades de la familia en coordinación con resto de dispositivos y servicios sociosanitarios.
- Si es necesario usar la sedación paliativa, por el carácter irreversible de la enfermedad, debe ser resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida entre profesionales y familiares.
- Se requiere armonizar la variedad de protocolos asistenciales existentes.

La autoridad sanitaria deberá, atendiendo al principio de no-maleficencia, proporcionar los equipos y herramientas de protección a los profesionales sanitarios

- Las medidas vinculantes con la asistencia de las personas infectadas deben basarse en unos criterios éticos y pedagógicos en la toma de decisiones.
- La terapia respiratoria utilizada no solo dependerá de la gravedad de la insuficiencia respiratoria sino de la disponibilidad de una ubicación que cumpla las recomendaciones de aislamiento y seguridad de la OMS.
- Se deben proporcionar a los médicos unos protocolos claros y transparentes de cribado y tratamiento, en conformidad con las directrices de la OMS o las autoridades sanitarias nacionales.
- Las consideraciones de equidad en el acceso al tratamiento debe otorgar prioridad a los más graves, las poblaciones vulnerables y discapacitadas así como a las personas no infectadas que corren un alto riesgo de desarrollar complicaciones graves y fallecer por COVID-19 si son infectadas.
- La autoridad sanitaria deberá, atendiendo al principio de no-maleficencia, proporcionar los equipos y herramientas de protección a los profesionales sanitarios.
- No se deben vulnerar los derechos fundamentales de los pacientes.
- Será legítimo acudir a los criterios de priorización cuando se hayan agotado los recursos asistenciales necesarios y no exista mecanismo para optimizar el uso de los disponibles. Este aspecto deja un amplio margen interpretativo que no queda resuelto adecuadamente.
- Facilitar unos criterios claros que eviten los criterios de utilitarismo en la toma de decisiones.
- No se privará de la ventilación mecánica bajo criterios de utilitarismo.

Quizás, surja una duda ¿y las Administraciones Sanitarias, no disponen de ningún tipo de responsabilidad y todo recae sobre los profesionales sanitarios? La respuesta es no, ya que son las primeras que deben de garantizar los principios de justicia y no-maleficencia



y proporcionar los recursos que sean necesarios a todos los profesionales, y si esta situación no es posible, la Administración estaría limitando el derecho a la protección de la salud de sus profesionales.

3. Aspectos bioéticos en la infección por COVID-19: análisis de los principales dilemas

Existen diversos criterios éticos tal y como indican las recomendaciones de la OMS, UNESCO, Hastings Center de Estados Unidos y Consejo Nuffield de Bioética del Reino Unido para el abordaje de las epidemias, atendiendo a las condiciones geográficas donde se produce el contagio, la naturaleza del riesgo y las características del vector y hospedador del virus (Chávez, 2020).

La bioética no puede abandonarse en una situación de epidemia, sino que debe articular orientaciones para evitar las variadas circunstancias extraordinarias que pueden provocar el potencial menosprecio de la actividad médica por los responsables que deben tomar decisiones

Los profesionales tienen como objetivo aunar las bases filosóficas a la práctica asistencial con carácter de solidaridad, proporcionalidad, justicia e individualización. Esto conlleva una serie de decisiones difíciles, agravadas por la falta de recursos de un sistema sanitario al límite de su capacidad de respuesta, donde coexisten varias posibilidades de actuación y se desconoce la mejor elección. Todo ello se engloba bajo lo que se denominan dilemas bioéticos al final de la vida (Rivas, 2020) en los cuales se deberá considerar el equilibrio entre los intereses individuales y colectivos de esta pandemia y garantizando la protección de aquellos grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad y susceptibilidad a la pandemia.

La bioética no puede abandonarse en una situación de epidemia, sino que debe articular orientaciones para evitar las variadas circunstancias extraordinarias que pueden provocar el potencial menosprecio de la actividad médica por los responsables que deben tomar decisiones bajo la presión de la situación de desbordamiento así como de la ausencia de recursos.

Algunos de los principales dilemas que puede generar esta pandemia se analizan, someramente, a continuación:

A. Rechazo del tratamiento

Atendiendo a lo establecido en la Ley 41/2002 “todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley siendo uno de los casos exceptuados por ley, en caso contrario, “cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley”, y en este caso la infección por COVID-19 es un problema de salud pública, por lo que no se podría rechazar dicho tratamiento.

B. Consideraciones para la ventilación mecánica

Si el enfermo dispone de voluntades anticipadas, en la cual quede recogida su manifiesto rechazo a cualquier tipo de soporte vital, se respetará lo indicado en las mismas. En



caso contrario, si el enfermo se niega a aceptar la ventilación mecánica, el profesional debe asegurarse que tal rechazo es válido antes de respetarlo. Una vez rechazada, la ventilación mecánica no iniciada, no debe instaurarse y, si existe, debe retirarse.

Si el paciente no dispone de voluntades anticipadas se permite decidir a las personas, a quienes faculta la ley, para que tomen las decisiones en su nombre. Si ello sigue siendo objeto de controversia, se puede acudir a los tribunales en el caso de que exista riesgo para la vida y la integridad física o psíquica, o acudir a los comités de ética para que establezcan decisiones ante situaciones difíciles (Guerra, 2016).

C. Bioética y futilidad médica

Si el paciente no dispone de voluntades anticipadas se permite decidir a las personas, a quienes faculta la ley, para que tomen las decisiones en su nombre

Puede suceder que los principios básicos de la bioética establezcan unos criterios pero la familia y el enfermo, con independencia del carácter fútil del tratamiento, perciban otra realidad y pretendan seguir manteniendo la asistencia. Para evitar esta consideración los profesionales deberán explicar a la familia y el enfermo que suprimir un tratamiento fútil no es sinónimo de abandono. No obstante, si ello genera confort y calidad de vida al paciente, por su situación emocional o criterios culturales, sociales y religiosos, se debe apostar por mantener el tratamiento (Wittmann-Vieria, 2012).

D. Soporte nutricional e hidratación en enfermos terminales

La futilidad clínica del soporte nutricional e hidratación ha sido manifestada por la Academia de Nutrición y Dietética de Estados Unidos y la ASPEN, siendo partidarias de retirar este soporte cuando genere riesgos. No obstante, si contribuye a un bienestar psicológico, social o emocional, este se puede aplicar por criterios de complacencia (Pinho-Reis, 2012).

E. Estandarización de los mecanismos de actuación asistenciales

Hay que considerar que la atención, aunque se rija bajo un protocolo, debe ser lo más individualizada posible y que permita que “el cumplimiento de la atención médica debida respete los requisitos que establece la *lex artis*, aunque necesariamente no se puedan perseguir objetivos de intervención sanitaria óptima. El principio de justicia permite una distribución prudente de los recursos adecuando la aplicación de estos sin que ningún paciente pierda oportunidades” (OMC, 2020). También ese Informe de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial (OMC) en relación a la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria, manifiesta que “las mejores decisiones éticas suponen la aceptación del ingreso en cualquier servicio o unidad de cuidados si parten del conocimiento de las directrices éticas básicas, así como de un profundo conocimiento científico de todo ello. Las decisiones deben ser coordinadas y fundamentadas en dicho conocimiento y experiencia de los médicos intervinientes” (OMC, 2020).

F. Decisión ante una posible incapacidad del sistema para proporcionar asistencia

Existen unas pautas muy útiles si se considera lo expuesto en el Informe de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial (OMC, 2020) y a lo establecido por el Comité de Bioética Español:



- No se debe menospreciar el uso de herramientas y procedimientos asistenciales disponibles tales como el registro de voluntades y la evaluación del riesgo-beneficio del paciente previo a su ingreso en UCI y otras áreas asistenciales.
 - Se debe procurar un equilibrio entre las normas generales y la decisión individual de cada paciente.
 - Es aconsejable consultar con el comité de ética asistencial para que pueda ayudar en la prevención o resolución de conflictos de valores entre las partes implicadas.
 - El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados conforme a lo establecido en su Código Deontológico.
 - No se puede priorizar los potenciales beneficios colectivos por encima del valor de la dignidad humana.
 - No se pueden obviar los conflictos éticos y profesionales que impliquen limitar los medios asistenciales en enfermos con poca o nula supervivencia si ello limita o impide la respuesta a otros enfermos con más probabilidades de supervivencia.

De esta crisis sanitaria, los Gobiernos deberán aprender a disponer de sistemas de planificación, gestión y disponibilidad de recursos para que futuras pandemias, de las cuales no se está exento, puedan amortiguarse

G. Uso de medicamentos experimentales no autorizados

El uso de medicamentos experimentales no autorizados puede considerarse como una terapia emergente y es éticamente aceptable si se trata de una condición crítica, no existe un tratamiento disponible (Rid y Emmanuel, 2014) y si pueden generar alguna potencial mejoría de los enfermos (Donovan, 2014). También la Declaración de Helsinki (2013), en su artículo 37, permite el uso de intervenciones no probadas en la práctica clínica bajo unas condiciones específicas (Declaración Helsinki, 2013).

4. Conclusiones

El auge de la pandemia por COVID-19 provoca una elevada demanda sanitaria de personas enfermas, una escasez de potenciales recursos disponibles, una incertidumbre por parte de los profesionales ante la evolución de la pandemia, así como una incapacidad de las autoridades sanitarias para no aportar la protección adecuada de los medios que requieren los profesionales sanitarios. Por ello, siempre hay que considerar los distintos conflictos y los dilemas éticos de la atención sanitaria, la cual no debe alejarse de una adecuada deliberación.

Se requiere que todos los dilemas bioéticos que puedan surgir se resuelvan mediante unos protocolos normalizados, ajustados a la legalidad y principios de la bioética, que se elaboren por cada uno de los Comités de Ética de cada uno de los centros asistenciales o en su defecto entre el Ministerio de Sanidad y el Comité de Bioética Español.

De esta crisis sanitaria, los Gobiernos deberán aprender a disponer de sistemas de planificación, gestión y disponibilidad de recursos para que futuras pandemias, de las cuales no se está exento, puedan amortiguarse de una manera menos lesiva para el conjunto de la sociedad y el sistema sanitario.



Por último, indicar que cada vez existen más estudios sobre epidemiología y clínica de la COVID-19, sin embargo, existen pocos y no muy definidos análisis y protocolos sobre el abordaje de esta pandemia, considerando sus particularidades, desde el ámbito de la bioética. Por tanto, se necesitan más estudios y artículos que puedan dar respuesta a diversas cuestiones entre las que se pueden destacar: ¿incumple el Estado el principio de maleficencia y de justicia cuando no aporta los suficientes medios materiales a los profesionales sanitarios que trabajan con infectados por COVID-19? ¿Qué criterios éticos determinan la decisión de utilizar una UCI ante una limitación de medios materiales? ¿Se pueden elaborar protocolos que permitan abordar la crisis sanitaria y dilemas bioéticos en situación de pandemia? ¿Qué extremo separa la dignidad humana de la protección de la salud? ¿Cómo puede ayudar la bioética y el bioderecho a regular los ensayos clínicos en situaciones de emergencia sanitaria?

Bibliografía

- AIFICC (2020). Document de posició CAMFIC i AIFICC davant la pandèmia per SARS-COV-2. Recuperado de: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_12795_EBLOG_3992.pdf. [Consultado el 20/03/2020].
- Asociación Médica Mundial [AMM]. (2013). *Declaración Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 64.ª Asamblea General Fortaleza, Brasil.
- Fuks, A., Brawer, J., & Boudreau, J. D. (2012). The foundation of physicianship. *Perspectives in Biology and Medicine*, 55(1), 114-126.
- ISCIII (2020). Situación de COVID-19. Recuperado de <https://covid19.isciii.es/> [Consultado el 25/03/2020].
- CAMFIC (2020). Dilemas éticos del COVID-19. Recuperado de: <https://ecamfic.files.wordpress.com/2020/03/dilemas-c3a9ticos-del-covid-19-1.pdf> [Consultado el 24/03/2020].
- Chávez, M. La Bioética ante la pandemia del COVID-19. Recuperado de: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/543957/Pronunciamiento_Bioetica_ante_la_pandemia_del_COVID_19.pdf [Consultado el 22/03/2020].
- Comité Consultatif National D'Ethique (2020). COVID-19 - Contribution du Comité Consultatif National D'éthique: Enjeux éthiques face à une pandémie. Recuperado de https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf. [Consultado el 05/04/2020]
- Donovan, G. K. (2014). Ebola, epidemics, and ethics. What we have learned? *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 9(15), 2-4.
- Guerra, A. Y. (2016). *Voluntades anticipadas: optimización y gestión de su información en España y en la Unión Europea*. (Tesis doctoral). UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Hick, J., Hanfling, D., Wynia, M., & Pavia, A. (2020, March 5). Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *National Academy of Medicine*.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, pp. 40126-40132. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Mill, S. (2008). *Principios de Economía Política*. Madrid: Editorial Síntesis.



- Minkoff, H., & Ecker, J. (2014). Physicians' obligations to patients infected with Ebola: echoes of acquired immune deficiency syndrome. *Am J Obstet Gynecol*, (212), 417-9.
- Ministerio de Sanidad. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Recuperado de: www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/20200326_ITCoronavirus.pdf [Consultado el 26/03/2020].
- Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Procedimiento_COVID_19.pdf [Consultado el 26/03/2020].
- Informe sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia. Recuperado de: www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf [Consultado el 16/05/2020].
- Organización Médica Colegial (2020). 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. Recuperado de: <https://www.cgcom.es/informe-de-la-comisi%C3%B3n-central-de-deontolog%C3%ADa-en-relaci%C3%B3n-la-priorizaci%C3%B3n-de-las-decisiones-sobre> [Consultado el 29/03/2020].
- Pinho-Reis, C. (2012). Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Nutrícias*, (15), 24-27.
- Raoult et al. (2020, March 2). Coronavirus infections: epidemiological, clinical and immunological features and hypotheses. *Cell Stress*, Epub ahead of print.
- Rid, A., & Emanuel, E. (2014). Ethical considerations of experimental interventions in the Ebola outbreak. *The Lancet*, 384(9957), 1896-1899.
- Rivas García, F. (2020). Envejecimiento y aspectos bioéticos de la ventilación mecánica en la enfermedad terminal. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (12), 01-12. DOI: <https://doi.org/10.14422/rib.i12.y2020.003>
- SECPAL. Recomendaciones sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores. Recuperado de www.secpal.com//Documentos/Blog/DOCUMENTO%20SOBRE%20ACOMPAN%CC%83AMIENTO%20_COVID%2019.pdf [Consultado el 22/03/2020].
- SECPAL (2020). Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID-19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida. Disponible en: www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20_1.%20Documento%20para%20profesionales_1.pdf. [Consultado el 28/03/2020].
- SEMICYUC. Plan para los servicios de medicina intensiva frente COVID-19. Disponible en: www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf. [Consultado el 16/05/2020].
- Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y del Dolor (2020). Marco ético pandemia COVID 19. Recuperado de: www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/Marco_etico_coronavirus.pdf [Consultado el 25/03/2020].
- Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19. Recuperado de: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Plan-Contingencia-COVID-19.pdf> [Consultado el 30/03/2020].
- SEMES (2020). Trabajo de VMNI de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección



por SARS-CoV-2. Recuperado de: <http://www.semes.org/wp-content/uploads/2020/03/Recomendaciones-SRNI-SEMES-Biblio.pdf> [Consultado el 31/03/2020].

U.S. Department of Health and Human Services. 2017. SOFA—What is it and how to use it in triage. Recuperado de: <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/aspr-tracie-sofa-score-fact-sheet.pdf> [Consultado el 23/03/2020].

Ventres, W. B. (2016). Healing. *Annals of Family Medicine*, 14(1), 76-78.

WHO. Declaración de la OMS sobre el nuevo coronavirus detectado en Tailandia. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-01-2020-who-statement-on-novel-coronavirus-in-thailand> [Consultado el 26/03/2020].

WHO. La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide> [Consultado el 26/03/2020].

WHO. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Recuperado de: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [Consultado el 25/03/2020].

Wittmann-Vieria, R. (2012). Bioethics and palliative care: decision making and quality of life. *Acta Paulista Enfermagem*, (25), 334-339.

Yakubu A, et al. (2014, September). The Ebola outbreak in Western Africa: ethical obligations for care. *Journal Of Medical Ethics*.

Zhang, X. (2020, March 27). Epidemiology of COVID-19. *The New England Journal Of Medicine*.