

# La priorización de las decisiones sobre enfermos críticos en situación de catástrofe sanitaria

## Circunstancias difíciles que plantean cuestiones complejas



Por la Dra. Pilar León Sanz.  
Comisión de Deontología del  
COMNA y Comisión Central de  
Deontología de la OMC.

Email: [mpleon@unav.es](mailto:mpleon@unav.es)

A lo largo de los meses de marzo y abril de 2020 se produjo un momento de gran incertidumbre en el ámbito de la sanidad española y mundial debido a la pandemia producida por la SARS-COV-2 que llevó a la sociedad a un nivel de estrés sanitario desconocido y puso a prueba la capacidad de respuesta social ante unos recursos sanitarios públicos y privados que se pensaba iban a ser pronto insuficientes. Uno de los escenarios que se planteó fue la posibilidad de que no hubiera suficientes medios técnico-asistenciales especiales, como camas en las Unidades de Cuidados Intensivos, para poder atender a los enfermos que lo requiriesen.

Pronto aparecieron un buen número de Guías y documentos de consenso publicadas por Sociedades Científicas, organismos e instituciones hospitalarias públicos y privados sobre la priorización en las decisiones clínicas, como el Informe del Comité de Bioética de España, titulado "Sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus"; las "Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19

en las unidades de cuidados intensivos", de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor; las "Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos de la SEMICYUC; las "Recomendaciones sobre la infección por SARS-COV-2 para profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de pacientes oncológicos" de la Sociedad Española de Oncología; o el estudio de la Comisión Central de Deontología, etc.

La diversidad de criterios establecidos en el conjunto de los documentos, así como la importancia de la cuestión llevó a que el VII Congreso Nacional de Deontología, celebrado en abril de 2021 en Toledo, abriera un foro de debate en torno a la priorización de las decisiones sobre enfermos críticos en situación de catástrofe sanitaria. A ese fin se dedicó la Mesa titulada: "De la necesidad de priorizar en la asistencia a la deshumanización y abandono de los enfermos durante la pandemia de la covid-19". Se publican ahora los criterios ético-deontológicos más importantes subrayados en la sesión.

## La necesidad de establecer criterios

Cuando se da una situación en la que el conjunto del Sistema de Salud no puede proporcionar la atención necesaria por tener recursos insuficientes, en este caso por la demanda excesiva, existe la obligación ética y deontológica de establecer criterios que faciliten la actuación de forma que no se vulneren los derechos más elementales de los enfermos y sus familias, y permitan adecuar los recursos –profesionales y tecnología– a una carga asistencial que puede superar esa disponibilidad.

En esta situación, desde diversos ámbitos, también desde la Comisión Central de Deontología, se propuso destacar que: “Todos los enfermos que lo precisen deben ser atendidos de la mejor manera posible en un Sistema Nacional de Salud que es de todos y para todos” (CCD, [medicosypacientes.com](http://medicosypacientes.com), 23/03/2020).

Las recomendaciones establecidas con esa finalidad han de ser dirigidas a los diversos órganos y profesionales que intervienen en la organización y administración de la asistencia clínica:

- Las autoridades políticas y sanitarias, a quienes les corresponde hacer todo el esfuerzo posible para habilitar camas dotadas adecuadamente para atender los casos críticos. Así como para informar y gestionar los recursos en aquellas zonas de mayores necesidades asistenciales.
  - Los equipos directivos y cargos intermedios de las organizaciones sanitarias que han de prestar atención a la seguridad de los equipos sanitarios, especialmente en las áreas de más riesgo como Atención Primaria, las unidades de urgencias, medicina interna, enfermedades infecciosas, respiratorio y cuidados intensivos. Resulta imprescindible adoptar medidas para minimizar el contagio de los profesionales, porque, además de proteger a los profesionales, asegura la continuidad en la asistencia y cuidados de los pacientes.
- También es determinante la creación de gabinetes de crisis multidisciplinarios, que integren profesionales de las especialidades médicas implicadas en la atención, y en la prevención, en este caso, de la infección por COVID-19.
- Los profesionales, que han de tener en cuenta que la primera exigencia deontológica de un médico es la adecuada atención al paciente necesitado de esa asistencia, con las garantías y medios a su alcance. Exigencia que se ha de aplicar a la atención tanto a los enfermos de COVID-19, como a los que padezcan otras patologías.

## ¿Qué es priorizar?

El término ‘priorizar’ deriva del latín medieval *prioritas* (-atis), y éste, a su vez de *prior* (-ōris) ‘el primero entre dos’, ó el ‘anterior’. De ahí que su significado haga referencia a algo que es anterior respecto de otra cosa, ya sea en el tiempo o en el orden que se establezca.

Una búsqueda simple de la palabra clave “healthcare prioritization and covid” en PubMed (27 de marzo de 2021) ofreció más de seiscientos resultados. La búsqueda bibliográfica refleja, además, la diversidad de cuestiones que se han “priorizado” en este tiempo: las personas a las que había que realizar tests diagnósticos con PCR; las cirugías o tratamientos que se debían aplicar a diversas enfermedades (sobre todo cáncer); los criterios para la aplicación de las vacunas, etc.

Lo que se planteó en el Congreso Nacional de Deontología fue profundizar, desde la deontología médica, en cuestiones tales como qué hacer cuando el número de pacientes que podían beneficiarse de cuidados especiales era superior al número de dispositivos y a las capacidades asistenciales de las unidades de cuidados intensivos. También se debatió sobre el riesgo de desigualdades que podía derivarse de la situación.

### Principios y consideraciones ético-deontológicas

Una priorización en la asistencia que contemple la necesidad de procurar el mejor trato a todos los enfermos requiere:

- **Competencia profesional.** Las decisiones deben ser coordinadas y fundamentadas en el conocimiento científico y en la experiencia de los médicos intervinientes. La gestión y la atención médica han de respetar la *lex artis*, aunque necesariamente no se puedan perseguir objetivos óptimos de intervención sanitaria.
- **Respeto a los pacientes y a sus voluntades.** El juicio clínico prudente considera, junto con la situación clínica, todo lo relevante que le ocurre al paciente, así como sus deseos y voluntades. Hay que comprender que puede ser difícil y hasta imposible que una familia pueda entender y aceptar la limitación de un tratamiento, en función de las escasas posibilidades de curación de su familiar enfermo. Se ha de informar a los pacientes, o en su caso a los familiares, de lo extraordinario de la situación y justificar las medidas que se adopten. Cada paciente, cada decisión requiere utilizar la competencia junto con el buen juicio clínico y la capacidad personal para tomar decisiones participativas y conformes a la deontología profesional, que no sean contrarias a la ciencia y a la ética y que no pierdan el objetivo de procurar el mayor bien posible a cada persona enferma.
- **Prudencia,** que si bien es inherente a la *lex artis*, se requiere de forma especial en situaciones en las que la expectativa de vida es limitada. La prudencia adquiere un papel primordial cuando la falta de disponibilidad de medios asistenciales conlleva conflictos éticos y profesionales. Lleva a que las decisiones clínicas estén respaldadas con el mejor y mayor consenso posible.

“Lo decisivo de la Medicina es tratar lo mejor posible a cada paciente, con independencia de la situación en que se encuentren y de los medios que dispongamos para hacerlo”

Otra manifestación de la prudencia es evitar la alarma social al proporcionar una información sanitaria que sea veraz y accesible a la sociedad.

- **Equidad y justicia.** El principio de justicia permite una distribución prudente de los recursos de manera que ningún paciente pierda oportunidades. El enfermo con opciones de respuesta recibe los tratamientos y las medidas que corresponden a esa expectativa y el paciente con menos opciones de respuesta y supervivencia también ha de recibir la atención proporcionada a esa situación. La justicia lleva a no abandonar a ningún paciente y a garantizar la atención y el mejor cuidado posibles a todos.
- **Solidaridad.** Se han de compartir habilidades y recursos, también materiales y tecnológicos entre las unidades asistenciales y los territorios. Lo cual, además de ser un indicador de solidaridad y progreso social, lo es también de eficacia y eficiencia.
- **Transparencia, proporcionalidad y responsabilidad.** Las decisiones conforme a la ética reflejan experiencia técnica y también los propios valores ético-médicos. De ahí la preocupación de los profesionales por evitar discriminaciones injustificadas. Cuestión que contribuye de forma decisiva a fomentar la confianza pública. En situaciones excepcionales pueden ser necesarias la limitación y la adecuación del esfuerzo terapéutico para atender bien y de forma proporcional a todos enfermos, de ahí la responsabilidad de los profesionales ante la toma de decisiones que incorpore la evidencia actualizada disponible, y que incluya la revisión de los criterios y de las decisiones adoptados, a medida que surgen nuevos datos.



## Recomendaciones y guías de comportamiento

Los principios y los valores nos orientan, pero también pueden ser necesarios criterios concretos que se puedan aplicar de forma más inmediata. Así lo entendió la Comisión Central de Deontología de la OMC y elaboró las siguientes recomendaciones para el caso de una necesaria priorización, en un marco de excepcionalidad, en el ingreso y atención a pacientes graves y críticos:

1. Se propuso considerar las probabilidades de supervivencia de cada paciente.
2. Por el contrario, se consideró que no podían ser criterios de priorización ni el orden de petición de asistencia, ni el de llegada a los servicios de urgencias hospitalarias, ni solo la edad de los pacientes.
3. La aplicación uniforme de los criterios requiere especial prudencia cuando las dificultades derivan de la desigualdad en la falta de recursos asistenciales según el lugar o centro asistencial.
4. La toma de decisiones tan relevantes tiene que ser individual y personal porque, aunque los procesos puedan coincidir, cada paciente puede ser distinto.
5. Parece aceptable establecer expectativas de vida a corto plazo, incluso para no caer en la obstinación terapéutica. Sin embargo, plantear límites a medio plazo, puede ser una decisión arriesgada que sólo debería asumirse con carácter excepcional y contando con instrumentos de valoración de las situaciones y de las circunstancias. En ningún caso se deberían adoptar por la exclusiva impresión clínica.
6. Se estimó que no siempre se tenía que proceder al ingreso hospitalario de pacientes graves, con enfermedad muy avanzada, con carácter irreversible, porque podía no estar indicado o no procurar el mejor cuidado posible.
7. En definitiva, y como recoge el Código de Deontología de la Organización Médica Colegial, el médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona (CDM art 6.2).

**“Existe la obligación ética y deontológica de establecer criterios que faciliten la actuación de forma que no se vulneren los derechos más elementales de los enfermos y sus familias, y permitan adecuar recursos”**

Una conclusión de lo expuesto es que, también en situación de catástrofe sanitaria, el buen hacer de la Medicina no consiste sólo o principalmente en los logros espectaculares de la tecnología diagnóstica (tests específicos de fácil aplicación obtenidos en tiempo record), de la mejora de los procedimientos epidemiológicos o de las innovaciones profilácticas o terapéuticas, como la tecnología de las vacunas basadas en ARN mensajero monocatenario. Aun siendo todo ello necesario, los médicos y los profesionales de la salud sabemos que lo decisivo de la Medicina es tratar con personas, enfermos, con independencia de la situación en que esas personas se encuentren y de los medios que dispongamos para hacerlo.