

La atención en salud en tiempos de COVID-19: un enfoque desde la Bioética

Health care in times of COVID-19: an approach from Bioethics

Alejandro A. Marín Mora, MD, Ph.D. ✉

Filiación:

Área de Bioética, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

Correspondencia: ✉

Alejandro Marín Mora. Correo electrónico: ale24alfieri@yahoo.es

Forma de citar: Marín Mora A.

La atención en salud en tiempos del COVID-18: un enfoque desde la bioética. Rev Ter. 2020;14(2): 4-9

Financiamiento:

Ninguno

Conflictos de Interés:

Ninguno

Fecha enviado: 29 de mayo del 2020.

Fecha aceptado: 5 de junio del 2020.

La actual pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), causada por el virus denominado SARS-CoV-2 que produce la enfermedad COVID-19, ha desmantelado no solo las realidades sociales ocultas de muchos países, sino las famélicas condiciones de los distintos modelos de atención sanitaria imperantes en el mundo.

Exíguo alcance tuvo las recomendaciones que desde el año 2017 publicara la OMS¹ para buscar la preparación de los países ante una nueva pandemia, partiendo de las experiencias aprendidas de la pandemia de influenza H1N1 acontecida en 2009².

Independientemente del tipo de modelo sanitario sean servicios nacionales de salud -modelo Beveridge-, sistemas de seguros sociales -modelo Bismarck-, ambos imperantes en Europa o modelos de servicios de salud privado competitivo como el predominante en Estados Unidos de Norteamérica (EUA), ninguno ha podido responder oportunamente a la actual pandemia, salvo casos aislados como el de Costa Rica. Si bien las razones son multicausales y responden además del modelo de organización sanitario a elementos geopolíticos, ha sido evidente la ausencia de principios bioéticos mínimos para afrontar la pandemia por SARS-CoV-2.

Ahora bien, ¿por qué se puede afirmar que la Bioética es un elemento capital para el manejo de situaciones trágicas como son las emergencias y catástrofes? La Bioética influye de forma intrínseca en el modelo de salud adoptado por cada país. Si bien la teoría Principialista de Beauchamp y Childress³ logró un auge debido a que, por estar centrada en la relación médico-paciente, se acopló perfectamente al modelo de salud privado competitivo predominante en EUA⁴; su peculiaridad individualista, donde predomina el principio de autonomía es la principal característica de dicho modelo. Sin embargo, la realidad social y de organización sanitaria de Latinoamérica influyó y sigue influyendo en el desarrollo de una "Bioética Social", caracterizada por ser una Bioética de intervención⁵ -centrada en la justicia y la salud pública- lo que significa una Bioética en consonancia

con el contenido de las tres declaraciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en asuntos relacionados con la cultura, patrimonio genético y derechos humanos.

En este contexto es importante hacer una diferenciación entre los distintos modelos y teorías de la Bioética, dado que los datos científicos evidencian que la enfermedad COVID-19, afecta en mayor medida a colectivos vulnerables, personas con patologías crónicas⁶ y personas adultas mayores⁷.

La priorización individual y el principio bioético de autonomía ceden a la priorización colectiva y al principio de Justicia Distributiva⁸. A la autonomía comienzan a instaurársele mayores límites, dado que la Bioética tiene -frente a esta pandemia- que proteger a los vulnerables y hacer valer sus derechos⁹. Sí bien se puede apelar al derecho de todo ser humano a que se respeten sus hábitos de vida¹⁰, el que puedan considerarse nocivos para él no es motivo suficiente para justificar cualquier tipo de restricción o prohibición, ni tampoco para aplicar la cláusula de excepcionalidad de Mill, que explícitamente afirma: “Tan pronto como una parte de la conducta de una persona afecta perjudicialmente a los intereses de otras, la sociedad tiene jurisdicción sobre ella y puede discutirse si su intervención es o no favorable al bienestar general”¹¹; excepcionalidad que vemos plasmada en esta pandemia, donde el Estado ha confinado libertades individuales en favor de la salud pública.

A tenor de lo expuesto, es que principios bioéticos deben predominar ante una situación como la que afrontamos con el fin de proteger a los colectivos vulnerables, priorizar los recursos sanitarios y garantizar el Derecho Humano a la Salud.

Antes, no podemos olvidar la imperiosa

necesidad de entrenar a todos los profesionales en salud en materia de bioética, si bien son numerosos los temas que esta disciplina aborda, se deberá priorizarse el estudio de la “ética en las situaciones trágicas”¹², evitando así minimizar el grave estrés ético y moral, de obligar a los profesionales sanitarios de distintas áreas a la toma de decisiones excepcionales, realidad para la que no están preparados, porque no han acumulado experiencia ética en escenarios como el actual.

Los principios bioéticos entendidos como ejes rectores que definan la atención de la pandemia por SARS-CoV-2 pueden garantizar el Derecho a la Salud. Si comprendemos el Derecho a la Salud desde la observación general No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que señala que “El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”¹³. Podemos entender que la Bioética aporta los principios para garantizar de manera integral este derecho, sobre todo ante situaciones de catástrofe.

El Principio de atención oportuna (criterio de oportunidad), por ejemplo, es aquel que garantiza que la atención sucede en circunstancias o momentos adecuados -según sea el contexto del paciente- para incrementar la posibilidad de efectos deseados o favorables para la salud o condición de la persona usuaria. Es importante señalar que se habla de “posibilidad” y de “efectos deseados”, dado que las ciencias de la salud son de medios y no de resultados, dada la naturaleza biológica del ser humano, mientras que la administración y gestión sanitaria se rige por resultados.

La atención de salud debe ser óptima, es por ello por lo que debemos interpretar la “atención oportuna” desde un enfoque basado en los Derechos Humanos, como recomienda la OMS¹⁴. Bajo este enfoque, todas las políticas, estrategias y programas que se formulen en el marco de la pandemia deben responder al Derecho a la Salud, el sistema sanitario debe atender oportunamente a los todos los pacientes que presenten COVID-19, sin descuidar la atención de aquellos que no tengan esta enfermedad. Por lo tanto, siguiendo la propuesta de la OMS, la atención oportuna debe incluir los principios de no discriminación, equidad en el acceso y la disponibilidad (número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud). Debe acompañarse además del deber de cuidado, entendida como la obligatoriedad de atender con “diligencia” a los pacientes, entendido este concepto como la prontitud de ejecutar con agilidad, esmero y cuidado¹⁵.

Ahora bien, el acceso a la Salud, que determina el cumplimiento del Derecho a la Salud, diverge entre las necesidades percibidas y reales de la población y la capacidad disponible en recursos que posea el sistema de atención en salud, lo que se conoce como la relación entre recursos requeridos versus recursos disponibles. Dado que una atención oportuna debe garantizar la posibilidad de obtener el beneficio máximo para el paciente, y a su vez certificar la rentabilización y optimización de los recursos, que son limitados en virtud o contraposición de las necesidades que pueden desprenderse de la atención de una pandemia, se torna imperiosa durante la atención de la pandemia la “priorización”.

A tenor de lo expuesto, es esperable en todo sistema sanitario público, que las demandas y necesidades ante una situación de catástrofe como

la que están experimentando todos los sistemas hospitalarios ante la pandemia por COVID-19, sobrepasen la capacidad de atención del sistema; esto obliga irremediablemente a priorizar. Sin embargo, priorizar no es sinónimo no debe suponer la discriminación, ya que la elección o asignación de recursos a pacientes responde a criterios técnicos objetivos, que hacen primar a un sujeto u objeto de manera justificada y razonada. Esta metodología debe responder a juicios razonables y razonados, que respondan a criterios epidemiológicos, de mortalidad y/o morbilidad, entre distintos o entre iguales. La priorización es necesaria, siendo el segundo paso y con base al principio de transparencia establecer y publicar los criterios de priorización.

Así las cosas, y partiendo de la premisa del Derecho a la Salud, del que gozan todas las personas traducido en el derecho a acceder a los servicios de salud, y si éstos pueden resultar insuficientes para la atención de la actual pandemia, surge la interrogante de ¿cuál proceso de decisión se debe establecer para que, sin faltar a la ética, se realice de manera adecuada la priorización?

Los criterios de priorización deben construirse tras un análisis técnico y evaluación exhaustiva, dado que existen distintos métodos para establecer estos criterios. La priorización debe estar dada según necesidad bio-patológica, y nunca por el grado de contribución económica, o bien por la utilidad social del paciente. De esta manera la priorización ante la pandemia, debe armonizar en lo posible los principios bioéticos, como el respeto a la autonomía de los pacientes, los principios de no-maleficencia y beneficencia instrumentalizados en la relación riesgo/beneficio, la medicina basada en la evidencia y las guías de práctica clínica, y sobre todo el principio de justicia distributiva, que se operacionaliza mediante la relación costo/beneficio

y los presupuestos que rigen la salud pública.

Las consecuencias de no iniciar este proceso, es generar un individualismo en el que las libertades personales sean absolutas e ilimitadas; o bien en el siguiente extremo, un colectivismo en el que el individuo no se tiene en cuenta y el bien social no tiene barreras¹⁶.

Por último, resulta fundamental ante una situación como la que afrontamos ante esta pandemia, dos principios, el principio de participación ciudadana -Democracia Sanitaria- y el Principio de Transparencia - rendición de cuentas-. Este concepto de Democracia Sanitaria según Cayón de las Cuevas y Martini¹⁷ se reserva a aquellos sistemas públicos de salud de carácter gratuito y universal. En este sentido, dicha universalidad se proyecta en una doble dimensión. La primera la perspectiva política, en donde el principio democrático exige la necesaria participación ciudadana en la toma de decisiones públicas en salud y la segunda en la dimensión asistencial, la universalidad implica la posibilidad de acceso al sistema sanitario del conjunto de la ciudadanía. Así pues, los sistemas de salud participan en los países occidentales desarrollados, en la composición del Estado de Bienestar descritas por Rosanvallon¹⁸: legitimidad, eficacia y eficiencia.

De acuerdo con lo expuesto, la ausencia de participación ciudadana puede conducir a un descontento con los servicios de salud y a la deslegitimación del sistema ante la pandemia. Asimismo, una creciente ineficacia de los sistemas sanitarios basados en un modelo biologista “curativo” y no preventivo ante una pandemia como la actual, pueden provocar una progresiva insatisfacción de la población¹⁹.

La transparencia de un gobierno sanitario tiene un impacto en la salud de la población a través de las políticas, de la gestión de las organizaciones y

de la práctica clínica sobre todo en situaciones de catástrofe, donde se debe ser extremadamente ético en cuanto a la priorización. La transparencia de los datos e información permite su evaluación y comparación y la retroalimentación de los resultados de forma transparente a los profesionales y a la ciudadanía contribuyen directamente a una mejora en los resultados²⁰, ya que se fomentan los principios de exactitud y de seguridad, logrando identificar puntos de mejora en los distintos procesos de atención de una pandemia.

Para la Organización Panamericana de Salud (OPS)²¹ el concepto de rendición de cuentas deriva de la responsabilidad que un Gobierno ha contraído con sus ciudadanos, en este caso con los usuarios de los servicios de salud. Tal y como se establece en el marco de rendición de cuentas, esto debe darse por medio de una legitimidad sólida y un liderazgo político de alto nivel, con el fin de garantizar su efectividad y transparencia, aspecto que hemos visto plasmado en Costa Rica, a través del liderazgo y legitimidad que para el pueblo supone el señor Ministro de Salud, Dr. Daniel Salas Peraza, a la cabeza del manejo de esta pandemia.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. La gestión de riesgos ante una pandemia de gripe: Guía de la OMS para fundamentar y armonizar las medidas nacionales e internacionales de preparación y respuesta ante una pandemia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272829/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. Atlanta: CDC; 2019. Pandemia H1N1 del 2009 (virus

- H1N1pdm09); [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-h1n1-pandemic.html>
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4a ed. New York: Oxford University Press; 1994.
 4. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de sistemas y servicios de salud Estados Unidos de América [Internet]. Washington: OPS; 2002. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Estados_Unidos_America_2002.pdf
 5. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética [Internet]. 2005;13(1):125-134. Disponible en: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24286/3/ARTIGO_BioeticaPrincipiosBioetica.pdf
 6. Adalja AA, Toner E, Inglesby TV. Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. JAMA. 2020;323(14):1343-1344. doi:10.1001/jama.2020.3413
 7. Xie J, Tong Z, Guan X, Du B, Qiu H, Slutsky AS. Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. Intensive Care Med. 2020;46(5):837-840. doi: 10.1007/s00134-020-05979-7.
 8. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics. 2003;17(5/6):399-416. doi: 10.1111/1467-8519.00356
 9. Rivas Muñoz F, Garrafa V, Ferreira Feitosa S, de Nascimento WF. Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. Saúde Soc. 2015;24(1):141-151. doi: 10.1590/S0104-12902015S01012
 10. Gostin LO. Public Health Emergencies: What Counts? Hastings Center Rep [Internet]. 2014;44(6):36-37. Disponible en: <https://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.com/&httpsredir=1&article=2430&context=facpub>
 11. Mill JS. Sobre la libertad. Madrid: Alianza; 1984.
 12. Gracia Guillen DM. La ética en las situaciones trágicas urgencias, emergencias y catástrofes. EIDON. 2016;(46):70-82.
 13. Organización de las Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud [Internet]. Nueva York: ONU; 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>
 14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Salud y derechos humanos; [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
 15. Tribunal Supremo Español. Sentencia de 7 de julio de 2008 (recurso de casación 4476/2004).
 16. Vélez Correa LA, Maya Mejía JM. Ética y salud pública [Internet]. En: Blanco JH. Fundamentos de salud pública. Colombia: CIB; 2011. 166-176. Disponible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/etica_y_salud_publica.pdf
 17. Cayón de las Cuevas J, Martini SR. Hacia la construcción de un concepto de democracia sanitaria: una mirada desde la sociología de las constituciones y la conexión constitucional. Cad Prog Pos Grad Dir [Internet]. 2017;12(1):57-72. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/13060/HaciaConstruccionConcepto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Rosanvallon P. Les trois crises de l'État Providence. *Aujourd'hui*. 1982;57:29-40.
19. Barsky AJ. The paradox of health. *N Eng J Med* 1988;318(7):414-8. doi: 10.1056/NEJM198802183180705
20. García Altés A, Argimon J. La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. *Gac Sanit*. 2016;30(S1):9-13. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.05.005
21. Organización Panamericana de la Salud. Marco de rendición de cuentas y aplicación en las Américas. Reunión regional para el fortalecimiento de la información y rendición de cuentas sobre la salud de mujeres y los niños [Internet]. Guatemala: OPS; 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2012/12/Sesion1Pres1.pdf>