



## Artículo de Opinión

**ÉTICA Y PANDEMIA EN CHILE**

Dra. Anamaría Arriagada Urzúa

Recibido el 27 de marzo de 2020

Médica Internista con Magister en Bioética. Docente de la Universidad de Chile. Integrante del Departamento de Ética del Colegio Médico. Ex presidenta de la Corporación de Trasplantes y actual titular de la Comisión de Donación y Trasplantes del Colegio Médico.

En el contexto actual de la pandemia que amenaza al mundo, es necesario acordar un modo de resolver los problemas éticos que se presentarán, o las aristas éticas de las decisiones sanitarias.

Las recientes experiencias mundiales, con el SARS y el MERS, pero sobretudo con el primero, pusieron de manifiesto la ausencia de claras directrices éticas. Esto, en parte, porque en el siglo XX hubo notables avances de la medicina, alejando de nuestro imaginario la temida figura de las “pestes”. Sin embargo, en los últimos años, la aparición de mutaciones virales en contextos de globalización, precarización de sistemas sanitarios, oleadas de migraciones no resueltas, crisis medioambiental, nos demuestra que debemos ponernos al día, en documentos éticos y jurídicos, respetuosos de los derechos humanos, y de principios ya profundamente arraigados en nuestras sociedades occidentales.

Sin duda alguna, todas las esferas de la ética se ven comprometidas en situaciones de pandemia. La ética personal, la profesional, la cívica y la global.

Específicamente en lo sanitario, existe responsabilidad ética en decisiones gubernamentales y de autoridad sanitaria; en la dirección de servicios de salud, y

establecimientos sanitarios, y finalmente en la atención de los pacientes y sus familias.

La Asociación Médica Mundial elaboró una Declaración sobre epidemia de gripe aviar (H1N1), publicada en la 57ª Asamblea de Sudáfrica (2018), y luego enmendada en la 69ª Asamblea de Islandia. En ella, se mencionan las obligaciones éticas de gobiernos y autoridad sanitaria, así como de asociaciones médicas.

Por su parte, un documento más extenso, y completo del Centro de Bioética de la Universidad de Toronto (año 2005), a raíz de la pandemia de influenza, menciona los principales valores que una situación como estas, requieren relevar.

***Deberes éticos******La obligación de dar atención y aliviar el sufrimiento***

En primer lugar, está el deber de protección de la salud de las personas, la obligación de dar atención y aliviar el sufrimiento. Esto no es transferible a la comunidad, pues ellos claramente no disponen del conocimiento, técnica y expertise que las profesiones han adquirido. Este deber resulta aún más obvio frente al Covid, que ha demostrado ser agresivo y llevar a un porcentaje importante de los enfermos a requerir soporte vital o cuidados



críticos. Tenemos también un contrato con la sociedad, y además juramentos éticos que nos obligan.

Estas obligaciones, en contextos de epidemias, implican un riesgo real de comprometer la salud y bienestar de los sanitarios. Es factible que cuarentenas, o turnos prolongados, obliguen al personal sanitario a permanecer lejos de sus hogares. Casi con certeza, se deberá lidiar con condiciones laborales más precarias, medios insuficientes, cansancio por remplazos de falencias, y estrés emocional. Entonces, salta a la vista el problema de hasta donde el riesgo del personal de salud, es exigible. En este sentido, lo que se recomienda es que esto se aborde en forma seria. Sería bueno explicitar las obligaciones de los funcionarios de salud. Abordar seriamente el tema del autocuidado, así como la obligación de hacerlo justamente para evitar propagar más el virus.

### ***Protección del personal***

Es importante explicitar el valor de **reciprocidad**, en relación a como la sociedad debe concurrir a proteger a los sanitarios. No sobrecargar atenciones de urgencia; re acomodar sus expectativas; cumplir medidas de aislamiento; utilizar canales de reclamos institucionales, y formas adecuadas; evitar la agresividad y violencia en establecimientos de salud. Todas son medidas tangibles, de “devolver la mano” a quien los cuida.

La Autoridad Sanitaria y los gobiernos, centrales y regionales, tienen una labor ineludible en proporcionar todos los medios necesarios para proteger al personal de salud. Dar adecuado entrenamiento en uso de medidas de aislamiento y protección, así como implementos, protocolos, es vital. También lo es asegurar pagos por licencias de enfermedad, seguros de salud, vías expeditas de contratación de mano de obra suplente, y -en el peor de los escenarios-

apoyo en casos de discapacidad o muerte de funcionarios de salud.

### ***Obligaciones de los médicos***

Los médicos tienen sin duda, obligaciones. La declaración de la Asociación Médica Mundial menciona el deber de estar al día con la información médica y epidemiológica; cooperar en implementar medidas de mitigación de contagios, flujogramas, protocolos, así como contribuir a la vacunación masiva; participar en la planificación de medidas de prevención y manejo de los pacientes, y elaborar planes locales de mitigación.

### ***Principales desafíos éticos***

---

#### ***El dilema de la asignación de recursos***

Sin duda, uno de los problemas éticos más complejos, será en la **asignación de recursos limitados** frente a un brote significativo de pacientes. Esto, un tema de justicia sanitaria, afectará desde el nivel “macro” (ministerio de salud, servicios de salud); pasando por el nivel “meso” (hospitales, y servicios clínicos), hasta el “micro” (cama del paciente). A nivel macro, ya hay decisiones claras en la materia. Vacunar primero a la población adulta mayor, a los pacientes crónicos, a embarazadas y personal de salud, fue una decisión de justicia sanitaria. En los hospitales y centros ambulatorios ha sido necesario elegir a quiénes se les hará la PCR diagnóstica, porque es un examen caro, y además de disponibilidad limitada.

Suspender cirugías electivas, policlínicos, entrega de medicamentos, y todo lo que disminuya exponer a la población al contagio, o limitarlo en el tiempo, tiene como objetivo, evitar una sobrecarga del sistema de salud, que obligue a tomar decisiones difíciles, sobre todo en contextos de gravedad. Nos referimos al temido dilema de “dos pacientes con



neumonía grave; un solo ventilador disponible”. Este es el gran miedo por estos días. ¿Cómo resolver? ¿Con qué criterios? ¿Será la edad avanzada, uno defendible moralmente? ¿Tenemos suficiente experiencia para evaluar pronóstico de un paciente? ¿Quién decide?

### **Protocolos**

Lo primero, es ojalá tener **protocolos validados** con anterioridad. Esos mismos de ingreso a UPC, que hay en cada establecimiento, deben ser hoy revisados a la luz de la pandemia actual. En segundo lugar, tener **equipos médicos** bien preparados e informados de la mejor evidencia disponible en la actualidad. Recordar que todo caso ético debe partir por conocer con la máxima precisión el estado del paciente. Su diagnóstico en relación al coronavirus (confirmado o sospecha), su gravedad, sus patologías de base. Su calidad de vida previa, importante no para limitar el esfuerzo en función de este, que es un criterio bastante subjetivo, sino más bien conocerla de antemano. Si sé cómo el paciente vivía su vida diaria, su nivel de autovalencia/dependencia, de integración a su medio familiar y social, entonces recién puedo evaluar si el esfuerzo terapéutico que hoy parece necesitar, puede ser exitoso de mantener esa misma calidad de vida, o un nivel aceptable de esta.

Es importante conocer si hubo **manifestaciones previas de voluntad**, en términos de haberse planteado el paciente si quería ser reanimado, conectado a un ventilador, dializado, y otras medidas extraordinarias. Muchas personas han discutido esto con sus familias, y es importante conocer estos deseos. En relación al contexto, es importante establecer una **alianza con la familia**, para que comprendan la gravedad del paciente; su pronóstico y expectativas de respuesta.

Contestar sus preguntas, y facilitar el apoyo y cercanía, con las limitaciones que un virus de alta contagiosidad nos impone.

Guardar la **confidencialidad** y privacidad será crucial. En pos de la salud pública, se trata de casos que deben informarse a la autoridad sanitaria; el perfil de los pacientes, sus contactos, sus viajes recientes; todo forma parte de la esfera privada, que hoy se nos pide violar, para proteger el bien común. Pero sin discriminar, ni estigmatizar.

### ***“Adecuación del Esfuerzo Terapéutico”***

Que esta pandemia afecte a los adultos mayores, es un desafío mayor. Ellos son más frágiles, tienen más enfermedades crónicas y son socialmente más vulnerables; muchos ya sufren de aislamiento social, por patologías mentales, déficits sensoriales, pobreza y soledad. Algunos ya sufrían de la discriminación en salud, “el ageismo”, que por su sola edad, los margina de acceso a cuidados críticos, intervenciones quirúrgicas, investigación clínica. Se debe integrar a geriatras, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y fonoaudiólogos. Todas estas especialidades, tienen la mirada de rehabilitación, de soporte, que debe permear nuestras Unidades de Paciente Crítico.

Tomar la decisión de asignar recursos a un paciente, y no a otro, será más fácil si se toma conjuntamente con otros profesionales. También si se explicitan los valores involucrados, y se registra en la ficha clínica que fue una decisión razonable, razonada y consensuada. Se debe mantener a la familia al tanto de esta decisión, y manejar adecuadamente sus expectativas. Si en un caso dado, se adecúa – o limita el esfuerzo terapéutico - se trata de una decisión médica; y, por lo tanto, no es necesario que los familiares firmen ningún documento. Esto, no da confianza. Todo lo contrario, puede transmitirles sensación de



culpa o miedo. Tal como las familias no podrán exigir a los equipos de salud esfuerzos inútiles o terapias inadecuadas; con mayor razón, no tienen por qué aprobar una decisión que nosotros tomamos.

En nuestra Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes está estipulada la limitación del esfuerzo terapéutico. Hoy se prefiere hablar de “adecuación del esfuerzo terapéutico”, para hacer hincapié en que no hay abandono. No se niega el cuidado, ni el confort, ni el alivio del sufrimiento. Eso, que parte de los Fines de la Medicina (1), es - volviendo al principio- nuestro valor rector.

## Bibliografía

---

“Stand on Guard for Thee: Ethical Considerations in preparedness planning for pandemic influenza”. Nov 2005. University of Toronto, Joint Centre for Bioethics. <https://bit.ly/2WZcaOV>

Declaración Asociación Médica Mundial sobre pandemia de gripe aviar. Oct 2018. 57ª Asamblea Sudáfrica. Enmendado 69ª Asamblea Islandia. <https://bit.ly/3dQwjMU>

The goals of medicine: Setting new priorities. NY: The Hasting Center Report; 1996.