

## La ética ante las crisis sanitarias a propósito de la COVID-19

### Ethics facing health crises related to COVID-19

Antonio Ramón Barreiro Vázquez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8965-2851>

<sup>1</sup>Instituto de Filosofía. La Habana, Cuba.

\*Correspondencia. Correo electrónico: [antoniobv@nauta.cu](mailto:antoniobv@nauta.cu)

#### RESUMEN

La ética está presente en múltiples escenarios, pero frente a una pandemia, se destacan los inherentes al sistema de salud. Este artículo tiene como objetivo, identificar momentos cruciales del enfrentamiento a una crisis sanitaria en los que proliferan los dilemas éticos. Se analizan: el modo de actuar del personal de la salud; aspectos de la organización y las decisiones que se toman. Estos temas se abordan desde varias aristas, entre ellas: la ética en la formación de sus recursos humanos, papel y lugar del juramento hipocrático, posiciones que critican el quebrantamiento de la ética profesional y la urgencia en su restablecimiento. Se examinan posiciones en torno al triaje como sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, los planes de contingencia y los dilemas éticos. Antes de forzar a los médicos a decidir quién vive y quién muere, los gobiernos deben trabajar para disponer de sistemas sanitarios que permitan prevenir las enfermedades, disminuir los contagios masivos y atender los casos clínicos de forma digna con los recursos necesarios. Entre las estrategias a implementar es vital la acertada planificación ante contingencias, que eviten arribar a las fases de saturación y colapso de los servicios médicos, momentos en los que se multiplican los dilemas éticos.

**Palabras clave:** ética; valores morales; ética médica; triaje; Juramento Hipocrático; COVID-19.

## ABSTRACT

Ethics is present in multiple settings, but when faced with a health crisis, those inherent to the health system stand out. This article aims to identify crucial moments in the confrontation with a health crisis in which ethical dilemmas proliferate. Crucial moments of direct confrontation with a health crisis are analyzed: the way of acting of health personnel; organizational aspects and decisions made directly related to the health sector. These issues are approached from several angles, among them: ethics in the formation of its human resources, the role and place of the Hippocratic Oath, positions that criticize the breach of professional ethics and the urgency in its restoration. Positions regarding triage as a system for selecting and classifying patients in emergency services, contingency plans and ethical dilemmas are addressed. Before forcing doctors to decide who lives and who dies, governments must work to have health systems that prevent diseases, reduce mass infections and treat clinical cases with dignity with the necessary resources. Among the strategies to be implemented, correct contingency planning is vital, to avoid reaching the saturation and collapse phases of medical services, moments in which ethical dilemmas multiply.

**Keywords:** ethics; moral values; medical ethics; triage; Hippocratic Oath; COVID-19.

Recibido: 04/09/2020

Aprobado: 08/02/2021

## INTRODUCCIÓN

En escenarios de crisis sanitarias no solo se ponen en tensión los sistemas de salud, sino el conjunto de las relaciones sociales. La mayoría de los actores e instituciones se ven implicados y afectados. Los valores universales se ponen a prueba y entre ellos, con particular fuerza, los morales. En el entramado de temas que hoy preocupan y movilizan, sobresalen los de la propia existencia humana y no solo salvar la vida, sino también la dignidad.

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons 

Las crisis sanitarias exigen serios esfuerzos y ello se hace evidente y realidad palpable con la actual pandemia de la COVID-19, enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, la que, por ser una enfermedad nueva, que aún no se conoce en toda su dimensión, demanda de una rigurosa planificación y organización de los sistemas de salud y de la sociedad en su conjunto. No solo se trata de puntualizar y actualizar la disponibilidad de camas de hospitalización, de salas de urgencia, respiradores, medios de protección, medicamentos, personal médico, de enfermería y de aseguramiento de los servicios de salud que se tienen y los que serían necesarios; sino además hay que convocar y tener en cuenta el empleo de otros recursos humanos, científicos, tecnológicos, informativos, culturales, psicológicos; servicios de todo tipo y por supuesto el imprescindible abastecimiento de agua, alimentos, medicinas, electricidad, etc. Todo ello exige posiciones responsables de los gobiernos y el respectivo respaldo de la ciudadanía, que no solo acate las disposiciones, sino que las implemente con disciplina y responsabilidad, como acertados preceptos éticos. Y estas posturas no siempre son asumidas por todos.

Los actores principales con los que cuentan los estados para asesorarlos y vitales en la planificación y organización de la sociedad ante crisis sanitarias, son sus respectivos mecanismos y actores de sus “sistemas” de salud. En dependencia del tipo, cantidad y calidad que este tenga, antes de aparecer la pandemia, así como las políticas que imperen, así será el nivel de efectividad con el que se pueda enfrentar.

La ética debe de tenerse en cuenta en todos los tipos de actuación, pero en tiempos de crisis sanitaria, la ética médica se pone en juego a cada minuto y su atención es primordial. No solo en ensayos clínicos o cuando pasa a su estadio de realización con humanos, ni en la labor asistencial, sino en cada uno de los procesos que garantizan su existencia y vitalidad. En cada uno de estos procesos se generan dilemas éticos los cuales necesitan ser identificados. Si ello se realiza con antelación puede contribuir a atenuarlos.

Objetivo: Identificar momentos cruciales del enfrentamiento a una crisis sanitaria en los que proliferan los dilemas éticos.

## DESARROLLO

Con la intención de dar cumplimiento al objetivo planteado, del amplio diapasón de problemas de interés de la ética, se seleccionaron momentos cruciales del enfrentamiento directo a una crisis sanitaria. En la literatura predominan los análisis más generales, esos que abordan conflictos éticos en la sociedad y las posiciones asumidas por diferentes gobiernos. Se optó por aquellos que están en el mismo centro de la atención de salud, en el modo de actuar de su personal y en aspectos de la organización y las decisiones que se toman directamente vinculadas a este sector.

En la literatura consultada hay posiciones encontradas. Entre ellas, en relación con la ética en la formación de sus recursos humanos, el papel y lugar del juramento hipocrático, modos de actuación del personal de la salud, posiciones que critican el quebrantamiento de la ética profesional y la urgencia en su restablecimiento. Se abordan modos de organización de los servicios médicos y sus componentes éticos. De ellos se pondera el análisis del triaje como sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia<sup>(1)</sup> y los planes de contingencia, además se apuntan otros que pueden ayudar al personal médico como herramientas en la solución de posibles dilemas éticos en los diferentes momentos de la atención médica. Se presentan, tanto posiciones indignas y su respectiva crítica, como posturas altruistas que merecen ser multiplicadas. La importancia de la ética se refuerza con la aparición de nuevos rebrotes de casos de infestados con la COVID-19. La responsabilidad es un valor ético que al no darle su lugar, sacude a multitudes.

### **La ética y la medicina en la batalla por la salud**

El tema de la ética en la medicina es recurrente y atraviesa todo el accionar del sistema. Al respecto, de forma intencionada, se seleccionan aspectos, que en tiempos de crisis se hacen más palpables y necesarios. Entre ellos uno que es básico y del que depende su funcionamiento, la formación de sus recursos humanos, determinante tanto para actuar en tiempos “normales”, como de crisis.

A nivel internacional se exige la introducción de la asignatura de ética médica en el currículo de todas las carreras y especialidades de la salud. Es famoso y muy publicitado, el juramento hipocrático, el cual se remonta a una tradición de la antigua Roma. Ante situaciones de crisis sanitarias, y más aún ante desastres y guerras, aparecen conductas de todo tipo: valientes y cobardes, heroicas y de traición,

enaltecedoras y denigrantes. Uno de los mecanismos empleados para prevenir conductas negativas, es el de fomentar el honor por las profesiones, para ello, uno de los instrumentos que se emplean son los códigos de ética y los juramentos: Código de ética de funcionarios del Estado y del gobierno, Código de ética de la ciencia, juramento militar, juramento hipocrático, etc.

Durante la II Guerra Mundial se produjeron atrocidades de todo tipo, incluidos actos tipificados como violaciones del Derecho Internacional Humanitario (DIH). Concluida la contienda muchos fueron juzgados por el Tribunal Internacional de Núremberg.

“La II Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, que se reunió en la ciudad de Ginebra del 8 al 11 de septiembre de... (1948), considerando que los actos inhumanos perpetrados por algunos médicos durante estos últimos años implican un desconocimiento o un lamentable quebrantamiento de la ética profesional y que urge restablecer a éstas en toda su dignidad, aconsejó que los médicos presten, al recibir sus diplomas, un juramento hipocrático modernizado. Esta medida tiende a fijar en la mente de los médicos noveles los principios fundamentales que deben regir su conducta.”<sup>(2)</sup>

Esta resolución no se cumple por muchos, como tampoco se tienen en cuenta otras resoluciones de la ONU. Muchas facultades de medicina han puesto en desuso, convertido en mera fórmula, cargada de formalismos y sin peso sustancial, este valioso instrumento ético. Esa situación es lamentable y hoy, en época de crisis sanitaria, se evidencia con mayor claridad.

Hay quienes reiteran los llamados a la restauración del Juramento de Hipócrates, o bien su substitución por otra promesa más apropiada a los tiempos actuales, a cada país, cultura y tradición. En las sucesivas actualizaciones y versiones del Juramento hipocrático, se reproducen determinados preceptos básicos, que se han mantenido hasta en la versión del 2017, de esta última se selecciona solo la primera parte:

“Como miembro de la profesión médica:

Prometo solemnemente dedicar mi vida al servicio de la humanidad;

Velar ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;

Respetar la autonomía y la dignidad de mis pacientes;

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons

Velar con el máximo respeto por la vida humana;

No permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;...

Ejercer mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;”<sup>(3)</sup>

Algunos sostienen que el juramento hipocrático no guarda relación ni con la moral actual del médico, ni con la práctica médica moderna y se venera ciegamente. Es posible que estos juicios obedezcan a un análisis superficial del contenido del juramento. Lo sustantivo de él es su contenido moral.<sup>(4)</sup>

Por desgracia, en la crisis sanitaria producida con la pandemia de la COVID-19 se han evidenciado posturas y decisiones no congruentes con la ética médica. Hospitales de muchos países han colapsado y es por esta razón que también es propicio ir a otras de las concepciones para la actuación médica ante contingencias de salud. Entre ellas se destaca la conocida como triaje, forma de organización del flujo y clasificación, por los niveles de urgencias, para atender a los pacientes ante contingencias de salud. Este, en ocasiones, se presenta como si fuera todo un procedimiento técnico, desprovisto de contenido ético, pero en esencia, con este método se aporta a los médicos y enfermeros una herramienta para evitar, o al menos para disminuir, la diversidad de dilemas éticos que se les presentan.

Otros olvidan las circunstancias en las cuales surgió y no advierten las diferencias a tener en cuenta para la conformación de protocolos de actuación: su instrumentación inicial fue en condiciones de guerra, para organizar los servicios médicos en el campo de batalla, para atender la gran cantidad de heridos y el manejo de los caídos. Otro escenario diferente es ante contingencias de salud en tiempo de paz<sup>(5)</sup> y además en el siglo XXI, con adelantos de la ciencia antes no vistos y con determinadas sociedades que tienen recursos suficientes para conformar fuertes y modernos sistemas de salud.

*Dominique-Jean Larrey* (1766 - 1842), cirujano, en las guerras napoleónicas, conformó el cuerpo de ambulancias, lo incluyó en la estructura y plantilla de cada ejército, realizó los primeros triaje y concibió los principios de la sanidad militar moderna. Introdujo el tratamiento a los heridos directamente en el campo de batalla, su traslado en diversos medios y teniendo en cuenta situaciones específicas, emanadas de ese tipo de escenario, estableció un orden de prioridad en la asistencia a los

heridos, independiente del rango o grado militar e incluso del ejército al que perteneciesen, dando respuesta a los serios problemas de organización sanitaria militar.

Otro antecedente del triaje a tener en cuenta es el siguiente:

“El cirujano naval británico *John Wilson* realizó una contribución importante a la clasificación militar. En 1846, argumentó que, para hacer más eficaces sus esfuerzos, los cirujanos deben centrarse en los pacientes que necesitan tratamiento inmediato y para quienes es probable sea exitoso este, y aplazarlo en los que presenten heridas menos graves y en aquellos cuyas heridas son probablemente fatales con intervención inmediata o sin esta.”<sup>(1)</sup>

La historia del triaje tiene fuertes cimientos relacionados con misiones militares, especialmente en condiciones de guerra, a ello se le unen normas previstas en el Derecho Internacional Humanitario, concebidas para evitar y limitar el sufrimiento humano en tiempos de guerra y en otros conflictos armados. Estas fuentes son también de utilidad para tiempos de paz, con sus respectivas adecuaciones. Sobresalen por su importancia las referidas a los niveles de organización a tener en cuenta, sus aseguramientos, así como su profundo sentido ético.

Si se acoge la concepción esencial del triaje, esta se debe sustentar en salvar la vida de la mayor cantidad de personas posibles atendiendo a su estado y posibilidades de sobrevivir. Una cosa es la prioridad y otra la exclusión anticipada, por factores ajenos a la asistencia médica. Para un militar la pertenencia a su ejército o al enemigo, así como los grados y cargos militares son criterios de respeto y prioridad, pero en el triaje en tiempos de guerra estos no se emplean como indicadores. En tiempos de paz, ante limitación de recursos, saturación de hospitales o colapso de sus unidades de cuidados intensivos (UCI), no pueden ser indicadores de exclusión primaria: la edad, ni la pertenencia ha determinado grupo social, ni el orden de llegada a la institución; sino los niveles de urgencia.

Las denominaciones de los niveles de urgencia varían, unos sistemas de clasificación los denominan de: inmediato, urgente, diferido, expectante, fallecido;<sup>(1)</sup> otros: reanimación o atención inmediata, emergencia o muy urgente, urgente, menos urgente, no urgente.<sup>(6)</sup>

En el contexto de la COVID-19 se han producido determinadas posturas y tomado decisiones no congruentes con los preceptos morales, tanto los contenidos en el juramento hipocrático actualizado,

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

como en los fundamentos morales del triaje y en consecuencia con la ética médica como un todo. No en vano el Consejo de Bioética de Galicia se vio en la necesidad de emitir algunas consideraciones éticas y entre los objetivos declarados apuntan:

“Identificar actuaciones moralmente intolerables y poner los medios para que no se produzcan o no se repitan.

“Destacar el valor y la importancia de nuestros mayores, fomentar el respeto a las personas ancianas en nuestra sociedad y reconocer el drama y el dolor que genera su pérdida cuando no es posible el acompañamiento...

“Concienciar sobre la necesidad de tomar decisiones difíciles y no deseables en una situación como la actual, recalcando su carácter excepcional y enfatizando que son decisiones respaldadas por criterios de referencia basados en datos objetivos y principios éticos reflejados en los acuerdos elaborados por sociedades científicas y especializadas en bioética.”<sup>(7)</sup>

Y más adelante enfatizan en determinadas acciones a realizar que eviten la necesidad de llegar a decisiones difíciles y contentivas de dilemas éticos, por lo que señalan:

“La recomendación dirigida a la autoridad sanitaria y a los gestores de las áreas sanitarias... para que, en paralelo al esfuerzo de aumentar recursos destinados a responder a los cuidados intensivos, se reorienten profesionales y recursos materiales, con escaso o nulo coste económico añadido, a la atención paliativa, ya que las decisiones de adecuación de la intensidad asistencial comportan el deber ético de intensificar los esfuerzos de tratamiento sintomático, de atención al sufrimiento y de cuidados. Para los profesionales, susceptibles de sentir el desasosiego moral inherente a la experiencia de esta crisis, contar con el apoyo de esta atención paliativa puede ser de vital ayuda para desempeñar mejor el principio de no abandono presente en las difíciles decisiones de adecuación terapéutica...

“La obligación de respeto y cuidado que como sociedad tenemos hacia las personas ancianas y más vulnerables, obligación que debe comenzar por hablarles directamente a ellas, y hacerlo en

un lenguaje respetuoso con la forma y con el contenido de los mensajes que afectan a esta población y que nos atañen a todos.”<sup>(7)</sup>

Estas recomendaciones instan a incrementar recursos humanos y materiales. Particular énfasis realizan en relación con el cuidado y respeto a las personas ancianas y más vulnerables.

En estos tiempos se han evidenciado países y hospitales que no han concebido con anterioridad o son muy formales, los planes de contingencia ante situaciones de tensión de los servicios de salud. Ante accidentes masivos, pandemias y otras situaciones, aparece el problema de la limitación de recursos para la atención médica, por lo que es necesario disponerlos de manera racional, ética y organizada, para hacer el mayor bien, al mayor número de personas. Un recurso a tener en cuenta es el plan ante contingencias, concebido de forma previa y actualizarlo ante cada emergencia.

Por otra parte, la actividad asistencial de los hospitales, ante situaciones de catástrofe, o en el contexto de una pandemia, no dejan de realizarse. Este particular también debe de ser incluido en el referido plan pues, además de los recursos necesarios para enfrentar la contingencia, hay que tener en cuenta los que se necesitan para mantener los servicios vitales de cada hospital.

Los servicios médicos deben de poseer planes para diversos escenarios en los que se tensan sus recursos. Entre ellos, el de mayor envergadura es el de enfrentamiento a una pandemia. Entre los indicadores imprescindibles a tener en cuenta están: población a atender, recursos hospitalarios disponibles, posible duración, proporción de incidencia, entre otros.

Un adecuado plan para enfrentar las contingencias, incluye varias etapas con sus respectivas fases y entre ellas están: de preparación y prevención, de información y alerta, de inicio de la pandemia, acciones ante la saturación de las UCI, obligaciones ante un posible colapso de las UCI y los servicios médicos y la de recuperación. Claro está, en cada una de ellas lo moral debe de servir de guía. Si se realizan de forma acertada y se ejecutan las adecuadas acciones en la fase de preparación y prevención, estas evitan someter al personal de atención médica a decidir a quién salvar primero y a quien no, aunque también lo requiera de forma inmediata, no brindarle el cuidado necesario, entre otros dilemas éticos. Este tipo de situaciones se multiplican en las fases de saturación y colapso, por lo que hay que tratar de no llegar a ellas.

No obstante, en estas condiciones en las que hay que tomar decisiones constantes, ante múltiples casos y con limitaciones, escasos o inexistencia de los requeridos recursos, la ética médica se erige en protagonista.

“Cuando se llega a la fase de saturación de las UCI además de las medidas organizativas y de empleo óptimo de los recursos en estas coyunturas empiezan a tomarse medidas que incrementan las tensiones y además decisiones en las cuales el factor ética se reitera y aparece con mayor frecuencia...”<sup>(8)</sup>

En escenarios de este tipo son necesarios el empleo de varias herramientas, entre ellas: las comisiones de ética médica, mecanismos de enlace entre el personal que atiende y responde directamente por los pacientes y la comisión de ética; por otra parte la instrumentación del triaje, con la adecuada organización de la recepción, acogida y clasificación de los pacientes. Además, también hay experiencias del empleo de otros recursos complementarios, entre ellos: la fórmula de *Alan Williams* conocida como QALY (*Quality Adjusted Life Years*), es decir, Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). Esta se basa en no asumir, como única guía, solo lo que en términos de supervivencia proporciona una terapia, sino tener en cuenta y ponderar la calidad de vida alcanzada una vez que se someta a tales procedimientos. Otras herramientas como: los criterios de ingreso en las unidades de cuidados intensivos, escalas para la evaluación de fallo orgánico secuencial, (SOFA por sus siglas en inglés) que brinda elementos a tener en cuenta de la posible mortalidad acorde a determinado nivel de fallo orgánico de diferentes tipos y también adiciona su distribución por grupos etarios, protocolos de limitación de tratamiento con soporte vital (LTSV), entre otros.

Para el empleo de cualquiera de estos procedimientos y herramientas, se requiere de personal con experiencia y preferiblemente conformando grupos de trabajo y comisiones y no debe de realizarse por enfermeros o médicos independientes, especialmente en la clasificación inicial del nivel de urgencia y estos deben funcionar las 24 horas del día.

En la actualidad hay países en los cuales la sanidad está descentralizada. Por esa razón hay, en una misma área geográfica, hospitales que asumen diferentes modelos de triaje para clasificar a sus pacientes, con sus correspondientes tiempos de respuesta heterogéneos. Entre ellos están por ejemplo:

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

*Manchester Triage System* (MTS), *Sistema Español de Triage* (SET), *Model Andorrá de Triage* (MAT), *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), *National Triage Scale* (NTS), *Australian Triage Scale* (ATS). Por otra parte están modelos de triaje militares como son: el de Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN), la que emplea dos sistemas diferentes en dependencia del nivel del incidente masivo (IM): El sistema P, que se corresponde con IM de nivel 1 y el sistema T, empleado en incidentes que se corresponden con IM de nivel 2 y 3.<sup>(1,6)</sup>

Al asumirse en un mismo país diferentes modelos de triaje, se le añaden a la respuesta otras dificultades, entre ellas: realizar aclaraciones previas al personal que se suma al equipo de atención, para lo cual no se dispone de tiempo, no poder contar con los incorporados para la realización de cualquier acción, lo que disminuye los niveles de efectividad de su empleo en estas condiciones o simplemente aparecen errores en la secuencia de atención a los pacientes. No obstante hay quienes sostienen que el triaje debe de ser específico de cada hospital, el que lo adecua a sus condiciones y estime el que le resulte más beneficioso.<sup>(6)</sup>

De realizarse de esa forma, se incrementan las dificultades para la propia ejecución del triaje. De ser necesario su empleo e instrumentación presupone la utilización de recursos humanos y materiales adicionales, los que pueden provenir de hospitales cercanos o hasta de personal médico de otros países. La pandemia de la COVID-19 ha puesto en el orden del día la necesidad de reformar los servicios de salud de muchos países y los renglones a tener en cuenta son varios, entre ellos: hacerlos públicos, centralizados, preventivos y además evaluar la conveniencia de unificar determinadas herramientas y procedimientos que se emplean.

Para atenuar esta situación, hay sistemas de salud que, ante esta contingencia, han elaborado protocolos de triaje unificados para las UCI e insisten en que:

“Los criterios de selección deben ser objetivos, éticos, transparentes, aplicados equitativamente y divulgados públicamente. Los protocolos de triaje de UCI incluyen criterios de inclusión que identifican a los pacientes que pueden beneficiarse de la admisión en UCI y criterios de exclusión que identifican a aquellos pacientes que no se beneficiarán de ser admitidos en las UCI”<sup>(8)</sup>

Entre los criterios generales para el ingreso en las UCI se subrayan la necesidad de priorizar la atención de los casos potencialmente más recuperables. Se insiste en que los procederes de triaje solo deben activarse cuando los recursos de UCI, no solo del hospital en cuestión, sino de una amplia zona geográfica, estén o vayan a estar desbordados, a pesar de los esfuerzos para ampliar los recursos y obtener adicionales. Se le presta especial atención y se detallan criterios de inclusión, ante todo relacionados con necesidades urgentes de atención al paciente y como criterios de exclusión, en la guía, se incluye los siguientes:

“Pacientes con mal pronóstico a pesar de su admisión en UCI, pacientes que requieren recursos que no se pueden proporcionar y pacientes con buen estado general y que no cumplen de forma estricta criterios de gravedad”<sup>(8)</sup>

Entre los criterios de exclusión no se incluyen, ni la edad, ni el estatus social, entre otros. Frente a actos discriminatorios y no congruentes con los valores morales universales, durante la pandemia de la COVID-19 también han tenido lugar actos de altruismo. Un ejemplo: personas infectadas renuncian al ventilador para cederlo a un paciente más joven y luego fallecen.

Bajo condiciones ideales, todo individuo debería tener acceso y derecho equitativo a la atención sanitaria. Este derecho está íntimamente vinculado al valor dignidad y al principio del bienestar. Ante situaciones de este tipo hay quienes enuncian como principales directrices éticas las siguientes: “ningún desenlace negativo evitable” y “salvar al que más probablemente se recuperará”.<sup>(9)</sup>

De todo este arsenal y experiencias se disponen, pero hay posiciones que, de forma abierta, claman por recetas propias del darwinismo social.

“Estos días estamos viendo cómo los medios de comunicación se han hecho eco de una orden de la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña y el Sistema de Emergencias Médicas por la que se pide que los pacientes de más de 80 años no ingresen en las unidades de cuidados intensivo. Además, se están difundiendo casos concretos en los que ciertas personas, normalmente de edad avanzada, no están recibiendo los tratamientos especializados de ventilación mecánica. De igual modo, empezamos a conocer también casos de personas,

igualmente de edad muy avanzada, que se recuperan estupendamente después de recibir esos tratamientos que niegan a algunos de sus iguales en edad.”<sup>(10)</sup>

Ante tales posturas se enfatizan principios éticos que hay que seguir, ante estas y otras contingencias:

“No pueden existir diferencias sustentadas por ningún factor que no sea exclusivamente el clínico. Esto es válido, tanto para las personas con coronavirus, como para las que tienen otras patologías igualmente graves. En la toma de decisiones sobre intervenciones clínicas, siempre es preciso realizar una valoración integral de la persona, en la que se tengan en cuenta patologías previas y presentes en ese momento, además del pronóstico de recuperación y de vida tras la misma, para poder valorar correctamente la pertinencia de implementar una determinada intervención u otra, ajustando siempre los niveles de intensidad de los mismos a los beneficios que se pueden obtener con ella. No es otra cosa que valorar si la puesta en marcha de un tratamiento va a ser beneficioso o no para la persona. Si un tratamiento es especialmente incómodo e invasivo para una persona, como es sin duda la utilización de la respiración mecánica necesaria para los casos más graves afectados por la COVID-19, y no se espera un gran beneficio por el mismo debido a la situación clínica global de la persona, se recomienda utilizar otros tratamientos menos invasivos adaptados a su situación.”<sup>(10)</sup>

La ética médica subraya que no se pueden emplear criterios no clínicos para priorizar o excluir pacientes de determinado tratamiento. El examen integral y el pronóstico de recuperación son las claves para una acertada decisión. No obstante hay quienes optan por recetas empleadas en tiempos pasados, que remiten a filosofías inhumanas y como tales indignas:

“Algunos fanáticos ultraliberales no han tardado en reclamar sin tapujos la eliminación maltusiana de los más débiles. Un vice-gobernador, en EE.UU., declaró: “Los abuelos deberían sacrificarse y dejarse morir para salvar la economía.” En esa misma vena aniquiladora, el analista neoliberal del canal estadounidense CNBC, *Rick Santelli* reclamó un ‘darwinismo sanitario’ y pidió “inocular el virus a toda la población. Eso sólo aceleraría el curso inevitable... Pero los

mercados se estabilizarían”. En Holanda, donde el primer ministro ultraliberal *Mark Rutte* apuesta también por la “inmunidad de rebaño”, el jefe de epidemiología del Centro Médico de la Universidad de Leiden, *Frits Rosendaal*, declaró que “no se deben admitir en las UCI a personas demasiado viejas o demasiado débiles”. Amenazas dignas de demonios exterminadores de novelas gráficas... Y además absurdas porque, como explica una enfermera: “La COVID-19 es mortal. Y puedo decir que no distingue límite de edad, ni color, ni talla, ni origen, ni clase social, ni nada. Atacará a cualquiera.” La COVID-19 no distingue, es cierto, pero las sociedades desiguales sí. Porque, cuando la salud es una mercancía, los grupos sociales pobres, discriminados, marginalizados, explotados quedan mucho más expuestos a la infección”<sup>(11)</sup>

A estas denuncias se unen otras, con los contextos en las cuales se han producido. Apuntan a las políticas que en esos lugares predominan, a sus inconsistencias, por lo que deben ser reformadas y en su lugar conformar otras que tengan como centro al individuo.

“Esta crisis –explica *Noam Chomsky*– el enésimo ejemplo del fracaso del mercado... El asalto neoliberal ha dejado a los hospitales desprovistos de recursos. Las camas de los hospitales fueron suprimidas en nombre de la ‘eficiencia económica’... El Gobierno estadounidense y las multinacionales farmacéuticas sabían, desde hace años, que existía una gran probabilidad de que se produjese una pandemia. Pero, como prepararse para ello no era bueno para los negocios, no se hizo nada.” Por su parte, el filósofo francés *Edgar Morin* constata: “Al fin y al cabo, el sacrificio de los más frágiles –ancianos, enfermos– es funcional a una lógica de la selección natural. Como ocurre en el mundo del mercado, el que no aguanta la competencia es destinado a perecer. Crear una sociedad auténticamente humana significa oponerse a toda costa a ese darwinismo social.”<sup>(11)</sup>

Antes de obligar a los médicos a decidir quién vive y quién muere, los hospitales y los gobiernos deben trabajar para disponer de sistemas de atención médica en los cuales, se puedan prevenir, evitar y tratar las enfermedades con los recursos necesarios y si aparecen atenderlas de forma digna.

Cuba, país con escasos recursos y bloqueado, no ha tenido que enfrentar limitación extrema de recursos médicos imprescindibles, gracias a su política social y de salud, con su medicina preventiva y el

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

desarrollo de la ciencia. Este conjunto de múltiples factores ha posibilitado evitar a los médicos y enfermeros tener que enfrentarse a dilemas éticos en escenarios de crisis descritos, o verse en el conflicto de ¿a quién le pongo el ventilador? o ¿a quién se lo retiro?

Por otra parte, en Cuba a nadie se le niega o se le limita la atención médica, por el contrario, muchos han sido atraídos a los servicios de salud para ser diagnosticados. El sistema de salud cubano no espera a los pacientes en los hospitales. Los médicos de la familia, en el actual escenario de enfrentamiento a la pandemia de la COVID-19, auxiliados por los estudiantes de medicina, realizan pesquisas activas diarias para descubrir posibles enfermos y por esta vía se han presentado, ante las instituciones hospitalarias, pacientes para ser confirmados y atendidos.

El triaje es una importante herramienta que no puede ser empleada como escudo para negarle la atención médica a alguien. Su filosofía es contraria a ello. La única forma de enfrentar y ganar la batalla contra la COVID-19 es con acciones de solidaridad, hacia dentro del país, involucrando a todos los factores y potencialidades de esa sociedad; en el mundo, estrechando y haciendo realidad las relaciones de ayuda y colaboración, ante todo brindando el recurso más escaso y valioso, la ayuda con personal médico y paramédico. Indicador en el cual Cuba se ha destacado y por lo cual muchos países del mundo votan a favor de la propuesta de entrega del Premio Nobel de la paz a las brigadas médicas cubanas por su aporte al enfrentamiento global a la COVID-19. Estas se conocen en el mundo como: Las brigadas “Henry Reeve”; es todo un Contingente de Médicos Especializados en Situaciones de Desastres y Graves Epidemias. Tienen el honor de haber recibido en el 2017 el Premio de Salud Pública en Memoria del Dr. Lee Jong-wook, que concede la Organización Mundial de Salud (OMS) y de haber sido creada por el líder histórico de la Revolución cubana, el compañero *Fidel Castro Ruz*.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Sánchez, Héctor. Empleo del TRIAJE. Rev Cubana Med Mil. 2013[acceso: 05/06/2020]; 42(3):472-83:[15 p.]. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S013865572013000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572013000400008)

2. Oficina del historiador del Ministerio de Salud Pública (copia sin referencia bibliográfica). Nueva Versión del Juramento Hipocrático. La Habana: Minsap; 2017. [acceso: 29/05/2020]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/nueva\\_version\\_j.hipocratico.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/nueva_version_j.hipocratico.pdf)
3. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra. Ginebra: WMA; 2017. [acceso: 05/05/2020]. Disponible en: <https://wma.net/es/policiess-post/declaracion-de-ginebra/>
4. Goic A. El juramento hipocrático: ¿una veneración ciega? Bol Of Sanit Panam. 1993[acceso: 05/06/2020]; 115(2): [7 p.]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16334/v115n2p140.pdf?sequence=1>
5. Martínez E. Medical Care Organization to Face Dengue Epidemics (Organización de la atención médica para enfrentar una epidemia de dengue). Rev Cubana Med Trop, 2009, 61(2), [acceso: 05/06/2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v61n2/mtr01209.pdf>
6. Pasíes Inglés L. Comparativa ente los sistemas de TRIAJE MTS y SET-MAT. [Memoria para optar al título de Graduada en Enfermería]. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I; 2016. [acceso: 05/06/2020]. Disponible en: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161456/TFG\\_2015\\_pasiesL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/161456/TFG_2015_pasiesL.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Consello de Bioética de Galicia. Crisis sanitaria causada por el COVID-19: Algunas consideraciones éticas. Galicia: Consejo de Bioética; 2020 [acceso: 05/06/2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Bioetica/Documents/151/2020-Crisis-sanitaria-causada-por-el-COVID-19-Algunas-consideraciones-eticas.pdf>
8. SEMICYUC. Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19. España: Semicyuc; 2020. [acceso: 05/06/2020]. Disponible en: [https://www.semicyuc.org/covid19\\_files/Plan\\_de\\_Contingencia\\_COVID-19.pdf](https://www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf)
9. Rico Restrepo M. COVID 19: los dilemas de una asignación ética de recursos médicos. El Espectador. 22/05/2020 [acceso: 05/06/2020]. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/salud/covid-19-los-dilemas-de-una-asignacion-etica-de-recursos-medicos-columna-915887/>

10. Fundación Edad & Vida. El proceso de toma de decisiones y la deliberación ética en tiempos del COVID-19. Edad y Vida. 07/04/2020 [acceso: 05/06/ 2020]. Disponible en: <https://www.edad-vida.org/blog/el-proceso-de-toma-de-decisiones-y-la-deliberacion-etica-en-tiempos-del-COVID-19/>
11. Ramonet I. Ante lo desconocido: La pandemia y el sistema-mundo. Cubadebate. 25/04/2020 [acceso: 13/05/2020]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/04/25/especial-de-ignacio-ramonet-ante-lo-desconocido-la-pandemia-y-el-sistema-mundo/>

### **Conflictos de interés**

El autor plantea que no existen conflictos de interés.