

Preparando la próxima pandemia: una visión desde la bioética

GÓMEZ TORRIJOS C

Hospital de Liria. Departamento de Salud Valencia Arnau de Vilanova-Liria (España)

Fecha de recepción: 02/10/2022 - Fecha de aceptación: 03/10/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-714X2022000400002>

La pandemia del SARS-CoV-2 ha puesto en evidencia la situación de los sistemas nacionales de salud y por tanto, la preparación, planificación, coordinación y prevención de los países frente a una situación de alta demanda asistencial. Nuestra sanidad se ha visto desbordada por la ausencia de un plan para hacer frente a la pandemia, lo que ha conllevado a una asignación de recursos que, en cada hospital, residencia de tercera edad, centro de salud, comunidad autónoma, se tomaban sin tener claras unas orientaciones bioéticas básicas.

Las pandemias forman parte de la historia de la humanidad. Desde el siglo XIV, ha habido una media de tres por siglo. Son circunstancias excepcionales que generan situaciones de desequilibrio, no solo a nivel sanitario sino también económico y social. Estos hechos puntuales requieren de respuestas extraordinarias, ya que van a poner en riesgo los recursos de que disponemos. En tiempos de crisis, no debemos cambiar nuestros valores éticos, sino aferrarnos a ellos más que nunca. Para ello es necesario un debate sólido que cuente con el amplio consenso de todos los actores implicados. Es necesaria una planificación que anticipe los pormenores y las respuestas. La bioética debe ser tenida en cuenta en la preparación de las crisis sanitarias, ya que deberá examinar las políticas públicas, sus consecuencias y ofrecer alternativas.

El precedente del virus del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, Severe Acute Respiratory Syndrome) en 2003 alertó a la sociedad científica internacional. La directora general de entonces de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la doctora Harlem Bruntland, afirmó *"el SARS es solo una advertencia"* que *"ha puesto a prueba a los sistemas de salud pública más avanzados. Puede que la próxima vez no tengamos tanta suerte"*¹. Este virus constituyó la primera pandemia del siglo XXI. Este mismo año, la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos (antes llamado Instituto de medicina americano) organizó un taller, con el título *"Aprendiendo del SARS: preparación para el próximo brote de enfermedad"*. El objetivo fue analizar la epidemia de SARS, para mejorar la preparación y respuesta de la comunidad internacional a futuros brotes globales de enfermedades infecciosas. En una de sus sesiones, Robert Webster, del departamento de enfermedades infecciosas del Hospital St Jude, afirmaba *"es posible que el futuro traiga una forma más contagiosa y mortal del SARS"*². El SARS supuso la primera advertencia reciente de cómo la comunidad internacional, y por ende, cada país, debía evaluar su sistema sanitario para afrontar un futuro brote de una enfermedad

infecciosa. La planificación de políticas de salud pública debía conllevar un análisis de los cambios legales y éticos que suponen la adopción de medidas que cercenan los derechos individuales: limitación de movimiento; la cuarentena y el aislamiento; cierre de centros educativos, comercios y espacios públicos; los límites de la privacidad en el estudio de contactos o la asignación de recursos a aquellos pacientes que requieren tratamiento, entre otros³.

En 2004, Lawrence O. Gostin, profesor de salud pública, de la universidad de Georgetown, alertaba de una próxima pandemia, que debía cumplir tres requisitos: se debería tratar de un virus animal nuevo (cerdo, aves, etc), que podía afectar a humanos y que hubiera transmisión entre personas. Además insistía en la necesidad de unos valores éticos transversales en los planes de salud pública: transparencia, protección de los más vulnerables, trato justo y justicia social (ya hablaba de afirmar la dignidad de la persona) y el principio de proporcionalidad en las medidas restrictivas⁴.

Siguiendo las advertencias internacionales, nuestro país fue pionero en elaborar en 2005 un "plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe"⁵ que aglutinaba las recomendaciones tanto de la OMS como de la Unión Europea para minimizar el impacto de una pandemia y para que se trabajara de forma coordinada desde las diferentes administraciones públicas. Se trata de un documento meramente técnico, que carece del necesario análisis bioético de la toma de decisiones. Por lo tanto, no tiene en cuenta qué hacer ante situaciones de escasez de recursos ni cómo asignarlos. Desde 2006 no se ha revisado.

En una situación de emergencia sanitaria, se ha estimado, según proyecciones de pandemias previas, que se necesitarán un 200% del actual suministro de ventiladores y un 400% más de camas de UCI⁶ (ver tabla adjunta) para garantizar una asistencia a todas las personas enfermas. Llegados a este punto, si no disponemos de estos recursos, un porcentaje elevado de pacientes con insuficiencia respiratoria que precisen ingreso en una UCI o ventilación mecánica (VM), no podrán acceder. Es entonces cuando surgen los dilemas éticos.

En una pandemia, las decisiones médicas sobre cada uno de los pacientes irán subordinados a los objetivos de salud pública. La acción del clínico tendrá como fin no tanto la salud de los ciudadanos como el bienestar de la comunidad⁷. Es por ello que la asignación de recursos escasos debe basarse en pautas de salud pública y no por las decisiones unilaterales de cada clínico, como sucede en la práctica habitual. Debe existir un debate necesario entre las partes im-

Tabla 1. Necesidades estructurales ante una pandemia

| Necesidades | Leve-moderado | Grave (1918) |
|--------------|---------------|--------------|
| Camas no UCI | 19% | 191% |
| Camas UCI | 46% | 461% |
| VM | 20% | 198% |

UCI: unidad de cuidados intensivos; VM: ventilación mecánica.

* Adaptado de Toner E. What Hospitals Should Do to Prepare for an Influenza Pandemic. *Biosecurity and bioterrorism*. 2006;4(4).

plicadas sobre qué principios éticos deben regir en la toma de decisiones⁸. En la práctica clínica diaria en situaciones normales, una persona que necesite de medidas de soporte vital, lo recibe, a no ser que lo haya expresado, bien verbalmente, por el consentimiento informado o por las voluntades anticipadas, o que se considere futilidad terapéutica o encarnizamiento. Esta situación se modifica en situaciones de crisis, porque el objetivo del clínico ya no será cada uno de sus pacientes sino el de la salud pública, y por tanto el de la población. Es necesario un debate ético de los planes de preparación de una emergencia sanitaria. Tan sólo un 6% de los planes de preparación publicados hasta 2017 tenían una orientación ética⁹.

Hace falta un proceso abierto, transparente y participativo en el que se implique no solo la sociedad científica sino también la civil, para elaborar un plan de preparación de pandemias/crisis sanitarias.

Las disyuntivas bioéticas en la priorización no hubieran sido tales si se hubiera consultado los documentos de voluntades anticipadas o preguntado al paciente (o a sus familiares), estableciendo un plan anticipado de cuidados, que respetara sus valores, preferencias y creencias.

Los dilemas éticos y la toma de decisiones en la práctica clínica cotidiana son habituales, y se agravan con las crisis sanitarias. Es necesaria una reflexión bioética en la asignación de recursos con la premisa que toda persona humana, como ser único e irreplicable, independientemente de su edad o estado funcional, tiene dignidad y merece recibir la atención médica y cuidados necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Consultado el 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/es/index.html>.
2. Knobler S, Mahmoud A, Lemon S, Mack AS, Sivitz L, Oberholtzer K. Learning for SARS: Preparing for the next disease outbreak [internet]. Washington DC: National Academies Press; 2004. [Consultado el 30 de septiembre]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92462/>.
3. Gostin LO, Bayer R, Fairchild AL. Ethical and legal challenges posed by severe acute respiratory syndrome: implications for the control of severe infectious disease threats. *JAMA*. 2003; 290(4):3239-37.
4. Gostin LO. Pandemic Influenza: public health preparedness for the next global health emergency. *J Law Med Ethics*. 2004;32(4):565-73.
5. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de preparación y respuesta ante la pandemia de gripe [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad de España, 2005. [Consultado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/PlanGripeEspanol.pdf>.
6. Toner E, Waldhom R. What Hospitals Should Do to Prepare for an Influenza Pandemic. *Biosecurity and bioterrorism*. 2006;4(4):397-402.
7. Lemon S, Hamburg MA, Sparling PF, Choffner ER, Mack A. Institute of Medicine (US). Forum on Microbial Threats. Ethical and Legal Considerations in Mitigating Pandemic Disease: Workshop Summary [internet]. Washington DC: National Academy of Sciences. [Consultado 2 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54167/pdf/Bookshelf_NBK54167.pdf.
8. White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med*. 2009;152(2):132-38.
9. Leider JP, DeBruin D, Reynolds N, Koch A, Seaberg J. Ethical Guidance for Disaster Response, Specifically Around Crisis Standards of Care: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2017;107(9).



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.