

COVID-19. AÚN ESTAMOS A TIEMPO

Buenos Aires, 30 de marzo de 2020

El mundo entero está viviendo una de las grandes tragedias del siglo XXI. El sistema sanitario internacional, otrora orgulloso por erradicar la viruela y doblegar la poliomielitis, se muestra impotente para frenar una epidemia que en menos de tres meses se ha llevado decenas de miles de vidas, más que nada de ancianos y enfermos cuyas supervivencias eran en gran parte logros de una medicina que por ahora se limita a prevenir y dar soporte.

La pandemia por COVID-19 ha hecho colapsar las estructuras sanitarias nacionales, vaciado los escasos recursos de salud y obligado a los profesionales a elegir a quién dar lo poco que hay.

Sin embargo, son desgarradoras las historias de médicos y enfermeros de Italia, España o Estados Unidos, al expresar el conflicto ético de tener que dejar morir enfermos ancianos, o con discapacidad, por haberse quedado sin camas en cuidados intensivos. Por otro lado, los primeros estudios ya reportan que más de la mitad de los profesionales chinos que enfrentaron al COVID-19 presentan depresión, ansiedad, insomnio y estrés severo. Todo ello, dando cuenta de que estos profesionales se han tomado en serio el haber jurado defender "toda la vida y todas las vidas".

Se ha escuchado que estamos frente a un escenario de catástrofe donde existe una brecha entre los escasos recursos disponibles y la alta necesidad o deman-

da. Esta brecha sería debido a la naturaleza inesperada y súbita de la catástrofe, tanto como a la poca previsibilidad de su evolución y del número de víctimas. En una catástrofe el "triage", o selección de las personas a quienes se les otorgarán los recursos, es un elemento medular de medicina y de justicia distributiva. Esta última bien entendida debiera aplicar la equidad, es decir, ante igual oportunidad para todos, los más desventajados recibirán más recursos, tal como sucediera en el rescate de la cueva Tham Luang.

No obstante, al COVID-19 la conocemos desde fines de diciembre de 2019 y sabemos también que existen otros coronavirus; que su R_0 , o ritmo básico de reproducción, es de 2,68; que el 80% de enfermos tienen variantes que van de asintomáticas a moderadas o que existe una curva a la que todos queremos aplanar. En tanto las palabras contención, mitigación o comorbilidades van dejando la exclusividad de la medicina para incorporarse al vocabulario cotidiano. Entonces ¿de qué inicio súbito o evolución imprevisible estamos hablando? Claro que aún hay mucho por conocer sobre COVID-19, pero no quedan dudas de que esto no es una catástrofe, sino una epidemia mundial, o pandemia, que se ha transformado en emergencia sanitaria. Pero si se actúa mal, entonces sí será una catástrofe, y, sobre todo, de tipo humanitario.

La Argentina ha tomado medidas drásticas anticipadamente y está a tiempo de evitar que los profesionales de la salud tengamos que salir a seleccionar vidas. Eso sería una gran falla de la planificación, que, junto a la salvaguardia de las fuerzas de trabajo y grupos vulnerables, y al rol de guía son, según el prestigioso centro de estudios bioéticos Hasting Center, los tres deberes éticos que el administrador de la salud no debiera olvidar. Y ese administrador es el Estado, en tanto garante de la libre disponibilidad de los bienes y justa adjudicación de los recursos.

También estamos a tiempo de evitar que, so pretexto del bien común malentendido como el mayor beneficio para la mayor cantidad de personas, se priven de ciertos cuidados a determinados grupos como son los ancianos o personas con discapacidad. Ello contradice los principios de equidad, solidaridad y subsidiariedad, bases del sistema de salud argentino, por los cuales toda persona debe poder acceder a los cuidados de salud, particularmente entre los grupos más vulnerables.

Aunque esta sea una carrera contra el reloj, aún podemos aprender de los errores ajenos y mirar el avance de la pandemia con la ética, responsabilidad y transparencia que deben tener las políticas sanitarias, cuidándolas de que no caigan en el frío cálculo de los casos fatales que las despojan de toda humanidad.

Lo dicho no significa desconocer que los recursos en salud han sido y seguirán siendo costosos, escasos y agotables. Y es por eso, que organizaciones como la OPS o diferentes sociedades científicas de Italia (SIAARTI), España (SEMICYUC junto a 23 sociedades científicas y de Bioética) o EEUU (N. Berlinger y col., Hasting Center; E.J. Emanuel y col., New England Journal of Medicine), por citar unas cuantas, han redactado recomendaciones para enfrentar la pandemia de COVID-19 bajo la observancia de principios éticos aplicados al campo de la medicina y salud pública.

En un sucinto resumen tales recomendaciones podrían expresarse de la siguiente manera:

1. Toda persona independientemente de su edad o capacidad funcional merece acceder a la atención médica y demás cuidados de salud. Es función del Estado garantizar ese acceso a todos los ciudadanos, incluso en situaciones extraordinarias como esta pandemia.
2. Es prioridad salvaguardar la vida y la salud de los profesionales y auxiliares sanitarios, así como de quienes trabajan en la primera línea (por ej. cuerpos de seguridad) o mantienen la operatividad esencial. Es obligación de las autoridades otorgarles el debido equipamiento y serán los primeros en recibir el tratamiento o las vacunas oportunamente.
3. Los grupos más vulnerables merecen recibir especial atención y cuidado.
4. Ante el colapso del sistema de salud y la necesidad de distribuir recursos escasos, la admisión a áreas de cuidados de mayor complejidad debe hacerse conforme al principio de "salvar al mayor número de vidas y a la mayor cantidad de vida" siempre bajo el criterio prudencial. La edad y el estado funcional no pueden ser los únicos criterios de evaluación. Este abordaje debe ser común para los enfermos con, o sin, COVID-19 durante el tiempo que dure la pandemia.
5. Los cuidados paliativos deben ser de ayuda para los enfermos no admitidos y es necesario conocer la existencia de voluntades anticipadas.
6. Se debe trabajar dentro de un plan de contingencia donde los establecimientos de salud funcionen en red, enfatizando en la derivación de los pacientes. Será de buena práctica recurrir por consultas a los comités de bioética o expertos en la materia para una evaluación periódica del estado de los recursos.

7. Es fundamental la transparencia en la comunicación, sea ésta personal u oficial.
8. El cadáver merece ser tratado con dignidad y respeto.

Quizás por ingenuos llegamos a pensar que, al estar lejos, el coronavirus no iba a afectarnos. Pero sin embargo se hizo realidad ese sabio proverbio que dice que, al fin de cuentas, ¡todo llega!

Lenin De Janon Quevedo

Instituto de Bioética

Pontificia Universidad Católica Argentina

Médico de UTI

Hospital "Francisco Santojanni" (CABA)

REFERENCIAS

– Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Consideraciones bioéticas ante el Covid-19 de AEBl. [acceso 23/03/20] Disponible en: http://aebioetica.org/archivos/Consideraciones_2.pdf

– Ballentine J.M. The Role of Palliative Care in a COVID-19 Pandemic. The California State University Shiley Institute for Palliative Care. [acceso 21/03/20] Disponible en: <https://csupalliativecare.org/palliative-care-and-covid-19/>

– Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester M, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. The Hastings Center. [acceso 18/03/20] Disponible en: <file:///E:/FIN%20DE%20VIDA/COVID-19/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

– Emanuel E, Persad G, Ross U, Parker M, Glickman A, Thome B. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. March 23, 2020. NEJM. DOI: 10.1056/NEJMs2005114.

– Fairchild AL, Dawson A, Bayer R, Selgelid MJ. The World Health Organization, Public Health Ethics, and Surveillance: Essential Architecture for Social Well-being. Am J Public Health. 2017;107(10):1596-1598. DOI: 10.2105/AJPH.2017.304019.

– Jianbo L, Simeng M, Ying W, Zhongxiang C, Jianbo H, Ning W, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to

Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open. 2020; 3 (3): e203976. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

– OPS – OMS. Orientación ética sobre cuestiones planteadas por la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19). Marzo 2020. [acceso 22/03/20] Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientacion-etica-sobrecuestiones-planteadas-por-pandemia-nuevo-coronavirus-covid-19>

– Postigo Solana E. Orientaciones éticas generales ante la pandemia de COVID-19. Instituto de Bioética. Universidad Francisco de Vitoria. [acceso 27/03/20] Disponible en: <https://oneofus.eu/es/2020/03/orientaciones-eticas-generales-ante-la-pandemia-de-covid-19/>

– Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. March 18, 2020. NEJM. DOI: 10.1056/NEJMp2005492.

– Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por Pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. [acceso 21/03/20] Disponible en: https://semicyuc.org/wpcontent/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf

– Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. [acceso 15/03/20] Disponible en: <https://www.sicp.it/wpcontent/uploads/2020/03/SIAARTI-Covid19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf>

– World Health Organization. WHO Guidelines on Ethical Issues in Public Health Surveillance. WHO. 2017. [acceso 15/03/20] Disponible en: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/9789241512657-eng.pdf>