

Bioética para la pandemia



Tiempo de lectura: 5 min.

Judit Sándor

Mié, 20/05/2020 - 08:08

Desde que el virus SARS-CoV-2 se difundió desde China a la mayor parte del mundo en febrero y marzo, gradualmente todos hemos comenzado a participar en los dilemas éticos que figuran en los libros de texto. Por sobre todas las cosas, la pandemia de la COVID-19 ha enfrentado a los sistemas sanitarios sobrecargados con una tremenda pregunta: ¿cómo seguir cuidando a los pacientes de manera segura, justa y eficaz? Es preocupante, además, que la crisis no solo haya puesto de relieve

la falta de preparación de los políticos y los sistemas de atención sanitaria, sino también nuestra incapacidad para desarrollar normas éticas relevantes.

A medida que se difundió la pandemia, muchos gobiernos implementaron precipitadamente protocolos médicos y de distanciamiento social que replicaron la draconiana respuesta de las autoridades chinas. Hasta principios de este año, los países más ricos discutían sobre el acceso a nuevas herramientas para el cuidado de la salud, como la robótica y la inteligencia artificial, o sobre la forma en que el Estado podría financiar tecnologías para la reproducción asistida. Pero en un abrir y cerrar de ojos, sus sistemas sanitarios, sorprendentemente y sin vacilaciones aceptaron éticas utilitaristas, no solo llevando a cabo un triaje drástico en las unidades de terapia intensiva, sino también negándose a ofrecer una gama de otros servicios muy necesarios.

Los libros de ética contienen numerosos dilemas filosóficos que cuestionan la moralidad de aplicar siempre el cálculo utilitarista a la vidas humanas. Uno de los más conocidos fue diseñado por la filósofa británica Philippa Foot: un tranvía fuera de control se acerca a toda velocidad hacia cinco personas atadas a las vías. Con una palanca puedes desviarlo hacia otra vía y salvar esas cinco vidas, pero entonces matará a una persona que está en ella. ¿Qué debes hacer?

Basándose solamente en el resultado matemático de la elección, muchos probablemente piensen que lo correcto es intervenir y sacrificar una vida humana para salvar otras cinco. ¿Pero, tanto este dilema como en la vida real, no debemos tener también en cuenta otros valores?

Después de todo, la pandemia de la COVID-19 presenta a los profesionales de la salud situaciones trágicas que nunca experimentaron antes. Y, si no hay suficientes profesionales de la salud, respiradores o camas en los hospitales, con frecuencia habrá que categorizar y priorizar a los pacientes para decidir qué atención recibe (o no) cada uno, y dónde.

A mediados de marzo, la Sociedad Italiana de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Terapia Intensiva (SIAARTI) difundió recomendaciones para la asignación del tratamiento de terapia intensiva a los pacientes con COVID-19. Entre ellas se incluye al principio de «atender por orden de llegada» cuando no haya más recursos de terapia intensiva disponibles. Y, en abril, la Cámara médica húngara publicó una serie de lineamientos para el triaje de corte utilitarista, que se centran en salvar

vidas y dar prioridad a los pacientes con mayor probabilidad de supervivencia.

Las cuestiones relacionadas con el tratamiento de los pacientes no infectados con SARS-CoV-2 son incluso más complicadas. Las normas bioéticas actuales ofrecen poca o ninguna ayuda y este grupo de pacientes suele quedar olvidado. El 7 de abril, por ejemplo, el gobierno húngaro ordenó a los hospitales del país que liberaran el 60 % de sus camas para recibir a los pacientes con COVID-19. Pero mientras la pandemia continúa, otros ciudadanos cuyas enfermedades no suponían inicialmente una amenaza de muerte, pueden pasar a la categoría de mayor peligro.

Los marcos éticos con los que contábamos no fueron diseñados para una pandemia... y se nota. Durante las últimas décadas, la bioética se ha centrado en las nuevas tecnologías, como la intervención genética, los biobancos, la modificación genética y la reproducción asistida. De hecho, el conjunto de normas bioéticas europeas más amplio y legalmente vinculante, el Convenio de Oviedo de 1997, indica que: «El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia». Pero, en ese momento, los redactores del documento estaban más preocupados por la clonación y los tratamientos genéticos que por el brote de una enfermedad.

Tal vez sea más aplicable hoy día el Artículo 3 del convenio: «Las Partes [...] adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada», pero tampoco este principio, si bien importante, responde la difícil pregunta de qué hacer cuando los recursos médicos repentinamente escasean, como ocurre actualmente.

A mediados de marzo, por lo tanto, tanto el Centro Hastings como el Consejo Nuffield sobre Bioética publicaron lineamientos éticos para responder a la COVID-19. Según el informe Nuffield, las medidas para la salud pública deben basarse en la evidencia y ser proporcionales a la situación, minimizar la coerción y la intromisión en las vidas de las personas, y tratar a los demás como pares morales. Además, la meta de las intervenciones, junto con el conocimiento científico, los valores y juicios en los cuales se basan, deben estar a disposición del público.

Luego, el 14 de abril, el Comité de Bioética del Consejo de Europa declaró que, incluso en un contexto de escasez de recursos, el acceso a la atención sanitaria debe ser equitativo. Además, debe responder a criterios médicos para evitar la

discriminación de grupos vulnerables, como las personas con discapacidades, los ancianos, refugiados e inmigrantes.

Uno de los cambios éticos más significativos durante la pandemia surgirá de la necesidad de complementar los sistemas médicos previamente centrados en los pacientes con la llamada «atención comunitaria». En vez de hablar de «mi salud», tenemos que hablar de «nuestra salud».

Ciertamente, la relación médico-paciente aún se guiará por normas éticas fundamentales, como informar al paciente, protegerlo del daño y mantener la lealtad y confidencialidad. Pero, además, se debe aumentar el énfasis en los puntos de vista comunitarios y colectivos sobre la distribución de los recursos médicos limitados frente a lo que, hasta ahora, ha ocurrido.

No podemos dejar de lado los principios bioéticos básicos por el pánico de la COVID-19. Solo respetando la relación médico-paciente y nuestras obligaciones hacia la sociedad en su conjunto podemos garantizar que no se desperdicien los heroicos esfuerzos de los profesionales de la salud y proteger la integridad moral. Después de todo, cuando termine la pandemia, aún tendremos que mirarnos a los ojos... y no solo a través de pantallas.

Traducción al español por www.Ant-Translation.com

Project Syndicate

<https://www.project-syndicate.org/commentary/bioethics-principles-for-co...>

[ver PDF](#)

[Copied to clipboard](#)